

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองตาก อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

นางกัญญา คงถาวร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองตาก อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษา 1 กลุ่ม มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยค่าระดับค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน มีระยะเวลา 11 สัปดาห์ เน้นกิจกรรมหลากหลาย มีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในเลือดดีขึ้น จึงน่าจะนำโปรแกรมการสร้างพลังนี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกรวมทั้งประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาตลอดนอกจากก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขยังเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคมและยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการตายก่อนวัยอันควร

ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับในต่างประเทศซึ่งในปี พ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 350,492 ราย คิดเป็นอัตรา 582.95 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 จำนวน 47,540 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.69 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากรายงานข้อมูลในจังหวัดจันทบุรี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นในทุกปี โดยพบอัตราการเกิด 1161.49, 1651.95 และ 1704.90 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2560-2562 ตามลำดับ สำหรับในพื้นที่ อำเภอโป่งน้ำร้อน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นอัตรา 961.75 ,1255.52 และ 1528.69 ต่อแสนประชากร โดยพบผู้ป่วยในปี 2562 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 44.54 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ตำบลหนองตากง อำเภอโป่งน้ำร้อน ปี พ.ศ. 2560-2562 ของกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปี ขึ้นไป พบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.42, 35.96 และปี 2562 เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.82 ตามลำดับซึ่งสูงกว่าอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงของ WHO 2003 และสูงกว่าเกณฑ์อุบัติการณ์ภาวะโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองในกลุ่มระดับความดันโลหิต เป็นภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท พบอัตราอุบัติการณ์ระดับสูงตั้งแต่ 12.0คนต่อ 100 คนต่อปีขึ้นไป (วิชัยกุลนิษฐ์ พงษ์, 2547, 5)

โรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง (เช่น ปลา ร้า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และเครื่องดื่มเกลือแร่ เป็นต้น) การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการเกิดโรคนี้อีกขึ้น

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ได้รับความนิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นแนวทางการสร้างพลังความสามารถให้เกิดในตัวบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเองควบคุมตนเองให้สามารถปฏิบัติหรือเลือกดำเนินชีวิตไปในทางที่เหมาะสม (จรัญญ์หนองคาย, 2547) การเสริมพลังอำนาจนี้ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการพัฒนาด้านความรู้ความสามารถ และทักษะต่างๆทำให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นก็จะเกิด

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคลแล้วยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์การและการเปลี่ยนแปลงชุมชนอีกด้วย (นิตยาเพ็ญศิริินภา, 2540)

จากปัญหาการพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลหนองตาก อำเภอบึงน้ำร้อนนั้น พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มี ปริมาณโซเดียม การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับ อายุที่มากขึ้น

พฤติกรรมบริโภคอาหารมักนิยมบริโภคอาหารที่มี ปริมาณโซเดียมสูง (เช่น ปลา ร้า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ และจากการคัดกรองช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2561 (ปีงบประมาณ 2562) พบประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 363 คน ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากการทบทวนแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า หากมีการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงน้ำร้อน ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงขึ้นมา โดยกำหนดพื้นที่นำร่องจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงของตำบลหนองตาก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลอย่างไร

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิผลสามารถทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลหนองตาก อำเภอบึงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตาก อำเภอบึงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯดังต่อไปนี้
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 ระดับความดันโลหิต

ขอบเขตการศึกษาวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นโปรแกรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซับตาเมา ประยุกต์มาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและจากปัญหาการทำงานเรื่องโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ประกอบด้วย(1) รู้เท่าทันโรคความดันโลหิตสูง(2) การผ่านประสบการณ์ (3)การระบุประสบการณ์ (4)การวิเคราะห์(5)การรับรู้ความสามารถของตนเอง(6) การวางแผน (7) การปฏิบัติและ (8) การติดตามสรุปผลและประเมินผลและปิดโครงการใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 11 สัปดาห์

3. ประชากรที่ศึกษา คือประชาชนกลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของตำบลหนองตาคง จากการคัดกรองในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 (ปีงบประมาณ 2562) จำนวน 468 คน กลุ่มตัวอย่างมาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยป่วยรายใหม่ (52คน) และสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน

นิยามศัพท์

1. ประสิทธิภาพ หมายถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรีซึ่งในการศึกษาค้างนี้มีการประเมินประสิทธิภาพโดยการเปรียบเทียบความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต ของประชากรกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

2. โปรแกรม หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี มีการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) รู้เท่าทันโรคความดันโลหิตสูง (2) การผ่านประสบการณ์ (3) การระบุประสบการณ์ (4)การวิเคราะห์ (5)การรับรู้ความสามารถของตนเอง (6) การวางแผน (7) การปฏิบัติและ (8) การติดตามสรุปผลและประเมินผลและปิดโครงการใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 11 สัปดาห์ (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2)

3. กลุ่มเสี่ยงหมายถึงกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 (ปีงบประมาณ 2562) และมีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีค่าระดับความดันโลหิตหลังนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะ

หัวใจคลายตัวสูงกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการพัฒนาตามโปรแกรมฯของตำบลหนองตาก

4. ความรู้ หมายถึงความรู้ทั่วไปของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจำแนกออกเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด

5. พฤติกรรม หมายถึงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีการกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจำแนกออกเป็นพฤติกรรมการบริโภคการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและการดูแลตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียด

6. ระดับความดันโลหิต หมายถึงระดับการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตหลังนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที

บทที่ 2

เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรีซึ่งผู้วิจัยได้มีการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารและรายงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

2.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

2.3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิผล (Effectiveness)

2.3.2 แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

2.3.3 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น

โรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังรักษาไม่หายขาดและเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อย ภาวะความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการปรากฏมาเป็นปี ๆ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาควบคุมความดันโลหิตให้คงที่อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น หัวใจวาย อัมพาต ไตวาย หรือเกิดภาวะเลือดเซาะเข้าในผนังหลอดเลือดใหญ่ทำให้แตกได้ (Dissecting Aneurysm) ดังนั้นการดูแลรักษาตั้งแต่ต้น ตลอดจนการเรียนรู้ข้อปฏิบัติ และทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องจึงเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาและป้องกันไม่ให้ภาวะอื่นถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2541)

2.1.1 ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง การที่วัดความโลหิตของผู้ป่วยอย่างน้อยสองครั้ง ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ถ้าพบว่าความดันโลหิตผิดปกติมากกว่าสองครั้งขึ้นไปโดยที่ค่าเฉลี่ยของ ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือในผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่ ถึงแม้ว่าความดันปกติก็ตาม จะถือว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีภาวะความดันโลหิตสูง (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 6 (JNC-6), 1997 อ้างถึงใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Henshaw, 2000; Levine, 2000)

2.1.2 ประเภทของภาวะความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตนอกจากจะใช้จำแนกภาวะความดันโลหิตสูงออกจากความดันโลหิตปกติแล้ว ยังสามารถใช้จำแนกประเภทของภาวะความดันโลหิตสูงได้ด้วย แต่โดยทั่วไปแล้วภาวะความดันโลหิตสูงมักจะจำแนกตามสาเหตุการเกิด จำแนกตามระดับความดันโลหิต และจำแนกตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิด สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1.1 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic or Primary or Essential Hypertension) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งโดยปกติจะเกิดในผู้ที่มีอายุ 30-50 ปี ในความเป็นจริงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยที่เชื่อว่าอาจส่งเสริมให้เกิดได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือมีไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Levine, 2000)

1.2 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) จะพบได้น้อยกว่าร้อยละ 5 อาจเกิดจากการตีบของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา การมีพยาธิสภาพของไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท เช่น การบาดเจ็บของศีรษะ ฯลฯ ความผิดปกติในการหายใจขณะนอนหลับ ยา เช่น ยากระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หรือยาเม็ดคุมกำเนิด ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ และโรคกรรมพันธุ์เป็นพิษ (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Levine, 2000)

2. ภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามระดับความดันโลหิต สามารถแบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 7 [JNC-7], 2003)

ความดันโลหิตสูง	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	<120	และ	<80
ปกติค่อนข้างสูง	120-139	หรือ	80-89
ระดับเล็กน้อย	140-159	หรือ	90-99
ระดับรุนแรง	≥160	หรือ	≥100

3. ภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย (WHO cited in Chobanian et al., 2003) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

3.1 ระดับที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

3.2 ระดับที่ 2 ตรวจพบอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่าง ต่อไปนี้

3.2.1 หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left Ventricular Hypertrophy) มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว

3.2.2 สมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมอง สมองบวม

3.2.3 หลอดเลือดแดงบริเวณเรตินา (Retina) มีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วนหรือมีเลือดออกในเรตินา และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม

3.2.4 ไตวาย มีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และ/หรือ ระดับครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดมากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และ 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง

3.2.5 หลอดเลือด ตรวจด้วยวิธีอัลตราซาวด์ (Ultrasound) หรือตรวจรังสีพบแผ่นคราบไขมัน (Plaque) เกาะในผนังหลอดเลือดแดง มีการโป่งพองของหลอดเลือด (Dissecting Aneurysm) หรือมีอาการของโรคหลอดเลือดอุดตัน

2.1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกหรือในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง ที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง หรือไม่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา จึงเรียกภาวะความดันโลหิตสูงว่า “Silent Killer” (พ่อพรรณ อรุณแสง, 2548) การวินิจฉัยส่วนใหญ่มักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อโรคดำเนินไปเรื่อย ๆ โดยปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนาน ๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมีอาการต่าง ๆ ปรากฏได้ แต่อาการที่พบก็มักไม่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะหลังตื่นนอนในตอนเช้า ตามัว เลือดกำเดาไหล เวียนศีรษะ มึนงง ใจสั่น และอ่อนเพลียง่าย เมื่อมีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและอวัยวะเป้าหมายถูกทำลาย อาจพบอาการปัสสาวะมากผิดปกติ กระหายน้ำ ใจสั่น เจ็บหน้าอก และอาจหายใจลำบากขณะออกกำลังกาย ทำงานหนัก หรือนอนราบจากภาวะหัวใจวายได้ (พ่อพรรณ อรุณแสง, 2548; พิงใจ งามอุโฆษ, 2541; Kannel, 2003)

2.1.4 ผลของภาวะความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะในร่างกาย

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แม้ว่าจะมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ภาวะแทรกซ้อนนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วนับว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต และมีผลเสียต่ออวัยวะที่สำคัญ ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงจะสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเป็นทั้งส่วนประกอบและเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง หรือเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง ซึ่งเรียกว่า “Target-Organ Disease” อันได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไตและโรคของจอประสาทตา (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of

High Blood Pressure 5 [JNC-5], 1993 cited in Porth, 1998) ผลของภาวะความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะของร่างกาย มีดังนี้

1. หัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงมีการตีบของหลอดเลือดแดง จากหลอดเลือดแดงแข็งตัว เชื้อบุภายในเส้นเลือดขาดความยืดหยุ่น และการเปลี่ยนแปลงของหัวใจทั้งโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่งเร่งให้เกิดหลอดเลือดตีบเร็วยิ่งขึ้น (Kannel, 2003) ทำให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดโรคหัวใจวาย (Levine, 2000; Swales, 1995; Woods, 2002) ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และตามมาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งพบในเพศชายเป็นสองเท่าของเพศหญิง (Kannel, 2003) โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการเจ็บหน้าอก โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการตายแบบเฉียบพลันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตในระดับปกติถึง 2-3 เท่า (Wilson, 1995 cited in Kannel, 2003)

2. สมอง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุด โดยผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 4 เท่าและเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา (Groer, 2001) นอกจากนี้ระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ยที่สูงเกินระดับ 150 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนมากจนเกิดอันตรายต่อเนื่องเสมอได้ ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยจะมีอาการทางสมอง (Hypertensive Encephalopathy) และผู้ป่วยจะตายอย่างรวดเร็วจากสมองถูกทำลาย (พิบูล บุญช่วง, 2539; Levine, 2000)

3. ไต ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไตระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยแอฟริกันอเมริกัน โดยผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังหรือความดันโลหิตสูงมากจะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไตหนาและแข็งขึ้น ทำให้มีการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยซึ่งส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อยลง ทำให้เกิดการฝ่อของท่อไต โกลเมอรูลัสถูกทำลายและเกิดการตายของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง และไตวาย ซึ่งพบว่าถ้าควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกไม่ได้จะเร่งให้อัตราการกรองที่ไตเสื่อมลง 4-8 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี ซึ่งถ้าระบุว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง การทำหน้าที่ในการขับของเสียจากการกรองที่ไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ร่วมกับมีระดับ Creatinine มากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย หรือมากกว่า 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง หรือพบ Albuminuria มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือ 200 มิลลิกรัมต่อ Creatinine 1 กรัม (JNC-7, 2003) หรืออาจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือพบ Microalbuminuria ในปัสสาวะมากขึ้นผิดปกติ (30-300 มิลลิกรัมต่อวัน) ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2544; Levine, 2000)

4. หลอดเลือด การมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงหนาและแข็ง ขาดความยืดหยุ่นทำให้การไหลเวียนไม่สะดวก ส่งผลให้อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือด หลอดเลือดเอออร์ติกมีขนาด หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) และเกิดโรคของหลอดเลือดส่วน

ปลาย เช่น อาการปวดที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเมื่อมีการเคลื่อนไหวเป็นอาการที่พบได้บ่อย (Levine, 2000)

5. ตา จอประสาทตาเป็นอวัยวะเพียงอวัยวะเดียวในร่างกายที่สามารถมองเห็นหลอดเลือดได้โดยตรง ดังนั้นเมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดที่จอประสาทตาจึงเป็นข้อบ่งชี้ว่าหลอดเลือดที่หัวใจ สมอง และไตก็เสื่อมลงด้วย ในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอประสาทตา คือ หลอดเลือดฝอยคืบแคบอย่างรวดเร็ว และมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกในจอตา และหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (Scotomata) ตามัว และอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ (Levine, 2000; Woods, 2002) และอาจทำให้มีเลือดออกบนจอประสาทตาดำย (Kannel, 2003)

จะเห็นได้ว่า อันตรรกจากภาวะความดันโลหิตสูงคือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย อันได้แก่ หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และ ตา ดังนั้นการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมาได้

2.1.5 การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

เป้าหมายในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง คือ การลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะเป้าหมายอื่นๆ มิให้เสียหาย ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมักจะต้องใช้ทั้งวิธีการรักษาด้วยการใช้ยา (Pharmacological Therapies) ร่วมกับวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life-Style Modification) (Groer, 2001; JNC-7, 2003) ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา เป้าหมายของการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตเพื่อลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย และเพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้ 8 กลุ่มดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; นางลักษณ์ สุวาณิชยศิลป์, 2546; Porth, 1998; Woods, 2002)

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่จัดไว้ในกลุ่มที่เลือกใช้อันดับแรกและเป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุด ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยส่งเสริมการขับน้ำ ลดการดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับของไต ส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง และลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีด้วย และเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความดันโลหิต นอกจากนี้ยังมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และยังช่วยลด Coronary-Related Events ตลอดจนช่วยลด Left Ventricular Mass (LVM) ได้ซึ่งการลด LVM จะช่วยให้หัวใจห้องล่างทำงานได้ตามปกติ หรืออาจช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นด้วยยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Furosemide, Spironolactone, Metolazone, Amiloride, Hydrochlorothiazide เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะที่สำคัญ คือ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (ยกเว้นกลุ่มยาขับปัสสาวะที่ช่วยเก็บโพแทสเซียม) การเสียสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ และภาวะขาดน้ำ

กลุ่มที่ 2 ยาปิดกั้นเบตา-อะดรีเนอร์จิก (Beta-Adrenergic Blockers) ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยร่วมกับ Beta-Adrenergic Receptors ที่อยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดงเพื่อยับยั้งการตอบสนองของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดการหลั่งเรนิน และลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Atenolol, Carvedilol, Propranolol, Labetalol เป็นต้น

ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ ทำให้มีอาการปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย และระคายเคืองกระเพาะอาหาร ดังนั้นจึงต้องวัดความดันโลหิตบ่อย ๆ สังเกตอาการหัวใจเต้นช้า

กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบ ๆ เส้นเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือดขยายและลด

ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่มักทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้นทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น และมีการคั่งของน้ำและโซเดียม ดังนั้นจึงมักใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะและยาต้านเบต้า ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Hydralazine Hydrochloride, Minoxidil เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วและปวดศีรษะ

กลุ่มที่ 4 ยาประเภทปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม (Calcium Channal Blockers) ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นช่องทางเข้าของแคลเซียมไม่ให้เข้าไปในหัวใจและเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดอาร์เทอร์โอด ส่งผลให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดทั่วร่างกายคลายตัว แรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือดลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการนำกระแสไฟฟ้าของเวเนทริกคิล ลดการบีบตัวของหัวใจ ลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดการไหลกลับของเลือดดำ และยับยั้งหลอดเลือดในการตอบสนองต่อ Norepinephrine หรือ Angiotensin ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amlodipine, Nicardipine, Nifedipine, Verapamil, Diltiazem เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาการปวดศีรษะ มึนงง ใจสั่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือมี Heart Block ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน น้ำคั่งและบวมได้

กลุ่มที่ 5 ยาประเภทยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซิน ทุ (Angiotensin Converting Enzyme [ACE] Inhibitors) ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง ACE ในการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ดังนั้นจึงเหมือนกับการป้องกันการหลั่งเรนิน และยับยั้ง Bradykinin Degradation ทำให้ไม่เกิดการสร้าง Angiotensin II และกระตุ้นการสร้าง Prostaglandin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และบางครั้งยังช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกด้วย นอกจากนี้การลดลงของ Angiotensin II ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) ลดการไหลเวียนเลือดในไต ลดอัตราการกรองที่ไต ลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ยาในกลุ่มนี้ลดความดันโลหิตโดยไม่เปลี่ยนแปลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ไม่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ไม่รบกวนความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากเปลี่ยนอิริยาบถ ประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้ดีพอ ๆ กับยาขับปัสสาวะ และยาต้านเบต้า และสามารถใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ เนื่องจากยาจะยับยั้งการหลั่งอัลโดสเตอโรน ทำให้มีการเพิ่มของระดับโพแทสเซียมในเลือด อาจเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงได้ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Captopril, Enalapril, Lisinopril เป็นต้น ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาจทำให้เกิดอาการพิษจากยาเคปทอปริลได้ง่าย เม็ดเลือดขาวต่ำ รูสึกยิบ ๆ ยับ ๆ ตามร่างกาย ปากแห้ง ไอ และไตเสียหายที่ ยาในกลุ่มนี้ไม่ควรใช้ร่วมกับยาลดกรด

กลุ่มที่ 6 ยาประเภทปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทุ (Angiotensin II Receptor Blocker: ARBs) ออกฤทธิ์ในการจับกับ AT₁-Receptors แทน Angiotensin II ซึ่งทำให้ไม่ออกฤทธิ์ต่อหลอดเลือด ช่วยขยายหลอดเลือดโดยไม่ทำ

ให้ระดับของ Bradykinin เพิ่มขึ้น และไม่ให้มีการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) ทำให้ลดความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยที่มีอาการไอจากการใช้ยาในกลุ่ม ACE Inhibitors แพทย์มักเปลี่ยนมาใช้ยาในกลุ่มนี้แทน นอกจากนี้ยังช่วยลด LV Filling Pressure และ Afterload ป้องกันอันตรายต่ออวัยวะเป้าหมาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีอาการดีขึ้น ยากลุ่มนี้มีค่าครึ่งชีวิตสั้นถูกเปลี่ยนสภาพเป็นเมตาบอไลต์ที่มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตนานถึง 24 ชั่วโมง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Candesartan, Losartan, Vasartan เป็นต้น

กลุ่มที่ 7 ยาประเภทปิดกั้นแอลฟาวัน อะดรีเนอร์จิก (Alpha₁-Adrenergic Blockers) ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดส่วนปลายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ โดยการปิดกั้นผลของ Norepinephrine ที่มีต่อตัวรับแอลฟา (Alpha-Receptors) โดยลดผลจากระบบซิมพาเทติกต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายอยู่ในระดับที่ปกติ ซึ่งไม่รบกวนปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที อัตราการเต้นของหัวใจ การไหลเวียนเลือดผ่านไตและอัตราการกรองที่ไต ทำให้เกิดใจสั่นได้น้อยกว่า Direct Vasodilators แต่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถได้มากกว่า ยากลุ่มนี้มักให้ร่วมกับยากลุ่มอื่น ๆ เสมอ เนื่องจากถ้าใช้ยากลุ่มนี้เพียงกลุ่มเดียวจะทำให้ปวดศีรษะ ภาวะกระวนกระวาย เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใจสั่น เจ็บหน้าอก และหัวใจวายได้ ซึ่งยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Prazosin, Terazosin, Doxazosin เป็นต้น

กลุ่มที่ 8 ยาประเภทกระตุ้นแอลฟาทู (Central Alpha₂-Agonists) ยาที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ Central ได้แก่ Clonidine, Methyldopa, Guanabenz, Guanfacine ยาเหล่านี้จะมีคุณสมบัติเด่นเป็น Alpha-Receptor Agonists การกระตุ้น Alpha₂-Receptors ในสมองส่วนที่เป็น Vasomotor Center จะลด Sympathetic Outflow ที่ส่งไปยังระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และทำให้หลอดเลือดขยายตัวช่วยลด Vascular Resistance ดังนั้นจึงมีผลลดความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะเมื่อได้ยา Clonidine หรือ Guanabenz ในขณะที่ Baroreceptor Reflex จะปกติ ดังนั้น การเปลี่ยนท่าทางจึงไม่ทำให้เกิดอาการความดันโลหิตต่ำ อย่างไรก็ตามการให้ยาในกลุ่มนี้เมื่อหยุดยากระทันหันโดยไม่ได้ลดขนาดยาอย่างเป็นลำดับอาจทำให้เกิด Rebound Hypertension โดยเฉพาะยา Clonidine และ Guanabenz โดยมีสาเหตุมาจากการเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine ซึ่งถูกยาคดการหลั่งเอาไว้ที่บริเวณ Presynaptic Receptors โดยทั่วไปแล้วยาในกลุ่มนี้จะไม่ใช้เป็น First Line Drug ในการรักษาผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีความดันโลหิตสูงในคนตั้งครรภ์ Methyldopa ยังเป็นที่นิยมและเป็นยาที่แนะนำให้เลือกใช้ นอกจากนี้ยังใช้ในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีอาการของ ไมเกรน (Migraines) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Clonidine, Methyldopa, Guanabenz, Guanfacine เป็นต้น

2. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือการรักษาโดยไม่ใช้ยา จากการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การลดหรือควบคุมน้ำหนัก การจัดการด้านอาหาร การงดสูบบุหรี่ การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัด ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในรายที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงในช่วงต้น ๆ ซึ่งต้องใช้เวลอย่างน้อย 3 ถึง 6 เดือน (JNC-5, 1993 cited in Harkness & Dincher, 1999) ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงมากจะต้องใช้วิธีการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผน

การดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยลดปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิตได้ (JNC-5, 1993 cited in Harkness & Dincher, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างสม่ำเสมอ โดยที่การปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติ ได้แก่

2.1 การลดหรือควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาพบว่า การลดหรือควบคุมน้ำหนักในกรณีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² ก็ควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่สำหรับในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชายที่มีดัชนีมวลกายของร่างกายมากกว่า 27.8 กิโลกรัม/เมตร² และในเพศหญิง 27.3 กิโลกรัม/เมตร² เมื่อน้ำหนักลดลง 1.8 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 1 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจึงควรลดน้ำหนักลงร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัว (Groer, 2001) หรือการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัมสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (JNC-7, 2003) นอกจากการลดน้ำหนักจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยลดระดับไขมันในกระแสเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และนำไปสู่การรู้สึกมีคุณค่าและภาพลักษณ์ของตนเองที่ดีขึ้นด้วย (Groer, 2001; Harkness & Dincher, 1999) แต่การลดน้ำหนักเป็นวิธีการที่ค่อนข้างยากและล้มเหลวได้ง่าย ดังนั้นจึงต้องสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

2.2 การจัดการด้านอาหาร จากการศึกษาพบว่า การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปควรจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมาก เช่น น้ำปลา กะปิ ซีอิ๊ว รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็ม หรืออาหารตากแห้ง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 10/5 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานโซเดียมไม่เกิน 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือเกลือโซเดียม 6 กรัม) นอกจากนี้ในแต่ละวันควรรับประทานโพแทสเซียมมากกว่า 100 มิลลิอิกวิวาเลนซ์ แคลเซียม 800-1,200 มิลลิกรัม และแมกนีเซียมให้เพียงพอ นอกจากนี้ควรรับประทานผลไม้และผักมาก ๆ และลดการรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เช่น เนย น้ำมันหมู หรือหอยนางรม เป็นต้น และในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินควรลดการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงด้วย (Harkness & Dincher, 1999; JNC-7, 2003; Levine, 2000)

2.3 การงดสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและมีผลต่อผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัว และส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นภายหลังการสูบบุหรี่ใน 15-30 นาที นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่างกายจะต้านต่อการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ทำให้ต้องใช้ขนาดยาเพิ่มขึ้น (Harkness & Dincher, 1999; Kaplan, 1998; Levine, 2000)

2.4 ลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์ต่อวัน (30-60 มิลลิลิตร) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และยังทำให้ลดประสิทธิภาพยารักษา

ความดันโลหิตซึ่งส่งผลต่อเนื่องให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ควรลดปริมาณลง โดยสามารถดื่มได้ในปริมาณที่กำหนดในแต่ละวัน เช่น เอทานอล 30 มิลลิตร เบียร์ไม่เกิน 360 มิลลิตร ไวน์ไม่เกิน 150 มิลลิตร หรือวิสกี้ไม่เกิน 15 มิลลิตรในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงหรือผู้ที่มิน้ำหนักน้อยควรดื่มเอทานอลไม่เกิน 15 มิลลิตรต่อวัน เนื่องจากปริมาณดังกล่าวไม่มีผลต่อการเพิ่มของความดันโลหิตและยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย แต่ควรระวังในผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนเช่น โรคเบาหวาน และโรคตับ (Harkness & Dincher, 1999; JNC-7, 2003; Levine, 2000)

2.5 การออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนประมาณร้อยละ 40-60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย เป็นการออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิคหรือแอโรบิก (Isotonic or Aerobic Exercise) อัน ได้แก่ การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ และการขี่จักรยาน เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเนื้อกลุ่มใหญ่ของร่างกายอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การออกกำลังกายด้วยวิธีดังกล่าวมีผลต่อการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยที่การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 4-9 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งการออกกำลังกายควรทำอย่างน้อยวันละ 30 นาทีทุกวันหรืออย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ และควรเริ่มออกกำลังกายอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อยเท่าที่ร่างกายสามารถปรับได้ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการตรวจร่างกายทั้งหมดก่อนที่จะเริ่มออกกำลังกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Harkness & Dincher, 1999; JNC-7, 2003)

2.6 การจัดการกับความเครียด จากการศึกษาพบว่า ความเครียดทางอารมณ์ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ถ้าบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถปรับตัวหรือหาทางออกได้ จะทำให้ร่างกายตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าเป็นอยู่นานโดยไม่ได้รับการแก้ไขอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ดังนั้นการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเทคนิคที่ใช้ในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โยคะ การทำสมาธิ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (Biofeedback) เป็นต้น ซึ่งวิธีเหล่านี้มีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542; Harkness & Dincher, 1999; Porth, 1998) โดยเฉพาะการผ่อนคลายจะช่วยให้ลดการตอบสนองต่อ Norepinephrine ในเลือด ทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสงบและความวิตกกังวลลดลง ทำให้การเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น แต่ผลของวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงเพียงชั่วคราวเท่านั้น ยังไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าวิธีการใดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในระยะยาว อย่างไรก็ตามเทคนิคการผ่อนคลายมีผลลดความเครียดซึ่งเป็นผลดีต่อจิตใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

2.7 การมาตรวจตามนัด จากการศึกษาพบว่า เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมาตรวจตามนัดทุกครั้งถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อติดตามผลการรักษาและ

ค้นหาความผิดปกติของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อหาทางป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ล่วงหน้า ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่มีข้อคำถามก็สามารถซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรทางสุขภาพได้ (สุริย์ จันทร โมลี, 2535) และสิ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัด คือ การมารับยาซึ่งแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนตามระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงจะเห็นว่า นอกจากการรับประทานยาครบตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ต้องการแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตก็เป็นวิธีการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น เมื่อใช้วิธีการรักษาทั้งสองวิธีควบคู่กันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ย่อมทำให้การรักษาความดันโลหิตประสบผลสำเร็จ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยสำคัญถูกทำลาย ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และยึดมั่นในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทักษะ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ

สุชาติ โสมประยูร ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมเกือบทุกอย่างของปัจเจกบุคคลจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพทั้งสิ้น ภายใต้อิทธิพลนี้เราอาจแยกพฤติกรรมของคนเราออกเป็นส่วนที่นำไปโดยตั้งใจที่จะส่งเสริมหรือป้องกันสุขภาพ (ดังค่านิยมข้างต้น) หรือส่วนที่กระทำไปโดยไม่ตั้งใจที่จะหวังผลด้านสุขภาพ ตามความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้

ดังนั้น พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลใน การกระทำ หรือควมเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตน ทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้ เกิดโรคขึ้น เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ การสวมถุงยาง อนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ การพาบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติหรือ เจ็บป่วย เช่น การนอนพักอยู่กับบ้านแทนที่จะไปทำงาน การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การ แสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sickrole behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ หลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การเลิกดื่มสุรา การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น เป็นต้น

พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะนี้ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลต่าง ๆ ได้รับการปลูกฝังหรือได้รับการ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มก็ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และ พฤติกรรมสุขภาพแต่ละลักษณะมีกระบวนการทางพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้น การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพหรือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ต้องได้รับการวิเคราะห์ วางแผนและดำเนินการอย่างเหมาะสม ตามสภาพปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ

2.2.1.2.องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรม ด้านนี้เริ่มต้นจากความรู้ระดับต่าง ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affectivedomian) หมายถึงสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวกับ สุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบดื่มยาชูกำลัง ความไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Phychomotordomain) พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดง ออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกมาทางร่างกายและสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรม ขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือบุคลากร ทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

2.2.1.3ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสีย (Negative behavior)) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารเช้าจืดจางหรือไขมันมากเกินไป การรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2.2.1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

1. ความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการผลิตและตลาดสินค้าที่เป็นภัยต่อ สุขภาพ ได้แก่ บุหรี่ สารเสพติด สุรา เครื่องดื่มมีน้ำตาลต่าง ๆ

2. การโฆษณาจากสื่อมวลชน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ

3. ค่านิยมที่เปลี่ยนไปเกิดลักษณะบริโภคนิยมและวัตถุนิยม นิยมบริโภคอาหารตะวันตกมากขึ้น เช่น นม เนย ไข่ อาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง

4. ความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณีและการปฏิบัติเช่นประเพณีการดื่มชาของคนจีนเป็นสิ่งดีเพราะต้องใช้น้ำเดือดคนไทยเชื่อว่าเคี้ยวรับประทานไข่จะทำให้เป็นชาง

5. ศาสนาบางศาสนาถือว่าก่อนเข้าโบสถ์ต้องชำระล้างร่างกายให้สะอาด บางศาสนาให้อุดอาหารในระยะถือบวช

6. ระดับการศึกษาการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ทำให้ถ่ายทอดความรู้ทำได้ยาก

7. การติดต่อคมนาคมถ้าสะดวกย่อมทำให้การติดต่อสื่อสารให้ความรู้ได้สะดวกแต่ก็ส่งผลเสียได้เพราะจะทำให้การรับวัฒนธรรมของต่างถิ่นมาได้ง่ายเกินไป

8. เชื้อชาติ ภาษา ถ้าพื้นที่เดียวกันมีประชากรหลายเชื้อชาติ หลายภาษาย่อมมีความแบ่งแยก ขาดความสามัคคี และมีพฤติกรรมสุขภาพหลากหลาย เลียนแบบและขัดแย้ง

9. ที่ตั้งและสภาพท้องที่ เช่น ชาวเขานิยมถ่ายในป่าคนในเมืองถ่ายในส้วม

10. อิทธิพลกลุ่ม เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนนักเรียน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน ฯลฯ จะเป็นการเรียนรู้และเลียนแบบเพื่อต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

2.2.2. วิธีชีวิตกับภาวะสุขภาพ

วิถีการดำเนินชีวิตมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เพราะวิถีชีวิตเป็นตัวแทนผลรวมของการเลือก และการกระทำของบุคคล

จากการศึกษาของ Pender (1987) ในบุคคลทั่วไปพบว่า วิถีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่แบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิธีเผชิญความเครียด การพักผ่อนนอนหลับ นันทนาการ การสูบบุหรี่ และยาเสพติด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารเช้ามากเกินไป การออกกำลังกายไม่

เพียงพอ ทำให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตีบ ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารพวกน้ำตาลมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อฟันผุมากขึ้น การสูบบุหรี่มีผลต่อมะเร็ง ปอด หัวใจ และหลอดเลือด (Kozier, Erb, & Bulflino, 1989; Roger, King & Rememyi, 1986 อ้างใน สมหมาย กล้าณรงค์, 2545) และสาเหตุการตายส่วนใหญ่ในปัจจุบันมาจากโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

จากเหตุผลต่างๆ ข้างต้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ชีวิตด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

วิถีชีวิตด้านการบริโภค บุคคลที่มีวิถีชีวิตด้านการบริโภคที่ไม่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปแก่ อาหารที่มีไขมันมาก อาหารทอดน้ำมันมากๆ ไขมันจากสัตว์ เช่น มันหมู หนังไก่ เนื้อติดมัน ตลอดจนไขมันจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว หรือรับประทานอาหารที่มีกากเส้นใย น้อยตลอดจนผักสดและผลไม้ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป ทำให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ หลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง หัวใจ และหลอดเลือด ไขมันในเส้นเลือดสูง ภาวะหยุดหายใจเป็นพักๆ ขณะหลับและโรคเมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ดังนั้นควรให้ความสำคัญในเรื่องวิถีชีวิตด้านการบริโภค ซึ่งมีบทบาทสำคัญมากต่อการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง

วิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายวิถีชีวิตของคนในสังคม ทำให้บุคคลขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่เพียงพอและไม่สม่ำเสมอ การเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น แข็งแรงขึ้น ทำให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยลดปริมาณไขมันอิสระและสร้างเนื้อเยื่อ ทำร่างกายมีการใช้ระดับพลังงานมากขึ้นและออกกำลังกายยังทำให้ลดความเครียดและความตึงเครียดได้ด้วย ทำให้มีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

2.3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิผล (Effectiveness)

ประสิทธิผล (Effectiveness) เป็นเครื่องมือหรือตัวบ่งชี้ในกานตัดสินใจว่าการบริหารของหน่วยงานหรือองค์การใดองค์การหนึ่งสามารถดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้มากน้อยเพียงใด เป็นเรื่องเกี่ยวกับผลที่ได้รับและผลสำเร็จของงาน มีความเกี่ยวข้องกับผลงานที่องค์การพึงประสงค์

ความหมายของประสิทธิผล

นักวิชาการได้ให้ความหมายของประสิทธิผลไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

วิทยา คำนธำรงกุล (2546: 27) ได้ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถในการเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมและบรรลุเป้าหมายนั้น ๆ ประสิทธิภาพจึงวัดกันที่ว่าองค์กรสามารถสนองผู้บริโภคนสินค้าหรือบริการที่เป็นต้องการหรือไม่ และสามารถบรรลุในสิ่งที่พยายามจะทำมากน้อยเพียงใด

ธงชัย สันติวงษ์ (2537: 22) กล่าวว่าประสิทธิผลเป็นการทำงานที่ได้ผลโดยสามารถบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ การวัดผลงานที่ทำได้เทียบกับเป้าหมาย หากสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็แสดงว่าการทำงานมีประสิทธิผลสูง

รุ่ง แก้วแดง และ ชัยณรงค์ สุวรรณสาร (2536: 169) ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสำเร็จของผลการปฏิบัติงานที่เป็นไปหรือบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ

เปรมสุริย์ เชื่อมทอง (2536: 9) กล่าวว่า ประสิทธิภาพ คือ ผลงานของกลุ่มซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นประสิทธิผลของโรงเรียน คือ ความสำเร็จของโรงเรียนที่สามารถทำหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้เกิดจากประสิทธิภาพของผู้บริหารโรงเรียนที่สามารถใช้ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการบริหารงานเพื่อโน้มน้าวให้ผู้บังคับบัญชาปฏิบัติงานให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้

Yuchman, E. and Seashor;S.E. Yuchman, E. and Seashor;S.E. (1967: 154) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพขององค์การ คือ ความสามารถขององค์การในการนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดและมีคุณค่าจากสภาพแวดล้อมมาใช้ประโยชน์เพื่อสนับสนุนการดำเนินการขององค์การ

Hoy & Miskel (1991: 51) กล่าวว่า ประสิทธิภาพขององค์การ หมายถึงการที่ผู้บริหารสามารถใช้ภาวะผู้นำ เป็นศูนย์กลางในการจัดการศึกษาทำให้ครูและนักเรียนเกิดความพึงพอใจ เป็นผลทำให้การดำเนินงานของโรงเรียนมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

Gibson Others (1982: 812) นิยามประสิทธิผลไว้ว่า ประสิทธิภาพเป็นเรื่องของการกระทำใด ๆ ที่มีความมุ่งหมายจะได้รับผลอะไรสักอย่างให้เกิดขึ้น การกระทำหรือความพยายามจะมีประสิทธิผลสูงต่ำเพียงใด ขึ้นอยู่กับว่าผลที่ได้รับตรงนั้น ตรง ครบถ้วน ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ และใช้พลังงานน้อยเพียงใด

จึงสามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพขององค์การ หมายถึง การที่องค์กรได้ดำเนินงานใด ๆ โดยการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ จนเกิดผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายต่าง ๆ ที่องค์กรตั้งไว้และสามารถจะสรุปความหมายตามทฤษฎีองค์กรได้ 3 ลักษณะ ดังนี้ (Zamoto, 1982)

1. ความหมายที่ใช้ในแนวทางเป้าหมาย (Goal – based Approach) เป็นการพิจารณาว่าการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

2. ความหมายที่ใช้แนวทางระบบ (System – based Approach) เป็นการพิจารณาว่าองค์กรนำทรัพยากรมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่องค์การและบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ขององค์การ

3. ความหมายที่ใช้แนวทางกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง (Multiple – Constituencies Approach) เป็นการพิจารณาว่าองค์กรสามารถในการตอบสนองความพึงพอใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้องได้

ความสำคัญของประสิทธิผล

ประสิทธิผลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในศาสตร์ทางการบริหารและองค์การ นับว่าเป็นการตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่า การบริหารองค์การประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด องค์การจะอยู่รอดและมีความมั่นคงจะขึ้นอยู่กับประสิทธิผลองค์การจะล่มสลายไปในที่สุด ดังนั้นจึงมีความสำคัญต่อองค์การ ดังนี้ (ธงชัย สันติวงษ์, 2537)

1. ช่วยตรวจสอบวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์การ การจัดตั้งองค์การย่อมกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน เพื่อดำเนินงานให้เป็นไปตามความต้องการหรือไม่

2. ประเมินผลการดำเนินงานกับแผนงานที่กำหนด การดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมย่อมต้องมีการวางแผนกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบ การจัดสรรทรัพยากร การใช้อำนาจหน้าที่การบริหารการปฏิบัติงาน ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน

3. ประเมินผลสำเร็จกับวัตถุประสงค์ เปรียบเทียบผลงานที่ดำเนินการได้ตามแผนงานกับวัตถุประสงค์ขององค์การที่คาดหวัง ถ้าผลงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์และความคาดหวังขององค์การ แสดงว่าองค์การมีประสิทธิผล โดยประสิทธิผลอาจพิจารณาเป็น 2 ระดับ คือ

ประสิทธิผลของบุคคล

ประสิทธิผลของบุคคลคือ ลักษณะของบุคคลที่มีความสามารถปฏิบัติงานใด ๆ หรือปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ แล้วประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดผลโดยตรงและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ผลที่เกิดขึ้นมีลักษณะคุณภาพ เช่น ความถูกต้อง ความมีคุณค่า เหมาะสมดีกับงาน ตรงกับความคาดหวังและความต้องการของหมู่คณะ สังคม และผู้จะนำผลนั้นไปใช้เป็นผลที่ได้จากการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิผลขององค์การ

ประสิทธิผลขององค์การ คือ การเน้นไปที่ผลรวมขององค์การ ซึ่งกิบสันและคณะ (Gibson and Other, 1982) อธิบายถึงเกณฑ์ของความมีประสิทธิภาพขององค์การว่าประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 5 ตัว คือ

1. การผลิต (Production)
2. ประสิทธิภาพ (Efficiency)
3. ความพึงพอใจ (Satisfaction)
4. การปรับเปลี่ยน (Adaptiveness)
5. การพัฒนา (Development)

การวัดประสิทธิผลขององค์การ

Talcott Parsons (1964: 44) อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ระบบขององค์การเป็นเครื่องมือวัดความมีประสิทธิภาพขององค์การ โดยใช้ชื่อว่า AGIL ซึ่งระบุกิจกรรม 4 ประเภทซึ่งทุกองค์การจำเป็นจะต้องกระทำซึ่งประกอบไปด้วย

1. การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

2. การบรรลุถึงเป้าหมาย
3. การประสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันซึ่งนำไปสู่ความมั่นคงทางสังคม
4. สิ่งที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในซึ่งหมายถึงการรักษารูปแบบหรือการดำรงไว้ซึ่งเอกลักษณ์

จากการศึกษาของ Lawrence and Lorsch (1967: 133-134) พบว่าองค์กรที่ปฏิบัติงานได้ผลสูงสามารถปฏิบัติงานสนองตอบข้อเรียกร้องของสภาพแวดล้อมมากกว่าองค์กรคู่แข่ง จึงทำให้องค์กรคู่แข่งนั้นมีประสิทธิผลน้อยกว่า ทั้งองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่สุดมีแนวโน้มที่จะสามารถรักษาสถานะแห่งความแตกต่างของโครงสร้างให้สอดคล้องกับความแตกต่างกันของส่วนต่าง ๆ ของสภาพแวดล้อม ซึ่งองค์กรต้องพึ่งพาอาศัยกัน ทั้งยังมีความสามารถในการประสานความแตกต่าง ให้สามารถทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ด้วยทั้งองค์กร

Edgar H. Schein (1970: 18-19) ให้ความเห็นว่า ประสิทธิภาพขององค์กรอยู่ที่ความสามารถในการผสมผสาน ส่วนย่อยขององค์กรเข้าด้วยกันทั้งหมดเพื่อไม่ให้งานของแต่ละส่วนซึ่งแตกต่างกันภายในองค์กรเดียวกันขัดแย้งกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างเป้าหมายของบุคคลและเป้าหมายขององค์กร

ซึ่งแนวคิดของ Schein ก็คล้ายคลึงกับแนวคิดของ Theodore Caplow (1964 :119-124) ที่เขาได้สร้างสิ่งที่เรียกว่า “แบบจำลองเดียวทางทฤษฎี” เพื่อนำไปสู่การคาดคะเนที่เป็นประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น โดยเสนอแนะว่า ประสิทธิภาพขององค์กรในระยะเวลาที่แตกต่างกันสามารถเอามาเปรียบเทียบกันได้และประเมินผลโดยวัดจากตัวแปร 4 ตัวได้แก่

1. ความมั่นคง(Stability)
2. ความผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(Integration)
3. ความสมัครใจ(Voluntarism)
4. ความสัมฤทธิ์ผล(Achievement)

Seldin (1988: 24) ให้ความเห็นว่า การวัดและประเมินประสิทธิภาพโดยทั่วไป เป็นการวัดเพื่อดูความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง และผลการปฏิบัติถ้ามีความแตกต่างกันน้อยก็จะมีประสิทธิผลมากแต่ถ้ามีความแตกต่างมากจะมีประสิทธิผลน้อยหรืออาจจะดูความสอดคล้องกันระหว่างผลผลิต กับเป้าหมายที่ได้ระบุไว้การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทคือ

1. การวัดประสิทธิภาพขององค์กร โดยใช้ตัวบ่งชี้เดียว (Single criterion measures of effectiveness) เป็นการพิจารณาว่าองค์กรจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับผลที่ได้รับว่าบรรลุเป้าหมายขององค์กรหรือไม่หรือการใช้เป้าหมายขององค์กรเป็นเกณฑ์ซึ่งเป็นการใช้หลักการ อันใดอันหนึ่งในการประเมินผลขององค์กรเป็นเกณฑ์ซึ่งเป็นการใช้หลักเกณฑ์อันใดอันหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพขององค์กร เช่น วัดจากความสามารถในการผลิตวัดจากผลกำไร ฯลฯ

2. การประเมินประสิทธิผลในแง่ของระบบ- ทรัพยากร (The system resource model of organization effectiveness) เป็นการประเมิน โดยพิจารณาความสามารถขององค์กรในแสวงหาประโยชน์จากสภาพแวดล้อม เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ต้องการ อันจะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งเป็นการเน้นที่ปัจจัยตัวป้อนเข้า (Input) มากกว่าผลผลิต (Output)

3. ประเมินประสิทธิผลโดยหลายเกณฑ์ (The multiple criteria of effectiveness) เป็นการวิเคราะห์ ประสิทธิภาพขององค์กร โดยใช้เกณฑ์หลายอย่างในการวัดประเมินผล ซึ่งพิจารณาจากตัวแปรที่อาจมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร และพยายามแสดงให้เห็นว่าตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์

การวัดประสิทธิผลขององค์กรในรูปแบบต่างๆ

1. การวัดประสิทธิผลขององค์กร โดยใช้ความคิดระบบ (The system approach) การใช้หลักการวัด ประสิทธิภาพขององค์กรจากเป้าหมายขององค์กรนั้น ทำให้นักวิชาการเพ่งความสนใจไปที่ปัจจัยนำออก (Outputs) ขององค์กร การนำเอาความคิดระบบมาอธิบายองค์กรทำให้เราตระหนักว่ายังมีส่วนอื่นขององค์กรนอกจากปัจจัย นำออกที่มีความสำคัญต่อองค์กร และถ้าเราหันมาวัดประสิทธิผลขององค์กรจากส่วนอื่น ๆ ขององค์กร เช่น ปัจจัย นำเข้า กระบวนการแปรปัจจัยนำเข้ามาปัจจัยนำออกแล้วจะทำให้เราสามารถสร้างเกณฑ์การวัดประสิทธิผลเกณฑ์ ใหม่ขึ้น

2. วิธีวัดประสิทธิผลขององค์กร โดยดูจากความสามารถขององค์กรในการชนะใจผู้มีอิทธิพล (The strategic-constituencies approach) ข้อสมมติฐานมีว่าองค์กรได้รับความกดดันและข้อเรียกร้องจากกลุ่ม ผลประโยชน์ บุคคลต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมตลอดเวลา ในจำนวนบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ เหล่านี้มีเฉพาะ บางส่วนเท่านั้นที่มีความสำคัญยิ่งต่อองค์กรเพราะเป็นบุคคลและกลุ่มที่มีอิทธิพลสามารถกำหนดความเป็นความตาย ขององค์กร ได้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคคลและกลุ่มดังกล่าวสามารถควบคุมทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการอยู่รอด ขององค์กร ดังนั้น นักวิชาการจึงถือหลักว่า องค์กรที่มีประสิทธิผลได้แก่องค์กรที่มีสายตาแหลมคมสามารถมอง ออกว่า บุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ใดมีความสำคัญต่อองค์กรและยังต้องเป็นองค์กรที่สามารถชนะใจบุคคลและ กลุ่มผลประโยชน์ที่สำคัญทั้งหลายเหล่านี้ทำให้บุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ที่สำคัญไม่ดำเนินการขัดขวางการทำงาน ขององค์กร องค์กรที่เอาตัวรอดอยู่ได้จะเป็นองค์กรที่กำหนดเป้าหมายขององค์กรให้สอดคล้องกับความต้องการ ของบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ซึ่งมีอำนาจควบคุมทรัพยากรที่จำเป็นต่อความอยู่รอดขององค์กร

3. การวัดประสิทธิผลขององค์กรจากค่านิยมที่แตกต่างกันของสมาชิกองค์กร (The computing – values approach) นักวิชาการเชื่อว่าประสิทธิผลขององค์กร เป็นเรื่องของน่านาจิตตั้งเกณฑ์วัดประสิทธิผลขององค์กรที่จะ ใช้ขึ้นอยู่กับว่า ๆ ใครเป็นใครมีตำแหน่งอะไร และมีผลประโยชน์อย่างไรนั้น ดังนั้นจึงเป็นเรื่องธรรมดาที่องค์กรจะมีเป้าหมายหลายเป้าหมายซึ่งขัดแย้งกันเพราะบุคคลทั้งหลายที่กำหนดเป้าหมายขององค์กรนั้น ต่างมีค่านิยมที่ แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้การวัดประสิทธิผลขององค์กรจึงต้องพิจารณาค่านิยมต่าง ๆ ของผู้ประเมินผล องค์กรซึ่งจะ

เป็นผู้เลือกว่าจะใช้มาตรวัดประสิทธิผลขององค์การแบบไหน ตัวอย่างเช่น สมาชิกองค์การสาธารณะที่อยู่ในฝ่ายต่างกัน (ฝ่ายนักบริหารงานระดับสูง ฝ่ายนักบริหารงานระดับกลาง ฝ่ายปฏิบัติงานหลัก ฝ่ายสนับสนุน ฝ่ายเสนากิจการ) จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการใช้เกณฑ์วัดประสิทธิผลขององค์การ

2.3.2 แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

ความหมายของการเสริมพลังอำนาจ

การเสริมพลังหรือการสร้างพลัง เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและกว้างขวาง จะแตกต่างกันเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มคน และบริบทที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามคำว่าเสริมพลังไว้จำนวนมากดังนี้ เรพพพอร์ท ให้ความหมายของการเสริมพลังว่า เป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กร และชุมชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน (Rappaport, 1984 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557: 9)

มิงค์เลอร์ ให้นิยามการเสริมพลังว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลและชุมชนสามารถที่จะใช้อำนาจและการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมของตน (Minkler, 1990 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557 : 9)

กิปสัน ได้กล่าวสรุป การเสริมพลัง ว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่มีการยอมรับ การส่งเสริม และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการระดมทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่การมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองในการควบคุมหรือกำหนดชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ (Gibson, 1991 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557 : 9)

โดยสรุปการเสริมสร้างพลังหมายถึงกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้บุคคลองค์กรและชุมชนมีการเสริมสร้างความสามารถของตนเองโดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและเกิดพลังรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

ความเป็นมาของการเสริมพลังอำนาจ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557 : 13)

แนวคิดการศึกษาเพื่อการเสริมพลัง ได้รับการพัฒนาโดย เปาโลเฟร์รี (Paulo Freire) นักการศึกษาชาวบราซิล ในช่วงปี พ.ศ 2503 - 2513ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกที่ใช้วิจารณ์ญาณ (Critical consciousness) ซึ่งหมายถึง การมองปัญหาและสาเหตุของปัญหาตามความเป็นจริง ซึ่งเริ่มจากการทำการสอนประชาชนในเขตชุมชนแออัดที่ยากจนและไม่รู้หนังสือ ให้สามารถอ่านและเขียนได้ ด้วยวิธีการฟังและสนทนา (Listening-dialogue-action approach) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ

ขั้นแรก เป็นขั้นของการฟัง (Listening) ที่ให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา ของตน และร่วมฟังประสบการณ์ปัญหาของผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนการประเมินปัญหาของผู้เรียนและของชุมชน

ขั้นตอนที่สอง เป็นขั้นของการพูดคุยสนทนา (dialogue) เกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกที่ได้รับฟังจากขั้นแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการใช้ความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical thinking) หรือการสะท้อนปัญหาไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาว่าเกี่ยวข้องกับสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความเป็นมาของชีวิตของบุคคลตาม

บริบทที่เป็นจริงในชีวิตและสังคม ซึ่งจะช่วยให้คุณ ได้เข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหาของคุณ ทำให้มีความเชื่อว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชีวิตของตนเองได้ แทนการยอมรับและยอมจำนนต่อชะตากรรม และนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ (Action plane) ร่วมกันของคนในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำร่วมกันในการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงชุมชนและสังคมที่คุณอยู่ให้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าการเสริมพลังในการส่งเสริมสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคคลให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็เน้นการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มที่ส่งผลให้เกิดกลุ่มที่เข้มแข็ง สามารถรวมกันแก้ไขปัญหาของกลุ่มหรือของชุมชนต่อไปได้อีก

ความสำคัญของการสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการสร้างพลังเป็นกระบวนการศึกษาที่เน้นรูปแบบให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริงโดยให้ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจักษณ์การมองภาพสังคมที่ควรจะเป็นและการพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการการจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าวจึงช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดพลัง (Empowerment) ในตนและในกลุ่มซึ่งบุคคลกลุ่มและชุมชนที่มีพลังจะมีความสามารถในการควบคุมและร่วมมือกันแก้ไขเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ซึ่งสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่พบว่าบุคคลและสังคมรอบข้างจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลาบางครั้งบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือชีวิตของตนได้โดยลำพังเพราะสังคมรอบข้างไม่ให้ความร่วมมือหรือสนับสนุนหรือขาดการเป็นพวกพ้องจากกลุ่มบุคคลในสังคมการเปลี่ยนแปลงที่มีโอกาสสำเร็จได้มากจึงต้องอาศัยความร่วมมือกันของบุคคลและชุมชนแนวคิดการสร้างพลังจะเน้นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคลและส่งเสริมการรวมกลุ่มกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมการสร้างพลังจึงเป็นแนวคิดที่สามารถใช้เป็นทางเลือกใหม่แทนแนวคิดเดิมที่เคยเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้แบบท่องจำในเรื่องที่ห่างไกลหรือไม่มีความสำคัญกับผู้เรียนและเน้นการให้ผู้เรียนทำตามที่บอกโดยมิได้คำนึงถึงสภาพทางสังคมสิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขอื่นๆของผู้เรียน (ดวงจันทร์ทับทิมศรี, 2552: 12)

หลักการสร้างพลังอำนาจ (Bishop et al., 1988:4 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริภา, 2548:70)

1. การเรียนรู้ที่เน้นการทำให้บุคคลเชื่อในความสามารถของตนโดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมและเชื่อว่าตนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองชุมชนและสังคมได้

2. การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้เรียนโดยเริ่มจากประสบการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ในสภาพความเป็นจริงเช่นปัญหาความเจ็บป่วยปัญหาขยะในชุมชนหรือเป็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่มาเล่าให้ฟังเช่นประสบการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยเอดส์หรือเป็นประสบการณ์จากการทำกิจกรรมการเรียนรู้เช่นการให้กลุ่มทำกิจกรรมประดิษฐ์สิ่งของที่ต้องวางแผนทำงานร่วมกัน เป็นต้นแล้วให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ประสบการณ์ดังกล่าวโดยใช้วิจักษณ์การเพื่อโยงปัญหาต่างๆที่ตนพบเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมกระทำของบุคคลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันหรือที่จะกระทำในอนาคตให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

3. การเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียน ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยควรส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอนตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ที่เป็นที่สนใจและมีความสำคัญต่อผู้เรียนการวางแผนกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการสนทนาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้การประเมินผลตนเองตลอดจนการประเมินผลโครงการ

4. การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มการส่งเสริมบุคคลให้เรียนรู้เป็นกลุ่มร่วมกับผู้อื่นจะทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ทุกคนต่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยผู้จัดการเรียนรู้หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไม่ได้มีหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้แต่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดประสบการณ์ซึ่งกันและกันการเรียนรู้ในกลุ่มนอกจากจะทำให้แต่ละคนได้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วยังช่วยให้รู้ถึงการเป็นกลุ่มที่มีการคิดและกระทำร่วมกันซึ่งการรวมกลุ่มกันนี้จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่ามีพลังสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

5. การเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการจัดกิจกรรมการสร้างพลังจะต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติความรู้สึกรู้สึกและทักษะซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆนอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้จะนำไปสู่การกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยจะมีการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการวางแผนร่วมกันสำหรับการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพสิ่งแวดล้อมหรือคุณภาพชีวิตของชุมชนต่อไป

6. การเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่นและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องการเรียนรู้เพื่อสร้างพลังจะมีลักษณะเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ซึ่งมิได้เน้นการบรรยายตามเนื้อหาที่กำหนดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมของผู้เรียนและกลุ่มรวมทั้งการเรียนรู้จะไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียนเนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆจากประสบการณ์จริงและจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองได้ตลอดเวลาการสร้างพลังมิได้สิ้นสุดเพียงแค่ว่าในระยะเวลาฝึกอบรมแต่ผู้เรียนจะต้องนำสิ่งที่เรียนรู้และวางแผนไปปฏิบัติจริงทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่จากประสบการณ์การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องเป็นผู้สนับสนุนการจัดกิจกรรมและการเรียนรู้ดังกล่าวของกลุ่ม

7. การเรียนร่วมจำเป็นต้องมีการปรับเนื้อหาวิธีการและสื่อการเรียนให้เหมาะสมกับความต้องการและเงื่อนไขต่างๆการสอนที่มีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อซึ่งกิจกรรมการเรียนรู้ที่สนุกสนานจะช่วยจูงใจให้บุคคลอยากเรียนและมีความสุขในการเรียนโดยเฉพาะการจัดกิจกรรมกับกลุ่มประชาชนในชุมชนที่ไม่ใช่นักวิชาการและบางรายมีข้อจำกัดในการอ่านการเขียนจึงไม่ชอบวิธีการเรียนรู้แบบบรรยายหรือเน้นวิชาการเป็นหลักการใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่มีความหลากหลายเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและสนุกสนานเช่นการเล่นละครแสดงบทบาทสมมติการเล่น เกม การแต่งเพลงจะสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้อย่างไรก็ตามทุกๆกิจกรรมจะต้องมีวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ที่ชัดเจนและช่วยสร้างพลังให้กับผู้เรียน โดยกิจกรรมต่างๆ ต้องสอดคล้องและร้อยเรียงกันจนสามารถเพิ่มพลังให้กับบุคคลองค์กรและชุมชนได้

กระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างพลังอำนาจ

องค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลังสามารถแบ่งย่อยออกเป็น 5 ขั้นตอนของ บิชอปดังนี้ (Bishop et al., 1988 อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริภา, 2548)

1) การผ่านประสบการณ์ (Experiencing) การผ่านประสบการณ์ของผู้เรียน นับเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างพลังชุมชนสามารถจำลองประสบการณ์จริงและมีความสำคัญต่อผู้เรียนออกมาในรูปของภาพยนตร์การแสดงบทบาทสมมติภาพถ่าย ฯลฯ มาใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่บุคคลมีอยู่แล้วให้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละคนจะนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มประสบการณ์ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้จะต้องเป็นจริงและเป็นรูปธรรมให้มากที่สุดเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เผชิญในชีวิตประจำวันหรือในชุมชนได้อย่างชัดเจนในการเรียนรู้ขั้นต่อไป

2) การระบุประสบการณ์ (Naming Experience) เป็นกระบวนการที่ให้ผู้เรียนระบุและพรรณนาประสบการณ์ (จากขั้นตอนที่ 1) ว่ามีอะไรเกิดขึ้นตัวเองพูดหรือทำอะไรและรู้สึกอย่างไรและคิดว่าผู้อื่นพูดหรือทำอะไรและรู้สึกอย่างไรประสบการณ์นี้มีความสำคัญอย่างไร การที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกค่านิยมที่มีต่อประสบการณ์ดังกล่าวร่วมกับผู้อื่นจะทำให้เกิดความเชื่อมโยงเรื่องนั้นๆ เข้ากับชีวิตของตนและมองเห็นว่าสิ่งที่เรียนมีความสำคัญต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนและสมาชิกในชุมชนทำให้เห็นความสำคัญต่อประเด็นดังกล่าวและความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมสิ่งเหล่านี้ให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์

3) การวิเคราะห์ (Analysis) คือกระบวนการที่ผู้เรียนพยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ระบุในขั้นที่ 2 ด้วยการคิดอย่างไตร่ตรองว่าใครคือผู้มีอิทธิพลในเหตุการณ์ดังกล่าวใครเป็นผู้ตัดสินใจและการตัดสินใจนั้นเกิดผลกระทบต่อใครบ้างตลอดจนผู้เรียนเคยมีประสบการณ์อะไรที่เกิดขึ้นในทำนองเดียวกันซึ่งเป้าหมายของกระบวนการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้คือการช่วยให้แต่ละคนและกลุ่มเกิดความเข้าใจและมีความกระจำจัดในอิทธิพลและความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้นๆ ได้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง

4) การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนต่อมาให้ผู้เรียนคิดหาวิถีที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเมื่อผู้เรียนเกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วจะไม่จบลงด้วยความรู้สึกไม่สามารถเข้าไปแก้ไขอะไรได้ในทางตรงกันข้ามการวิเคราะห์จะช่วยให้เห็นว่าหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาเกิดจากตนเองสมาชิกและสิ่งแวดล้อมในชุมชนทำให้มองเห็นช่องทางในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขสิ่งที่เผชิญอยู่โดยผู้เรียนจะต้องตั้งคำถามกับตนเองและกลุ่มว่าต้องการจะปรับเปลี่ยนอะไรจะต้องทำอะไรและจะอย่างไรเพื่อให้ได้สิ่งที่ปรารถนาซึ่งจะนำมาสู่การร่วมกันกำหนดแผนและกลวิธีการดำเนินงาน โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนและชุมชน โดยแผนนั้นเกิดขึ้นจากความคิดและความต้องการของผู้เรียนเอง

5) การปฏิบัติ (Doing) เป็นขั้นตอนของการกระทำซึ่งจะรวมถึงการทดสอบการค้นหาคำที่จริงและการลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ได้มีการวางแผนร่วมกันซึ่งการลงมือปฏิบัติการทำงานร่วมกันการประสบความสำเร็จหรืออุปสรรคในการดำเนินงานจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป

ระดับของการสร้างพลังอำนาจ (จันทิมา วิชกุล, 2551:39)

1) การสร้างพลังอำนาจระดับบุคคล (Individual Empowerment) หรืออาจเรียกว่าเป็นการสร้างพลังระดับจิตวิทยา (Psychological Empowerment) จะหมายถึงการที่บุคคลมีความสามารถที่จะตัดสินใจและสามารถ

ควบคุมชีวิตตนเองได้ซึ่งคล้ายกับความเชื่อในความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) และการนับถือตนเอง (Self-Esteem) ที่เน้นประเด็นการพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวก (Positive Self-Concept) หรือความสามารถของบุคคล (Personal Competency)

2) การสร้างพลังอำนาจระดับองค์กร (Organization Empowerment) เป็นการบริหารจัดการแบบประชาธิปไตยที่สมาชิกในองค์กรมีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารและอำนาจโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการตัดสินใจการออกแบบการดำเนินงานรวมถึงการควบคุมให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดร่วมกันซึ่งการสร้างพลังระดับองค์กรจะให้ความสำคัญกับการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมสิ่งต่างๆในองค์กรรวมถึงการส่งเสริมให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับชุมชนที่ใหญ่ขึ้นด้วย

3) การสร้างพลังอำนาจระดับชุมชน (Community Empowerment) ชุมชนเป็นจุดที่บุคคลและองค์กรได้ใช้ทักษะและทรัพยากรที่มีอยู่มาทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกันโดยที่ทุกคนทุกองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของชุมชนซึ่งจะก่อให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันมีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นรวมถึงช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมหรือแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในชุมชนของตนได้โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนเป็นหลัก

การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจ

เป็นการศึกษาที่ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนได้ร่วมวางแผนและร่วมกิจกรรม จะช่วยก่อให้เกิดการสร้างพลังให้แก่ผู้เรียน การสอนอย่างแท้จริงจะช่วยให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2544: 47)

1) ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ (Efficiency) เนื่องจากการศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจ จะเน้นการให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนในกิจกรรมการสอนจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดี เมื่อเรียนเรื่องที่ตรงกับ ความสนใจและสำคัญต่อตนเอง

2) การพัฒนาบุคคล (Personal Development) การสร้างพลังอำนาจ จะช่วยพัฒนาบุคคลในด้านความคิด บุคลิกภาพทางสังคม รวมทั้งการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การนับถือตนเอง การสนใจที่จะเรียนรู้หรือศึกษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองและสามารถควบคุมตนเองให้มีการพัฒนาในทางที่ถูกต้อง

3) การเปลี่ยนแปลงสังคม (Social Change) การศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจ มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ให้มีโอกาสคิดวิเคราะห์และกำหนดสิ่งที่จะต้องกระทำในการเผชิญปัญหานั้นๆ ร่วมกับการให้ผู้เรียนเกิดการ เรียนรู้จากการปฏิบัติจากการมีส่วนร่วมจากผู้อื่น ทำให้เกิดการสนับสนุนและการกระทำร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงสังคม

การวัดและประเมินผลการสร้างพลังอำนาจ (จันทิมา วิชกุล, 2551: 43)

ผู้ที่จะประเมินผลการศึกษาการสร้างพลังอำนาจต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ในการนำกระบวนการสร้างพลังมาใช้ จึงจะกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินได้เหมาะสม ตัวชี้วัดในการประเมินผลมี 3 ลักษณะ คือ

1) ทัศนคติใช้การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการ (Means) ที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การประเมินจะวัดที่ตัวแปรพฤติกรรมที่เป็นผลจากการเรียนรู้ เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ การปฏิบัติ

2) ทัศนคติต้องการให้การสร้างพลังอำนาจเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย (Ends) จะวัดที่พลังของบุคคลและกลุ่ม ถ้าเป็นพลังในเรื่องทั่วไปของบุคคล สามารถวัดที่ตัวแปรการนับถือตนเอง (Self-Esteem) แต่ถ้าต้องการวัดพลังเฉพาะเรื่องที่เน้นด้านสุขภาพของบุคคล จะสามารถวัดในตัวแปรความเชื่อในความสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Efficacy) หรือวัดที่พฤติกรรมปฏิบัติโดยตรง ถ้าต้องการวัดพลังกลุ่ม สามารถวัดที่การรวมตัวในการวางแผน การจัดการกิจกรรมสุขภาพของกลุ่ม การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่ม เป็นต้น

3) ทัศนคติต้องการวัดผลกระทบของการสร้างพลังที่มีต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม การลดลงของปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลมาจากบุคคลและกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเองและกลุ่มได้

อย่างไรก็ตาม การประเมินผลการสร้างพลังอาจประเมินลักษณะที่ 2 และ 3 ร่วมกัน เพื่อให้มีเหตุผลและน้ำหนักในการอธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นได้

2.3.3 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตากง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรีประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 11 สัปดาห์

การจัดโปรแกรม ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 “รู้เท่าทัน โรคความดันโลหิตสูง” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

-ผู้วิจัยเล่าถึงสถานการณ์การ โรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน

-กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง

-วิทยากรอธิบายประกอบ power point บรรยายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

-ผู้วิจัยถามกลุ่มตัวอย่าง ถึงวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงพร้อมสรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติมและแจกเอกสารคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปศึกษาทบทวน

-ผู้วิจัยสรุปเปิดโอกาสให้ซักถาม

-การวัดความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 2 การผ่านประสบการณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจำลองประสบการณ์จริงร่วมกับประสบการณ์ที่บุคคลมีอยู่ให้เชื่อมโยงไปสู่ปัญหาของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและการแก้ไข (ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

-ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากประสบการณ์จริงของตนเอง

-กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็น แล้วช่วยกันรวบรวมเป็นภาพรวมของกลุ่มในแต่ละประเด็น จากนั้นให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอ

-ความรู้สึกรู้สึกต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเปิดโอกาสให้แต่ละคนได้แสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 3 การระบุประสบการณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเชื่อมโยงปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและเห็นความสำคัญของปัญหาโรคความดันโลหิตสูงต่อชีวิตและความเป็นอยู่จากการได้รับประสบการณ์ (ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

-กลุ่มตัวอย่างระดมสมองเพื่อระบุและเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ว่ามีปัญหอะไรเกิดขึ้นได้ทำอะไรไปบ้างและรู้สึกอย่างไรและคิดว่าผู้อื่นพูดหรือทำอะไรและรู้สึกอย่างไร และในปัจจุบันมีปัญหาอะไรบ้าง

-กลุ่มตัวอย่างนำเสนอการวิเคราะห์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 4 การวิเคราะห์ประสบการณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงอิทธิพลและความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและผลกระทบที่เกิดขึ้น(ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

-กลุ่มตัวอย่างนำปัญหาโรคความดันโลหิตสูงต่างๆที่ร่วมกันวิเคราะห์ภายในกลุ่มจากการทำกิจกรรมที่ 3

-แบ่งกลุ่ม ร่วมกันระดมสมองเพื่อช่วยกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ใครมีอิทธิพลและเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา ใครเป็นผู้ตัดสินใจและการตัดสินใจนั้นส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบครัว และใช้เส้นโยงใยความสัมพันธ์ พร้อมทั้งจัดบันทึกลงในกระดาษ

-นำเสนอการผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

การจัดโปรแกรม ๑ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

- ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาอันตราย และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์และแนวทางปฏิบัติของการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยการเปิดให้ชมวิดีโอ

- กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้จากประสบการณ์บุคคลตัวอย่าง โดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปกติ เป็นระยะเวลา 2 ปี เพื่อมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย เกิดกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

- ให้แต่ละคนวิเคราะห์ตนเอง โดยเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติของบุคคลตัวอย่าง และให้แต่ละคนจัดทำแนวทางของตนเอง

- แบ่งกลุ่ม ทำกิจกรรม “ลูกบอล 3 สี” เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถในระดับกลุ่ม ซึ่งมีความหมายดังนี้คือสีเขียว หมายถึง ทำได้ สีเหลือง หมายถึง ไม่แน่ใจ และสีแดง หมายถึง ทำไม่ได้

- ให้แต่ละคนจัดทำพันธสัญญาของตนเอง เพื่อดูแลสุขภาพ โดยกำหนดระยะเวลา 1 เดือน

กิจกรรมที่ 6 การวางแผนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง กำหนดแผน ขั้นตอนและเลือกวิธีปฏิบัติ (ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

- ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึก ‘ทำพันธสัญญา เพื่อดูแลสุขภาพ’ ลงในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ และให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยกำหนดระยะเวลา 1 เดือน

- ผู้วิจัยขอหมายเลข โทรศัพท์ และสถานที่ติดต่อของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามเยี่ยม ให้ความช่วยเหลือ และการกระตุ้นให้มารับการตรวจตามนัด

การจัดโปรแกรม ๑ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-7) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 การปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดให้มีการพบกัน ภายหลังจากได้ปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองมา 1 เดือน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคตลอดจนผลที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพ โดยมีการปฏิบัติดังนี้

- ให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามพฤติกรรมตามบันทึก พันธสัญญา เพื่อดูแลสุขภาพที่แต่ละคนได้วางแผน (ปฏิบัติพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 3-6)

- การนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้ปฏิบัติพฤติกรรมมาแล้ว 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 7)

- ให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามพันธสัญญาและให้เปรียบเทียบระหว่างพันธสัญญาที่ทำไว้กับสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง

- ให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่จะทดลองกลับไปปฏิบัติใหม่

- ผู้วิจัยให้คำแนะนำและสาธิตการดูแลเพิ่มเติม

- ทำความเข้าใจร่วมกันในการนำแนวทางการดูแลตนเองกลับไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้านอีก 4 สัปดาห์
- นัดหมายการพบกันในครั้งถัดไป อีก 4 สัปดาห์

การจัดโปรแกรม ๑ ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8-11) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 8 การติดตามสรุปผลและประเมินผลและปิดโครงการ โดยมีกิจกรรม

- นัดหมายกลุ่มตัวอย่างพบกัน (สัปดาห์ที่ 11)
- ให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อให้เป็นไปตามพันธะสัญญาและให้เปรียบเทียบระหว่างพันธะสัญญาที่ทำไว้กับสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง
- ให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- ผู้วิจัยสรุปประเด็น และปิดโครงการ
- กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
- การวัดความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกศินี วงศ์สุบิน (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 2 หมู่บ้าน รวม 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 2 หมู่บ้าน รวม 26 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการดำเนินงานตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ Chi-square test, Paired t-test, Independent t-test และ Z-test ภาย หลัง การ ทด ล อ ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.) ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

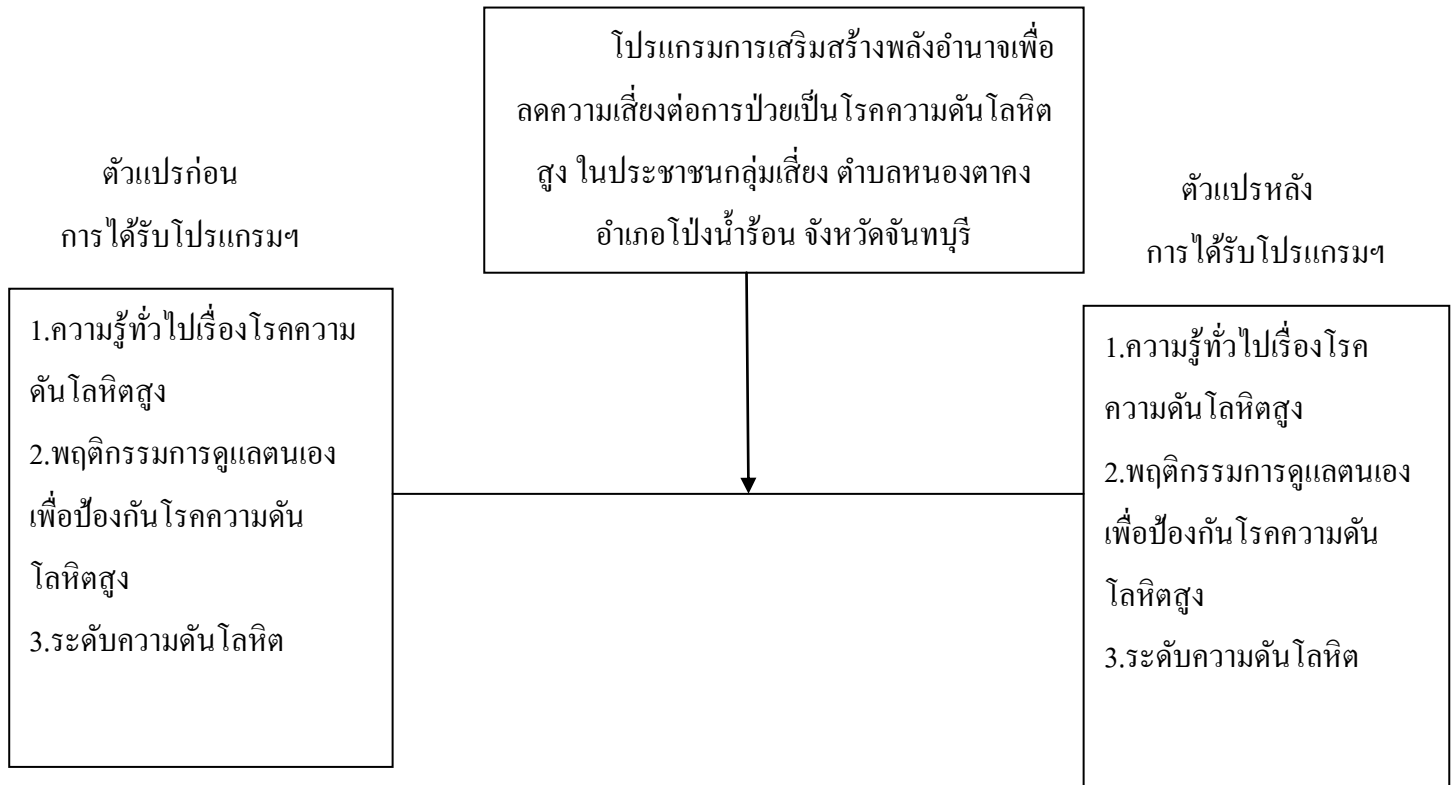
ปวีตรา สุทธิธรรม (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในชุมชน อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของบิชอป ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ใช้เวลาดำเนินการวิจัย 5 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมประกอบด้วย การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่าน มาในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการดูวิดีโอ การสาธิต การ

ฝึกทักษะที่จำเป็นเบื้องต้น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยมพี่เลี้ยงและไม่มีพี่เลี้ยง และมีการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมคิด อ่อนปรารงค์ (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คนที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี โดยใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีพลังอำนาจในตนเองด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์การรับรู้ความพึงพอใจในความสามารถของตนเองการรับรู้ความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองการรับรู้เป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเองการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการรับประทานอาหารและน้ำด้านการออกกำลังกายด้านการพักผ่อนและด้านการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รัชต์วารธณ และคณะ (2555) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender(1996) เลือกมโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ประโยชน์รับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติ และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ควบคุมระดับความดันโลหิตได้อันจะส่งผลให้อาการของโรคดีขึ้น การวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) โดยศึกษา แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design: Two Groups) 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับของภาวะความดันโลหิตสูง ระดับ 1-2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพลาผักกูด ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองในระยะก่อน หลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับความดันซิสโตลิกในระยะก่อน หลังการทดลองและติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน คือ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรีซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือประชาชนกลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรีทั้งเพศชายและหญิงจากการคัดกรองในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2560 (ปีงบประมาณ 2561) และมีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 468 คน

3.2.3 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 (ปีงบประมาณ 2561) ที่สงสัยป่วยรายใหม่ ที่มีระดับความดันโลหิตค่าความดันโลหิต 140/90 mmHg. ขึ้นไปซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 52 คน และสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 50 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของยงยุทธ สุขพิทักษ์ (2553) และสมุดบันทึกการวัดความดันโลหิต

3.3.1 แบบสอบถามประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงประยุกต์มาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูงของยงยุทธ สุขพิทักษ์ (2553) ลักษณะคำถามแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือกคือใช่และไม่ใช่มีจำนวน 20 ข้อตอบถูกให้ 1 คะแนนตอบผิดให้ 0 คะแนน

ลักษณะคำถามจะแบ่งความรู้ออกเป็น 4 ด้านรวม 20 ข้อรวมคะแนน 0 - 20

คะแนน โดยแบ่งเป็น

- 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 9 ข้อคะแนน 0 - 9 คะแนน
- 2) ด้านออกกำลังกาย 2 ข้อคะแนน 0 - 2 คะแนน
- 3) ความรู้ด้านโภชนาการ 6 ข้อคะแนน 0 - 6 คะแนน
- 4) ด้านการจัดการความเครียด 3 ข้อคะแนน 0 - 3 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดระดับการเรียนรู้ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986: 60) ดังนี้

≥ ร้อยละ 80	(ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)	มีความรู้สูง
ร้อยละ 60-79	(ช่วงคะแนน 11-15 คะแนน)	มีความรู้ปานกลาง
< ร้อยละ 60	(ช่วงคะแนน 0-10 คะแนน)	มีความรู้ต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของยงยุทธ สุขพิทักษ์ (2553) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคมีคำถาม 15 ข้อรวม 45 คะแนน

ข้อคำถามเชิงบวก

ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์	3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์	2 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์	0 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์	1 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า	2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	3 คะแนน

ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมีคำถาม 5 ข้อคำถาม

ข้อที่ 1 มีคะแนน 1 คะแนน ข้อที่ 2 - 5 มีคะแนนระหว่าง 1 - 3 คะแนนรวม 13 คะแนน

ดังนี้

ข้อที่ 1 มีคะแนน 1 คะแนน มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	0	คะแนน

ข้อที่ 2 - 5 มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 - 3 คะแนน เกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติถูกต้องเหมาะสม 3 คะแนน

ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน 2 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 การดูแลตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียดมีข้อคำถาม 8 ข้อ

มีคะแนนระหว่าง 1 – 3 คะแนนรวม 24 คะแนนดังนี้

ปฏิบัติถูกต้องเหมาะสม 3 คะแนน

ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน 2 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 1 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดระดับการเรียนรู้

ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986: 60) ดังนี้

≥ ร้อยละ 80 (ช่วงคะแนน 66-82 คะแนน) ระดับดี

ร้อยละ 60-79 (ช่วงคะแนน 50-65 คะแนน) ระดับปานกลาง

< ร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-49 คะแนน) ระดับต่ำ

3.3.2 สมุดบันทึกการวัดความดันโลหิต

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น จากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการและความครบถ้วนของข้อคำถาม และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงรายข้อของแบบสอบถามแยกรายหมวด โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปพบว่าความเที่ยงของแบบสอบถามมีดังนี้ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 0.78 (2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.894

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้ผ่านการอบรมชี้แจง แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบข้อความ และวัดระดับความดันโลหิต โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือในวันแรกของการเริ่มอบรมตามโปรแกรมฯ และในวันสิ้นสุดโปรแกรมฯ ดังแผนภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 แสดงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

O_1	หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 เมื่อเริ่มโปรแกรมฯ	
O_2	หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ	
X_1	หมายถึง การเริ่มโปรแกรมฯ	} ระยะเวลา 11 สัปดาห์
X_2	หมายถึง การสิ้นสุดโปรแกรมฯ	

3.6. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้

3.6.1 สถิติพรรณนา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.2 สถิติวิเคราะห์

เปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิต ด้วยสถิติ Paired t -test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตากง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯจำนวน 50 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตก่อนได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 3 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯในเรื่องความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 76.00 และเพศชายร้อยละ 24.00

อายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 35-39 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมาคืออายุระหว่าง 40-49ปี และมีอายุ50-59 ปี ร้อยละ 36.00 และ 12.00 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 40.12 ปี อายุน้อยที่สุด 35 ปี และอายุมากที่สุด 61 ปี

สถานภาพสมรสพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.00รองลงมา คือ โสด และ หย่า/แยก ร้อยละ 16.00 และ 12.00 ตามลำดับ

ระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.00 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น และประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 24.00และ 20.00 ตามลำดับ

อาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ รับจ้าง ค้าขาย และงานบ้าน ร้อยละ 24.0 และ 8.00ตามลำดับ

รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 5,000 บาทและ10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 32.00 และ 18.00 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,360 บาท รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท และรายได้สูงสุด 15,000 บาท

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ100 โดยส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารทางแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 60.00รองลงมา คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 24.00และทางด้านอื่นๆ ร้อยละ 16.00ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รวม	50	100.00
เพศ		
ชาย	12	24.00
หญิง	38	76.00
อายุ (\bar{X} = 40.12, S.D. = 9.85, Min = 35, Max = 61)		
35-39ปี	25	50.00
40-49ปี	18	36.00
50-59ปี	6	12.00
60 ปีขึ้นไป	1	2.00
สถานภาพสมรส		
โสด	8	16.00
คู่	34	68.00
หม้าย	2	2.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	23	46.00
ประถมศึกษาตอนปลาย	10	20.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	24.00

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
--------------	-------	--------

รวม	50	100.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	4	8.00
อนุปริญญา/ปวส.	1	2.00
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	0	0.0
อาชีพ		
เกษตรกรรม	30	60.00
ค้าขาย	4	8.00
รับจ้าง	12	24.00
งานบ้าน	4	8.00
รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน ($\bar{X} = 6,360$, S.D. = 3,315.12 , Min = 3,000 , Max = 15,000)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	16	32.00
5,000 –9,999 บาท	25	50.0
10,000 บาทขึ้นไป	9	18.00
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
ฉันไม่ได้รับ	0	0.00
ฉันได้รับ	50	100.00
1. โทรทัศน์	12	24.00
2. วิทยู	0	0.00
3. เพื่อน/เพื่อนบ้าน	0	0.00
4. แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	30	60.00
5. อื่นๆ	8	16.00

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตก่อนได้รับโปรแกรม

2.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม

2.1.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายชื่อ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้แก่การรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า อาหารกระป๋อง หรืออาหารหมักดองทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 100 รองลงมาคือการออกกำลังกายมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงร้อยละ 96.00 และการทำสมาธิเป็นวิธีการคลายเครียดที่ดีวิธีหนึ่งร้อยละ 88.00 ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดกันเป็นจำนวนมากคือค่าระดับความดันโลหิตปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 120 - 90 mmHg. ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ คนที่เป็นความดันโลหิตสูงอาจมีอาการปวดศีรษะอาเจียนหลังตื่นนอนเช้าร้อยละ 38.00 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบทดสอบความรู้ถูกและผิดตามรายชื่อก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
1.การรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า อาหารกระป๋อง หรืออาหารหมักดองทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	50	100.00	0	0.00
2.คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอมหรือคนที่น้ำหนักปกติ	37	74.00	13	26.00
3.คนที่มีความเครียดหรือกลุ่มใจมากติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง	33	66.00	17	34.00
4.คนที่เป็นความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นอาจไม่มีอาการเลยก็ได้	35	70.00	15	30.00
5.ค่าระดับความดันโลหิตปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 120 - 90 mmHg.	30	60.00	20	40.00
6.คนที่เป็นความดันโลหิตสูงอาจมีอาการปวดศีรษะอาเจียนหลังตื่นนอนเช้า	31	62.00	19	38.00
7.การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราหรือการดื่มกาแฟก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	34	68.00	16	32.00
8.การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทำได้โดยการควบคุมน้ำหนักตัว	42	84.00	8	16.00

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบทดสอบความรู้ถูกและผิดตามรายชื่อก่อนได้รับโปรแกรม(ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
---------	--------	--------

	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9.ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	34	68.00	16	32.00
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย				
10.ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีต่อวันและอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	34	68.00	16	32.00
11.เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงคือเวลาเช้ากับเย็นเท่านั้น	39	78.00	11	22.00
ความรู้ด้านโภชนาการ				
12.การควบคุมน้ำหนักตัวคือการลดอาหารพวกข้าวแป้งน้ำตาลและไขมัน	40	80.00	10	20.00
13.การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัววิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการลดอาหารมีไขมันหนึ่ง	39	78.00	11	22.00
14.การปรุงอาหารด้วยวิธีการต้มึ่งปิ้งย่างแทนการทอดด้วยน้ำมันจะช่วยควบคุมน้ำหนักได้	35	70.00	15	30.00
15.การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยควบคุมน้ำหนักและชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	37	74.00	13	26.00
16.คนที่ต้องการลดน้ำหนักควรกินอาหารที่ให้พลังงานน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ	43	86.00	7	14.00
17.การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ปลา ผัก และผลไม้สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	39	78.00	11	22.00
ความรู้ด้านการจัดการความเครียด				
18.การทำสมาธิเป็นวิธีการคลายเครียดที่ดีวิธีหนึ่ง	44	88.00	6	12.00
19.การมองโลกในแง่ดีอารมณ์ขันรู้จักให้อภัยมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดความเครียด	38	76.00	12	24.00
20.การออกกำลังกายมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง	48	96.00	2	4.00

2.1.2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายด้าน

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 14.76 คะแนนเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 6.32 คะแนน ความรู้ด้านโภชนาการเท่ากับ 4.40 คะแนน ความรู้ด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 2.58 คะแนน และความรู้ด้านการออกกำลังกาย 1.46 คะแนน ตามลำดับดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงรายด้านก่อนได้รับโปรแกรม

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน	\bar{X}	SD
1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	6.32	1.03
2.ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	1.46	0.54
3.ความรู้ด้านโภชนาการ	4.40	1.03
4.ความรู้ด้านการจัดการความเครียด	2.58	0.67
รวม	14.76	1.30

2.1.3 ระดับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 44.00 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม

ระดับความรู้เกี่ยวกับทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนได้รับโปรแกรม
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)	44.00
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน)	56.00
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)	0.0

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม

2.2.1 พฤติกรรมด้านการบริโภค

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมพบว่า ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นเบียร์เหล้าไวน์สาโทเป็นต้นปฏิบัติสูงสุดร้อยละ 76.00 รองลงมาไม่สูบบุหรี่ปฏิบัติ ร้อยละ 66.00 และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเช่นกระทิงแดงเป็นต้นร้อยละ 62.00 การไม่รับประทานอาหารว่างระหว่างมือ ร้อยละ 37.38 ไม่รับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวร้อยละ 36.45 ตามลำดับดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคก่อนได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมกรรมการบริโภค	ก่อนได้รับโปรแกรม			
	ประจำ (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	นานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
1.อาหารรสเค็ม	2 (4.00)	27 (54.00)	21 (42.00)	0 (0.00)
2.รับประทานรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น เช่น ปลา ร้ํา ะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	3 (6.00)	32 (64.00)	11 (22.00)	4 (8.00)
3รับประทานอาหารแต่ละมื้อไม่เท่ากันบางมื้อมากบางมือน้อย	5 (10.00)	19 (38.00)	24 (48.00)	2 (4.00)
4.รับประทานอาหารที่มีไขมันมากเช่นข้าวขาหมูข้าวมันไก่หมู พะโล้ เป็นต้น	3 (6.00)	14 (28.00)	31 (62.00)	2 (4.00)
5.ขนมหวานจัด	3 (6.00)	21 (42.00)	25 (50.00)	1 (2.00)
6.ผลไม้รสหวานจัดเช่นทุเรียนขนุนเป็นต้น	2 (4.00)	16 (32.00)	30 (60.00)	2 (4.00)
7. รับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวเช่นผักกาดผักบุ้ง	4 (8.00)	23 (46.00)	20 (40.00)	3 (6.00)
8.รับประทานอาหารว่างระหว่างมือเช่นตอนสายตอนบ่าย	3 (4.00)	10 (20.00)	25 (50.00)	12 (24.00)

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคก่อนได้รับโปรแกรม (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการบริโภค	ก่อนได้รับโปรแกรม			
	ประจำ (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	นานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)

9.รับประทานน้ำอัดลม	7	19	22	2
	(14.00)	(38.00)	(44.00)	(4.00)
10.รับประทานเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวานเช่นกาแฟโอวันดินไมโลเป็นต้น	9	23	15	3
	(18.00)	(46.00)	(30.00)	(6.00)
11.รับประทานเครื่องดื่มที่ไม่เติมน้ำตาลเช่นกาแฟดำน้ำชาเป็นต้น	2	19	28	1
	(4.00)	(38.00)	(56.00)	(2.00)
12.พฤติกรรมกรสูบบุหรี่	2	9	6	33
	(4.00)	(18.00)	(12.00)	(66.00)
13.ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นเบียร์เหล้าไวน์สาโทเป็นต้น	5	5	2	38
	(10.00)	(10.00)	(4.00)	(76.00)
14.ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเช่นกระทิงแดงเป็นต้น	2	9	8	31
	(4.00)	(18.00)	(16.00)	(62.00)
15.ดื่มเครื่องดื่มสมุนไพรที่วางจำหน่ายตามท้องตลาดเช่นโสมน้ำลูกยอเป็นต้น	10	28	11	1
	(20.00)	(56.00)	(22.00)	(2.00)

2.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมกรออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า มีเหงื่อออกขณะออกแรงหรือทำงานปฏิบัติสูงสุดร้อยละ 42.00 รองลงมาระยะเวลาออกกำลังกายเหมาะสมปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 38.00 และออกกำลังกายความถี่มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ปฏิบัติร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรออกกำลังกายก่อนได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย	ก่อนได้รับโปรแกรม		
	เหมาะสม (ร้อยละ)	บางส่วน (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
1. ความถี่ของออกกำลังกาย > 3 วัน/สัปดาห์	3	15	32

	(6.00)	(30.00)	(64.00)
2. ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง	19	7	24
	(38.00)	(14.00)	(48.00)
3. ความถี่ของการทำงานที่ต้องใช้แรงและใช้เวลา มากกว่า 30 นาทีขึ้นไป	5	31	14
	(10.00)	(62.00)	(28.00)
4. การออกของเหงื่อในขณะที่ออกแรงทำงานหรือ ออกกำลังกาย	21	23	6
	(42.00)	(46.00)	(12.00)

2.2.3 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

พฤติกรรมการผ่อนคลายเครียดของของกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่ามีการนอนหลับสนิทในช่วงเวลากลางคืนร้อยละ 40.00 รองลงมาผู้สีกพึงพอใจกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน ร้อยละ 32.00 และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อรู้สึกเป็นทุกข์ร้อยละ 30.00ตามลำดับดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดก่อนได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม		
	เหมาะสม (ร้อยละ)	บางส่วน (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
1. เมื่อรู้สึกเครียดมีการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายเครียด	10	21	19
	(20.00)	(42.00)	(38.00)
2. รู้สึกเป็นทุกข์เสร้านวิตกกังวลเมื่อมีความเครียด	15	20	15
	(30.00)	(40.00)	(30.00)

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดก่อนได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม		
	เหมาะสม (ร้อยละ)	บางส่วน (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
3. เมื่อเครียดปล่อยความคิดออกจากเหตุการณ์ปัจจุบันและ	5	30	15

จินตนาการถึงสถานที่และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสงบและเป็นสุขมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป	(10.00)	(60.00)	(30.00)
4. เมื่อมีปัญหาปรึกษากับเพื่อนหรือคนใกล้ชิดหรือผู้อาวุโสกว่า	10	25	15
	(20.00)	(50.00)	(30.00)
5. รู้สึกพึงพอใจกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน	16	27	7
	(32.00)	(54.00)	(14.00)
6. ปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยการคลายกล้ามเนื้อหรือการควบคุมการหายใจด้วยกระบังลม	0	19	31
	(0.00)	(38.00)	(62.00)
7. ปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ	6	21	23
	(12.00)	(42.00)	(46.00)
8. การนอนหลับสนิทในช่วงเวลากลางคืน	20	29	1
	(40.00)	(58.00)	(2.00)

2.2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคความดัน โลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อน ได้รับ โปรแกรม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคความดัน โลหิตสูง 49.18 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภคเท่ากับ 26.27คะแนน พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดเท่ากับ 16.12คะแนน และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 6.79คะแนน ตามลำดับดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8แสดง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายด้านก่อนได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคความดัน โลหิตสูงรายด้าน	\bar{X}	SD
1.พฤติกรรมด้านการบริโภค	26.27	4.17
2.พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	6.79	2.59
3.พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	16.12	1.8

รวม

49.18

4.64

2.2.5 ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.00 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 46.00 ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม

ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนได้รับโปรแกรม
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)	0.0
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน)	54.0
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)	46.0

2.3 ระดับความดันโลหิตก่อนได้รับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 mmHg.ขึ้นไป ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความดันโลหิตก่อนการได้รับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิต	ก่อนได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 120/80 mmHg.	0	0.00
120/80 – 139/89 mmHg.	0	0.00

140/90 mmHg. ขึ้นไป

50

100.00

ส่วนที่ 3 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรม

3.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม

3.1.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายชื่อ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นได้แก่การรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาจ๋า อาหารกระป๋อง หรืออาหารหมักดอง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 100 รองลงมาคือค่าระดับความดันโลหิตปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 120 - 90 mmHg. ร้อยละ 98.00 และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทำได้โดยการควบคุมน้ำหนักตัว ร้อยละ 96.00 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดกันเป็นส่วนมากคือการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัววิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการลดอาหารมีไขมันหนึ่งและการปรุงอาหารด้วยวิธีการต้มึ่งปิ้งย่างแทนการทอดด้วยน้ำมันจะช่วยควบคุมน้ำหนัก และข้อคำถามการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัววิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการลดอาหารมีไขมันหนึ่งได้เท่ากับร้อยละ 24.00 รองลงมาคือ การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยควบคุมน้ำหนักและชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.00 และคนที่เป็ความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นอาจไม่มีอาการเลยก็ได้ร้อยละ 20.00 ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบทดสอบความรู้ถูกและผิดตามรายชื่อหลังได้รับ โปรแกรม

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
1.การรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาจ๋า อาหารกระป๋อง หรืออาหารหมักดองทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	50	100.00	0	0.00

2.คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอมหรือคนที่มีน้ำหนักปกติ	44	88.00	6	12.00
3.คนที่มีความเครียดหรือกลุ่มใจมากติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง	48	96.00	2	4.00
4.คนที่เป็นความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นอาจไม่มีอาการเลยก็ได้	40	90.00	10	20.00
5.ค่าระดับความดันโลหิตปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 120 - 90 mmHg.	49	98.00	1	2.00
6.คนที่เป็นความดันโลหิตสูงอาจมีอาการปวดศีรษะอาเจียนหลังตื่นนอนเช้า	46	92.00	4	8.00
7.การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราหรือการดื่มกาแฟก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	50	100.00	0	0.00
8.การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทำได้โดยการควบคุมน้ำหนักตัว	49	98.00	1	2.00
9.ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	46	92.00	4	8.00
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย				
10.ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีต่อวันและอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	46	92.00	4	8.00
11.เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงคือเวลาเช้านั้น	44	88.00	6	12.00
ความรู้ด้านโภชนาการ				
12.การควบคุมน้ำหนักตัวคือการลดอาหารพวกข้าวแป้งน้ำตาลและไขมัน	50	100.00	0	0.00
13.การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัววิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการลดอาหารมีไขมันหนึ่ง	38	76.00	12	24.00
14.การปรุงอาหารด้วยวิธีการต้มหนึ่งปีอย่างแทนการทอดด้วยน้ำมันจะช่วยควบคุมน้ำหนักได้	38	76.00	12	24.00

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบทดสอบความรู้ถูกและผิดตามรายชื่อหลังได้รับโปรแกรม(ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15.การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยควบคุมน้ำหนัก	39	78.00	11	22.00

และชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

16.คนที่ต้องการลดน้ำหนักควรกินอาหารที่ให้พลังงานน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ	38	76.00	12	24.00
17.การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ปลา ผัก และผลไม้สามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้	40	80.00	10	20.00
ความรู้ด้านการจัดการความเครียด				
18.การทำสมาธิเป็นวิธีการคลายเครียดที่ดีวิธีหนึ่ง	44	88.00	6	12.00
19.การมองโลกในแง่ดีอารมณ์ขันรู้จักให้อภัยมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดความเครียด	42	84.00	8	16.00
20.การออกกำลังกายมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง	47	94.00	3	6.00

3.1.2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายด้าน

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 18.22 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 8.44คะแนน ความรู้ด้านโภชนาการเท่ากับ 5.3คะแนน ความรู้ด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 2.66 คะแนน และความรู้ด้านการออกกำลังกาย1.80คะแนน ตามลำดับดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12แสดง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน หลังได้รับโปรแกรม

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน	\bar{X}	SD
1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	8.44	0.73
2.ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	1.80	0.45
3.ความรู้ด้าน โภชนาการ	5.3	0.78

4.ความรู้ด้านการจัดการความเครียด	2.66	0.59
รวม	18.22	1.13

3.1.3 ระดับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

หลังการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม

ระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	หลังได้รับโปรแกรม
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)	100.0
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน)	0.0
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)	0.0

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม

3.2.1 พฤติกรรมด้านการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมพบว่ารับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวเช่นผักกาดผักบุ้งปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 98.00 รองลงมาไม่สูบบุหรี่ปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 84.00 และไม่รับประทานเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวานเช่นกาแฟโอวันดินไมโล เป็นต้นปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.00 ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการบริโภค	หลังได้รับโปรแกรม			
	ประจำ (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	นานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
1.อาหารรสเค็ม	0 (0.00)	4 (8.00)	41 (82.00)	5 (10.00)

2.รับประทานรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ปลา ผัก และผลไม้	32	17	1	0
	(64.00)	(34.00)	(2.00)	(0.00)
3รับประทานอาหารแต่ละมื้อไม่เท่ากันบางมื้อมากบางมื้อน้อย	0	0	18	32
	(100.00)	(0.00)	(36.00)	(64.00)
4.รับประทานอาหารที่มีไขมันมากเช่นข้าวขาหมูข้าวมันไก่หมูพะโล้ เป็นต้น	0	2	21	27
	(0.00)	(4.00)	(42.00)	(54.00)
5.ขนมหวานจัด	0	0	25	25
	(0.00)	(0.00)	(50.00)	(50.00)
6.ผลไม้รสหวานจัดเช่นทุเรียนขนุน เป็นต้น	0	1	22	27
	(0.00)	(2.00)	(44.00)	(54.00)
7. รับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวเช่นผักกาดผักบุ้ง	49	1	0	0
	(98.00)	(2.00)	(0.00)	(0.00)
8.รับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อเช่นตอนสายตอนบ่าย	0	1	26	23
	(0.00)	(2.00)	52.00)	(46.00)
9.รับประทานน้ำอัดลม	0	0	24	26
	(0.00)	(0.00)	(48.00)	(52.00)
10.รับประทานเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวานเช่นกาแฟโอวันตินไมโล เป็นต้น	0	1	8	41
	(0.00)	(2.00)	(16.00)	(82.00)
11.รับประทานเครื่องดื่มที่ไม่เติมน้ำตาลเช่นกาแฟดำน้ำชา เป็นต้น	28	20	2	0
	(56.00)	(40.00)	(4.00)	(0.00)
12.พฤติกรรมกรสูบบุหรี่	0	1	7	42
	(0.00)	(2.00)	(14.00)	(84.00)

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมกรบริโภคหลังได้รับโปรแกรม (ต่อ)

พฤติกรรมกรบริโภค	หลังได้รับโปรแกรม			
	ประจำ (ร้อยละ)	บางครั้ง (ร้อยละ)	นานๆครั้ง (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
13.ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นเบียร์เหล้าไวน์สาโท เป็นต้น	0	2	18	30
	(0.00)	(4.00)	(36.00)	(60.00)

14. คัดเครื่องคัดหมูกำลังเช่นกระทิงแดงเป็นต้น	0	3	17	30
	(0.00)	(6.00)	(34.00)	(60.00)
15. คัดเครื่องคัดสมุนไพรที่วางจำหน่ายตามท้องตลาดเช่น โสมน้ำ ถูกขอเป็นต้น	0	1	14	35
	(0.00)	(2.00)	(28.00)	(70.00)

3.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง หลังการได้รับโปรแกรมพบว่าออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ปฏิบัติมากที่สุดร้อยละ 84.00 รองลงมาเหงื่อออกขณะออกแรงหรือทำงานปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 76.00 และระยะเวลาออกกำลังกายถูกต้องเหมาะสมปฏิบัติร้อยละ 64.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	หลังได้รับโปรแกรม		
	เหมาะสม (ร้อยละ)	บางส่วน (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
1. ความถี่ของออกกำลังกาย > 3 วัน/สัปดาห์	42	8	0
	(84.00)	(16.00)	(0.00)
2. ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง	32	17	1
	(64.00)	(34.00)	(2.00)
3. ความถี่ของการทำงานที่ต้องใช้แรงและใช้เวลามากกว่า 30 นาทีขึ้นไป	31	17	2
	(62.00)	(34.00)	(4.00)
4. การออกของเหงื่อในขณะที่ออกแรงทำงานหรือออกกำลังกาย	38	12	0
	(76.00)	(24.00)	(0.00)

3.2.3 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

พฤติกรรมการผ่อนคลายเครียดของของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมพบว่ามีความรู้สึกพอใจกับชีวิตสูงสุดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.00 รองลงมา มีการนอนหลับสนิทในช่วงเวลากลางคืนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.00 และเมื่อรู้สึกเครียดมีการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายเครียดปล่อยความคิดออกจากเหตุการณ์ปัจจุบันและจินตนาการถึงสถานที่และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสงบและเป็นสุขมากกว่า 30 นาทีขึ้นไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้องร้อยละ 72.00 ตามลำดับดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการณ์ผ่อนคลายความเครียดหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการณ์ผ่อนคลายความเครียด	หลังได้รับโปรแกรม		
	เหมาะสม (ร้อยละ)	บางส่วน (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
1. เมื่อรู้สึกเครียดมีการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายเครียด	36 (72.00)	11 (22.00)	3 (6.00)
2. รู้สึกเป็นทุกข์เศร้าวิตกกังวลเมื่อมีความเครียด	33 (66.00)	16 (32.00)	1 (30.00)
3. เมื่อเครียดปล่อยความคิดออกจากเหตุการณ์ปัจจุบันและจินตนาการถึงสถานที่และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสงบและเป็นสุขมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป	36 (72.00)	14 (28.00)	0 (0.00)
4. เมื่อมีปัญหาปรึกษากับเพื่อนหรือคนใกล้ชิดหรือผู้อาวุโสกว่า	35 (70.00)	15 (30.00)	0 (0.00)
5. รู้สึกพึงพอใจกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน	46 (92.00)	4 (8.00)	0 (0.00)
6. ปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยการคลายกล้ามเนื้อหรือการควบคุมการหายใจด้วยกระบังลม	35 (70.00)	15 (30.00)	0 (0.00)
7. ปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิ	38 (76.00)	12 (24.00)	0 (0.00)
8. การนอนหลับสนิทในช่วงเวลากลางคืน	45 (90.00)	5 (10.00)	0 (0.00)

3.2.4 พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 71.58 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ด้านการบริโภคเท่ากับ 38.81 คะแนน พฤติกรรมการณ์ผ่อนคลายความเครียดเท่ากับ 22.00 คะแนน และพฤติกรรมการณ์ด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 11.33 คะแนน ตามลำดับดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 แสดง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายด้านหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงราย ด้าน	\bar{X}	SD
1. พฤติกรรมด้านการบริโภค	38.81	2.16
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	11.33	1.02
3. พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	22.00	1.70
รวม	71.58	4.49

3.2.5 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 12.00 ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง	หลังได้รับ โปรแกรม
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)	88.0
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน)	12.0
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)	0.0

3.3 ระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 mmHg. ขึ้นไปลดเหลือเพียงร้อยละ 20.00 ระดับความดันโลหิตต่ำ 120/80 – 139/89 mmHg. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.00 และ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างกลับมาเป็นปกติถึงร้อยละ 16.00 ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความดันโลหิต หลังการได้รับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิต	หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 120/80 mmHg.	8	16.00
120/80 – 139/89 mmHg.	22	44.00
140/90 mmHg. ขึ้นไป	10	20.00

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ในเรื่องความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิต

4.1 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

4.1.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายด้าน

เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 14.76 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.22 โดยเพิ่มขึ้น 3.46 คะแนน เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้านพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุดคือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเพิ่มขึ้น 2.12 คะแนน รองลงมาคือ ความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น 0.9 คะแนน และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 0.34 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายด้านก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน	\bar{X}	
	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	6.32	8.44

2.ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	1.46	1.80
3.ความรู้ด้านโภชนาการ	4.40	5.3
4.ความรู้ด้านการจัดการความเครียด	2.58	2.66
รวม	14.76	18.22

4.1.2 ระดับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 44.00 หลังการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นในระดับสูงเป็นร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ระดับความรู้เกี่ยวกับทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)	44.00	100.0
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน)	56.00	0.0
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)	0.0	0.0

4.1.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 14.76 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.22 โดยเพิ่มขึ้น 3.46 คะแนน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง	n	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มตัวอย่าง	50					
ก่อนการได้รับโปรแกรม		14.76	1.30	49	-12.004	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม		18.22	1.13			

4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

4.2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายด้าน

ตามรายด้าน

เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 49.18 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.58 โดยเพิ่มขึ้น 22.4 คะแนนเมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้านพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุดคือพฤติกรรมด้านการบริโภค โดยเพิ่มขึ้น 12.54 คะแนน รองลงมาคือพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มขึ้น 5.88 คะแนน และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 4.54 คะแนน ตามลำดับดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายด้านก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน	\bar{X}	
	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
1. พฤติกรรมด้านการบริโภค	26.27	38.81
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	6.79	11.33
3. พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	16.12	22.00
รวม	49.18	71.58

4.2.2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.0 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 46.0 หลังการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในระดับสูงร้อยละ 88.0 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 12.0 ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 66-82 คะแนน)	0.0	88.0
ปานกลาง (ช่วงคะแนน 50-65 คะแนน)	54.0	12.0
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-49 คะแนน)	46.0	0.0

4.2.3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ในกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 49.18 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.58 โดยเพิ่มขึ้น 22.4 คะแนน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	n	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มตัวอย่าง	50					
ก่อนการได้รับโปรแกรม		49.18	4.64	49	-27.083	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม		71.58	4.49			

4.3 ระดับความดันโลหิต

4.3.1 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่ามีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 mmHg. ขึ้นไป ร้อยละ 100 หลังการได้รับโปรแกรมระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 mmHg. ขึ้นไป ลดเหลือเพียง ร้อยละ 20.00 ระดับความดันโลหิตต่ำ 120/80 – 139/89 mmHg. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.00 และ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 120/80 mmHg. ร้อยละ 16.00 ดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ระดับความดันโลหิต	ก่อน	หลัง
น้อยกว่า 120/80 mmHg.	0.00	16.00
120/80 – 139/89 mmHg.	0.00	44.00
140/90 mmHg. ขึ้นไป	100.00	20.00

4.3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.115, p = .910$) เมื่อได้รับ โปรแกรมติดตามระดับความดันโลหิต พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงแดงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.675, p = .000$) ดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มตัวอย่าง	50					
ก่อนทดลอง (100-120 mm.Hg.)	105.15	3.35	105.10	3.25	0.115	.910
หลังทดลอง (70-120 mm.Hg.)	93.00	7.55	104.50	3.65	-8.675	.000

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตาก อำเภอบึงนาราง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คนสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะได้ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีอายุเฉลี่ย 40.12 ปี กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนใหญ่มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-9,900 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,360 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้นการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารทางแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 60.00รองลงมาคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 24.00และทางด้านอื่นๆ ร้อยละ 16.00

2. ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

พบว่า หลังการได้รับ โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นกว่าก่อนการการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.1

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

พบว่า หลังการได้รับ โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.2

4. ระดับความดันโลหิต

พบว่า หลังการได้รับ โปรแกรม ระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.3

5.2 อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองตากง อำเภอ โป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ในประเด็นต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้รายด้านเพิ่มมากขึ้นทุกด้านจากก่อนการได้รับ โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนความรู้จากก่อนการได้รับ โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง เปลี่ยนแปลงเป็นระดับสูง และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการได้รับ โปรแกรม และหลังการได้รับ โปรแกรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.1

ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการจัดการเรียนรู้ที่เป็นระบบ ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลัง มีการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คู่มือที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงคู่มือ/คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำกลับไปศึกษา ทบทวน ส่งเสริมให้เรียนรู้โดยผ่านกระบวนการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็น คิวเควระห์และมีการอภิปรายตามประเด็นที่กำหนด การเสริมสร้างประสบการณ์จากกิจกรรมที่หลากหลายโดยให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเองที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นทุกด้าน คือด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงความรู้ด้านการออกกำลังกาย ความรู้ด้านโภชนาการและความรู้ด้านการจัดการความเครียดซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปวีตรา สุทธิธรรม (2554) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในชุมชน อำเภอ นายายอาม จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของ บิสซอป ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ใช้เวลาดำเนินการวิจัย 5 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมประกอบด้วย การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่าน มาในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการคู่มือที่ทันสมัย การสาธิต การฝึกทักษะที่จำเป็นเบื้องต้น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยมที่เลี้ยงและไม่มีที่เลี้ยง และมีการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายด้านเพิ่มมากขึ้นทุกด้านจากก่อนการได้รับ โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางเปลี่ยนแปลงเป็นระดับสูง และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการได้รับ

โปรแกรม และหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.2

ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนตามกระบวนการเสริมสร้าง ที่เริ่มจากการทำกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่สนุกสนานทำให้ช่วยจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างอยากเข้าร่วมกิจกรรมและมีความสุขในการทำกิจกรรมซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การเปิดเผยปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม หลังจากนั้นเป็นการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง ตามแนวทางที่ได้ร่วมกันแก้ไขกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นกิจวัตรประจำวัน แล้วมีการจดบันทึกกิจกรรมที่ได้ทำลงในแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นการปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นทุกด้านคือพฤติกรรมด้านการบริโภคพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมพักผ่อนคลายความเครียดซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด อ่อนปรายค์ (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คนที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี โดยใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีพลังอำนาจในตนเองด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์การรับรู้ความพึงพอใจในความสามารถของตนเองการรับรู้ความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองการรับรู้เป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเองการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการรับประทานอาหารและน้ำด้านการออกกำลังกายด้านการพักผ่อนและด้านการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. ระดับความดันโลหิต

หลังการได้รับ โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.3

ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการมีกิจกรรมที่หลากหลาย ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การคู่มือทัศนเรื่องพิษภัยและอันตรายของ โรคความดันโลหิตสูง เพื่อกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดความกลัวการเรียนรู้จากประสบการณ์บุคคลตัวอย่าง โดยเชิญ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ดีเล่าถึงการดูแลตนเอง ปัญหาที่พบ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นถ้ามีการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี มาพูดแลกเปลี่ยน ซึ่งจากการทำกิจกรรมนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นกลวิธี แนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองที่ประสบความสำเร็จ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดกำลังใจในการดูแลตนเอง และจากการได้กลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลง มีค่าระดับความดันโลหิต ที่ลดลง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับรัชต์วรรณ และคณะ (2555) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender(1996) เลือกมโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ประโยชน์รับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติ และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ควบคุมระดับความดันโลหิตได้อันจะส่งผลให้อาการของโรคดีขึ้น การวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) โดยศึกษา แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design: Two Groups) 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับของภาวะความดันโลหิตสูง ระดับ 1-2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพลาผักกูด ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองในระยะก่อน หลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับความดันซิสโตลิกในระยะก่อนหลังการทดลอง และติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน คือ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ไปขยายผลในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่

อำเภอโป่งน้ำร้อน โดยการเตรียมความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลัง เนื่องจากผล การศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น และค่าระดับความดันโลหิต ลดลง ดังนั้นหากได้มีการนำโปรแกรมฯนี้ ไปประยุกต์ใช้ จะช่วยป้องกันการเกิดกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้

1.2 ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น โรคความดัน โลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มปกติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง เพื่อลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ยังไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตให้กลับมา เป็นปกติได้ จึงควรศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่ไปด้วย เพื่อจะได้รับรู้ข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่าง และต่อยอดพัฒนาให้มี ความเหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

เกศิณี วงศ์สุบิน. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกศิณี วงศ์สุบิน. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ.(2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงษ์ทิพย์ พวงลำเจียก. (2552). ความรู้และการปฏิบัติตนของประชาชนเรื่องความดันโลหิต สูงในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านคอนกระเบื้อง ตำบลบางพลับ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข ส.บ. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เพ็ญแข ประดับสุข. (2549). ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยตำบลหนองสะเดา ตำบลหนองสะเดา อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. สารนิพนธ์ปริญญาตรี : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มาลี ทะนิตะ. (2548). พฤติกรรมผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงสถานีอนามัย ผาตอ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. วิจัยเชิงคุณภาพสำนักงานสาธารณสุข อำเภอท่าวังผา : สถานีอนามัยแสนทอง.

รัตนา สว่างวงศ์สิน. (2547). ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. สารนิพนธ์ ปริญญาตรี : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุภาพร ชันทอง. (2552). การศึกษาความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านหัวกระบี่ ตำบลกระเสี้ยว อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. สารนิพนธ์ปริญญาตรี : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อัจฉรา ยุวดี.(2550) การสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอุทัยธานี วิทยานิพนธ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

ณัฐปภัทร์ เจียรภักดิ์(2552). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

อภิชาติ เจริญยุทธ (2552). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง
วิทยานิพนธ์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ชลนกุล คำนี้ก. (2544). การรับรู้และการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์และ
รายงานการศึกษาอิสระ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปวีตรา สุทธิธรรม. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอนายายอาม จังหวัด
จันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

หรรษลักษ์ณ์ แวบุตร. (2553). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านนาบัว อำเภอเมือง จังหวัด
สุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

กัทลีย์ ดันชนกุล และคณะ. (2548). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณภาพของหน่วยบริการปฐม
ภูมิบางมะพร้าวเครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร.

ภาคผนวก

แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงใน
ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ตำบลหนองตาก อำเภอบึงน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลลักษณะบุคคล ความรู้ทั่วไป เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น3ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กัลยา คงถาวร

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล

ถ้าชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
 2. ปัจจุบันท่านอายุเท่าใด.....ปี
 3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง
 4. ระดับการศึกษาสูงสุด
() ประถมศึกษาตอนต้น () ประถมศึกษาตอนปลาย
() มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า () มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
() ปวช./อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
 5. อาชีพ
() เกษตรกรรม () ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
() รับจ้าง () งานบ้าน () อื่นๆ ระบุ.....
 6. รายได้รวมเฉลี่ย..... บาท / เดือน
 7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
() ไม่ได้รับ
() ได้รับจาก(ตอบได้มากกว่าข้อ)
() 1. โทรทัศน์
() 2. วิทยุ
() 3. เพื่อน/เพื่อนบ้าน
() 4. แพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
() 5. อื่นๆ...ระบุ
-

ตอนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
	1.การรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า อาหารกระป๋อง หรืออาหารหมักดองทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
	2.คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอมหรือคนที่มีน้ำหนักปกติ		
	3.คนที่มีความเครียดหรือกลุ่มใจมากติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง		
	4.คนที่เป็นความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นอาจไม่มีอาการเลยก็ได้		
	5.ค่าระดับความดันโลหิตปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 120 - 90 mmHg.		
	6.คนที่เป็นความดันโลหิตสูงอาจมีอาการปวดศีรษะอาเจียนหลังตื่นนอนเช้า		
	7.การสูบบุหรี่การดื่มสุราหรือการดื่มกาแฟเป็นประจำหนึ่งที่ตั้งเสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้		
	8.การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทำได้โดยการควบคุมน้ำหนักตัว		
	9.ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้		
2	ความรู้ด้านการออกกำลังกาย		
	10.ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีต่อวันและอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์		
	11.เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงคือเวลาเช้านั้น		
3	ความรู้ด้านโภชนาการ		
	12.การควบคุมน้ำหนักตัวคือการลดอาหารพวกข้าวแป้งน้ำตาลและไขมัน		
	13.การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัววิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการลดอาหารมีไขมันหนึ่ง		
	14.การปรุงอาหารด้วยวิธีการต้มนึ่งย่างแทนการทอดด้วยน้ำมันจะช่วยควบคุมน้ำหนักได้		
	15.การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยควบคุมน้ำหนักและชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูง		
	16.คนที่ต้องการลดน้ำหนักควรกินอาหารที่ให้พลังงานน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ		
	17.การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ปลา ผัก และผลไม้สามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้		
4	ความรู้ด้านการจัดการความเครียด		
	18.การทำสมาธิเป็นวิธีการคลายเครียดที่ดีวิธีหนึ่ง		
	19.การมองโลกในแง่ดีอารมณ์ขันรู้จักให้อภัยมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดโรคความเครียด		
	20.การออกกำลังกายมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง		

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมด้านการบริโภค

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบเดียวและตรงกับความจริง

เกณฑ์การตอบ ดังนี้

ประจำ หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

บางครั้ง หมายถึง พฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆบางครั้งหรือส่วนใหญ่ (ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์)

นานๆครั้ง หมายถึง พฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆหรือบางวันหรือส่วนน้อย(ประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีประพฤติกกรรมปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภค	ความถี่ในการปฏิบัติ			
		ประจำ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	อาหารรสเค็ม				
2	รับประทานรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เช่น ปลา ร้า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป				
3	รับประทานอาหารแต่ละมื้อไม่เท่ากันบางมื้อมากบางมื้อน้อย				
4	รับประทานอาหารที่มีไขมันมากเช่นข้าวขาหมูข้าวมันไก่หมูพะโล้ เป็นต้น				
5	ขนมหวานจัด				
6	ผลไม้รสหวานจัดเช่นทุเรียนขนุน เป็นต้น				
7	รับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวเช่นผักกาดผักบุ้ง				
8	รับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อเช่นตอนสายตอนบ่าย				
9	รับประทานน้ำอัดลม				
10	รับประทานเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลหรือนมข้นหวานเช่นกาแฟโอวัลติน ไมโล เป็นต้น				
11	รับประทานเครื่องดื่มที่ไม่เติมน้ำตาลเช่นกาแฟดำน้ำชา เป็นต้น				
12	พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
13	ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า ไวน์ สาโท เป็นต้น				
14	ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเช่นกระทิงแดง เป็นต้น				
15	ดื่มเครื่องดื่มสมุนไพรที่วางจำหน่ายตามท้องตลาดเช่น โสมน้ำลูกข่อย เป็นต้น				

ส่วนที่ 2 การออกกำลังกาย

1. ในชีวิตประจำวัน ท่านได้ออกกำลังกายบ้างหรือไม่

- () 1. ออกกำลังกาย () 2. ไม่เคยออกกำลังกาย (ข้ามไปข้อ 4)

2. ท่านออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์บ่อยแค่ไหน (ความถี่ของการออกกำลังกาย)

- () 1. ไม่แน่นอน แล้วแต่เวลาว่าง () 2. น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
() 3. มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือเป็นประจำทุกวัน

3. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาเท่าไร (ระยะเวลาการออกกำลังกาย)

- () 1. น้อยกว่า 20 นาที () 2. ประมาณ 20-30 นาที
() 3. มากกว่า 30 นาทีขึ้นไป

4. การทำงานที่ต้องใช้แรง และใช้เวลามากกว่า 30 นาทีขึ้นไปในการทำงาน เช่น แบก ยกของหนัก ขุดดิน ทำสวน หรือเดินไกลๆ ท่านปฏิบัติบ่อยแค่ไหน

- () 1. ไม่เคยทำ () 2. ทำเป็นบางวัน น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
() 3. ทำบางวัน มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ หรือทำทุกวัน

5. ในขณะที่ท่านออกแรงทำงาน หรือออกกำลังกาย เหงื่อของท่านออกหรือไม่

- () 1. เหงื่อไม่ออก () 2. เหงื่อออกเล็กน้อย () 3. เหงื่อออกมาก

ส่วนที่ 3 การผ่อนคลายความเครียด

คำชี้แจง ให้ท่านตอบคำถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านได้ปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียดอย่างไรบ้างหรือไม่

- () 1. ไม่ปฏิบัติ () 2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง () 3. ปฏิบัติทุกครั้ง

2. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์ เศร้า วิตกกังวล เมื่อเกิดความเครียด

- () 1. ไม่เคยเป็น () 2. เป็นบางครั้ง () 3. เป็นทุกครั้ง

3. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจะปล่อยความคิดออกจากเหตุการณ์ปัจจุบัน และ จินตนาการถึงสถานที่และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสงบ และเป็นสุข

- () 1. ไม่ปฏิบัติ () 2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง () 3. ปฏิบัติทุกครั้ง

4. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะปรึกษากับเพื่อนร่วมงาน หรือคนใกล้ชิด หรือผู้อาวุโสกว่า เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

- () 1. ไม่ปฏิบัติ () 2. ปฏิบัติบางครั้ง () 3. ปฏิบัติทุกครั้ง

5. ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจกับการใช้ชีวิตในปัจจุบัน

- () 1. ไม่เคยพอใจ () 2. พอใจเล็กน้อย () 3. พึงพอใจ

6. ท่านเคยปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยการคลายกล้ามเนื้อ หรือการควบคุม การหายใจด้วยกระบ้งลมหรือไม่

- () 1. ไม่เคยปฏิบัติ () 2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง () 3. ปฏิบัติทุกครั้ง

7. ท่านเคยปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยการนั่งสมาธิ หรือไม่

- () 1. ไม่เคยปฏิบัติ () 2. ปฏิบัติบางครั้ง () 3. ปฏิบัติทุกครั้ง

8. ท่านนอนหลับสนิท ในช่วงเวลากลางคืนวันละกี่ชั่วโมง

- () 1. น้อยกว่า 4 ชั่วโมง () 2. ประมาณ 4 – 6 ชั่วโมง () 3. มากกว่า 6 ชั่วโมง

“ขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือการตอบแบบสอบถาม”

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางกัลยา คงถาวร
 วัน เดือน ปีเกิด ๒๔ กันยายน ๒๕๓๐
 สถานที่เกิด จังหวัดจันทบุรี
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ๒๔๐ หมู่ที่ ๕ ตำบลสะตอน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ๒๒๑๘๐

ตำแหน่งและประวัติการทำงาน

พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๗ นักวิชาการสาธารณสุข(ลูกจ้างเงินบำรุง)

พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๒ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซบตาเมา ๑๐๐ หมู่ที่ ๑๐

ตำบลหนองตากง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

E-mail:noooiw@hotmail.com

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. ๒๕๕๕ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร