

ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง



นางสาววาสนา มากผาสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

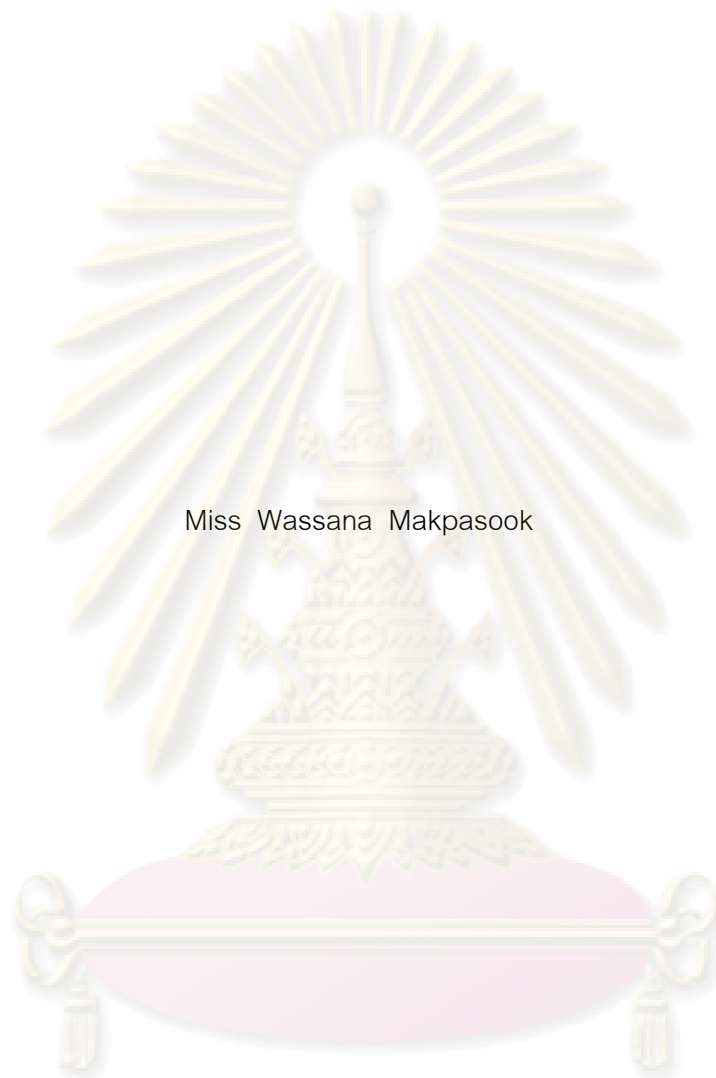
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE PROTECTION MOTIVATION PROGRAM ON SELF CARE BEHAVIOR
IN PREVENTING COMPLICATIONS AMONG HIGH RISK HYPERTENSIVE ELDERLY



Miss Wassana Makpasook

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการรู้งใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มเสี่ยง

โดย

นางสาววาสนา มากผาสุข

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นักวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

วาสนา มากผาสุข : ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง (THE EFFECT OF THE
PROTECTION MOTIVATION PROGRAM ON SELF CARE BEHAVIOR IN PREVENTING
COMPLICATIONS AMONG HIGH RISK HYPERTENSIVE ELDERLY) อ. ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 147 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง โดยใช้
ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน จับคู่
ในด้านอายุ เพศ และค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ
การบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย
แผนการพยาบาลตามโปรแกรม และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้รับการตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และ
สถิติทดสอบที (t - test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงภายหลัง
ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ
โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .01$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้สูงอายุ.....ลายมือชื่อนิสิต..... อธิชา มาลีพิลาญ.....
ปีการศึกษา2551.....ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... อ.จิราพร เกศพิชญวัฒนา.....

4977612836 : MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEY WORD : THE PROTECTION MOTIVATION PROGRAM / SELF CARE BEHAVIOR /
PREVENTING COMPLICATIONS/ HIGH RISK HYPERTENSIVE ELDERLY

WASSANA MAKPASOOK : THE EFFECT OF THE PROTECTION MOTIVATION PROGRAM
ON SELF CARE BEHAVIOR IN PREVENTING COMPLICATIONS AMONG HIGH RISK
HYPERTENSIVE ELDERLY. THESIS PRINCIPAL ADVISOR : ASSOC. PROF. JIRAPORN
KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 147 pp.

The purpose of this experimental research was to examine the effect of the protection motivation program on self care behavior in preventing complications among high risk hypertensive elderly. Protection Motivation Theory (Rogers, 1983) were utilized to develop the intervention. The sample consisted of 40 high risk hypertensive elderly. The first 20 subjects were assigned to an experimental group and the later 20 subjects were assigned to a control group. Participants were pair - matched by age, sex and the Body Mass Index (BMI). The experimental group received the protection motivation program and the control group received routine service. The intervention, developed by the researcher, was "the Perceived Protection Motivation Program" which included nursing plans for the program and a handbook for self care in preventing complications. The intervention was reviewed for content validity by a panel of experts. Data were collected by using the "Self-care behavior among High Risk Hypertensive Elderly" questionnaire. It demonstrated acceptable reliability with Cronbach's alpha of .80. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

Major findings were as follows:

1. The mean score of self care behavior among high risk hypertensive elderly in the experimental group after receiving the protection motivation program was significantly higher than before receiving the program ($p < .01$).
2. The mean score of self care behavior among high risk hypertensive elderly in the experimental group after receiving the protection motivation program was significantly higher than those who received the routine service ($p < .01$).

Field of study...Gerontological Nursing... Student's signature.....*Wassana Makpasook*.....
Academic year2008.....Principal Advisor's signature.....*Jiraporn K Wattana*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กราบขอบพระคุณหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบางเสร่ ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสร่ ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลนาจอมเทียน ที่ได้อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และให้ข้อคิดที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

กราบขอบพระคุณ คุณนันทา คุณรัตนศิริ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ อาจารย์ภิญญา หนูภักดี รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัย ที่ให้ความกรุณาในการเผยแพร่บทความวิจัย กราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ และการพยาบาลผู้สูงอายุ อย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัวที่ให้กำลังใจ ความห่วงใยแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณ คุณปรีชา รื่นเร็จ ที่คอยห่วงใย ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	5
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	16
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	18
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง	20
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	33
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง	40
แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ	44
ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน	45
3. วิธีดำเนินการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	62
การดำเนินการวิจัย	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	84

	๗
	หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	85
5. สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	90
สรุปผลการวิจัย	95
อภิปรายผลการวิจัย	95
ข้อเสนอแนะ	103
รายการอ้างอิง	104
ภาคผนวก	121
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	122
ภาคผนวก ข ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	124
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	128
ภาคผนวก ง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	
จากโรคความดันโลหิตสูง	144
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	147



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ณ

ตาราง	หน้า
1 การแบ่งระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปตามวิธีการของ JNC VII (2003).....	22
2 การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป	22
3 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย	58
4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคประจำตัว ความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย	59
5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน.....	86
6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังได้รับการบริการตามปกติ	86
7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ	87
8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน	88

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

ญ

แผนภูมิ	หน้า
1 ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Conner and Norman, 2005).....	48
2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	84



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น และเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population aging) ปัจจุบันพบว่ามีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต (สถาบันวิจัยประชากร และสังคม, 2550) ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทั้งนี้พบว่าวัยสูงอายุมักจะมีการเจ็บป่วยอย่างน้อยหนึ่งโรค และเมื่ออายุมากกว่า 75 ปี จะมีการเจ็บป่วยมากกว่าสามโรค (ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542 ; Miller, 1999; Wold, 2001) จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2544 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ส่วนใหญ่เป็นชนิดความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก (Isolated Systolic Hypertension) เนื่องจากผนังหลอดเลือดลดความยืดหยุ่น ทำให้แข็งตัวมากขึ้น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2548; Dickerson and Gibson, 2005) ทางการแพทย์เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติในการไหลเวียนโลหิตที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสูงอายุ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง หรือปริมาณเกลือโซเดียมมาก ภาวะอ้วน ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย หรือขาดการปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Taylor, 2003; Maddens, Imam and Ashkar, 2005) การดูแลรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ทำได้ยาก เนื่องจากความแตกต่างกันของวิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรค (Eliopoulos, 1993)

จากการสำรวจโรคความดันโลหิตสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 58 ล้านคน (Taylor, 2003) โดยคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 60 ล้านคน ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีเพียงร้อยละ 27 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Dickerson and Gibson, 2005) จากการศึกษาโดย The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 60.9 และเพศหญิงร้อยละ 74 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Maddens, Imam and Ashkar, 2005) โดยอุบัติการณ์สูงขึ้นในกลุ่มคนผิวดำ และเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเชื้อชาติ

และเพศก็มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Spillman and Lubitz, 2000 cited in Kaplan, 2006) และจากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่า ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีความดันโลหิตสูง (แยวรัตน์ ปรปักษ์ขาม พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และคณะ, 2549) สำหรับอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2545 พบร้อยละ 20 ของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) และจากการศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ตระหนักว่าตนเองป่วยเป็นโรค คิดเป็นร้อยละ 52.80 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้มีจำนวนที่สูงมาก คิดเป็นร้อยละ 50.80 (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงจะมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือผู้สูงอายุต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนป้องกันภาวะทุพพลภาพในอนาคตได้ (เกษม วัฒนชัย, 2532; ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2540) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร โดยปรุงอาหารจากความเคยชิน ไม่แยกอาหารเฉพาะโรค และส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ, 2535; วิมุตขพรรณ ไชยชนะ และหทัยรัตน์ นิยมาศ, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่ามีเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (สุนนา สัมฤทธิ์วิเศษ, 2548) อันเป็นผลเนื่องมาจากการมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักตัว โดยผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการ จึงดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (สุวิมล สังฆะมณี, 2549; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) และจากการศึกษาของ To and Ba (1991 อ้างถึงใน อนุชา นิลอยู่, 2542) พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และอันตรายจากภาวะ

แทรกซ้อน ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการขาดแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

ทั้งนี้หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่เหมาะสม หรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่องจะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยที่ไต และเรตินา ซึ่งจะทำให้ไตวาย และตาบอดตามมา (กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์, 2542; ประณีต สิงห์ทอง, 2541; วิทยา ศรีดามา, 2544; Taylor, 1995, Burt et al., 1995 cited in Kaplan, 2006) ในระยะยาวจะทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า ภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า อัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) และมีอัตราการตายจากเลือดออกในสมอง ร้อยละ 5.2 (วันชัย เจริญโชคทวี, 2543) จากภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เป็นภาระแก่ครอบครัว และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี และศึกษาในกลุ่มที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้ เสริมทักษะ ให้คำแนะนำ ในลักษณะการจัดโปรแกรมการสอน โปรแกรมสุขศึกษา ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม (จินตนา วิเศษสาร, 2544; วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์, 2544; ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2544; Kanjinapibul, 2001; Oonsup, 2003) สำหรับการศึกษากการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการศึกษาโดยจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยเน้นการสร้างพลัง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง (กวี เมฆประดับ, 2544) และการใช้โปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Siriagekarat, 2000) นอกจากนี้ พบว่ายังไม่มีการศึกษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญ ทำให้มีภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

ปัจจุบันสถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งสถิติเกี่ยวกับอัตราการป่วย และการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวยังไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเคยได้รับความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาแล้ว แต่พบว่ายังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ยังคงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก ทั้งยังมีความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนไม่ตระหนักถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของตนในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความตระหนัก ความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยง สามารถนำมาวิเคราะห์ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน มีความกลัว หากยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง มีความเชื่อมั่นในผลดีของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตนตาม คำแนะนำนั้น และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายผลของการสื่อสารเพื่อชักจูงให้เกิดความกลัว โดยการเสนอข้อมูล ข่าวสารที่บอกให้ทราบถึงอันตราย หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งผลจากการได้รับข้อมูลดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดการจูงใจในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น บทบาทพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง สำหรับการจัดทำโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน ของ Rogers (1983) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของตนในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) ที่ได้รับการพัฒนาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ ได้แก่ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ในความรุนแรง (perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ

1.1 การรับรู้ในความรุนแรง (perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วย หรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจให้ความร่วมมือในการมีพฤติกรรมป้องกันโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้น โดยมีความรู้สึกกลัวอันเกิดจากกระบวนการของโรค และกลัวความยุ่งยากในการรักษาหากเกิดโรค หรือภาวะคุกคามที่รุนแรง

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูง จะมีผลทำให้มีการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น ความเชื่อมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย ตลอดจนมีอิทธิพลสูงที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ ถึงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะคุกคาม แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น จนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายสามารถทำลายชีวิตของตนเองได้ ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Conner and Norman, 2005)

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะคือ

2.1 การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือภาวะคุกคามนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย หรือการเกิดอันตรายจากโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่บุคคลจะปฏิบัติ นั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

2.2 การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติสิ่งนั้นให้สำเร็จ (Conner and Norman, 2005) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้บุคคลสามารถใช้ทักษะของตนเองได้ดี และมีประสิทธิภาพในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ (Rippetoe and Rogers, 1987)

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันมีความเชื่อว่า การจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันอันตราย หรือภาวะคุกคามนั้น จะทำได้ดีที่สุดเมื่อบุคคลเห็นว่าอันตราย

ต่อสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายนั้น และมีความเชื่อว่าผลดีจากการตอบสนองต่อการปรับตัวที่เหมาะสมนั้นมีมากกว่าอุปสรรค บุคคลจึงมีการตอบสนองด้วยการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้นได้ ส่งผลให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมได้

ในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จากตัวแปรดังกล่าว สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ในความรุนแรง (perceived severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) ในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมดังนี้

โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. **การเรียนรู้ผ่านสื่อตัวแบบสัญลักษณ์** โดยการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงสังเกตสื่อตัวแบบสัญลักษณ์จากวิดีโอ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิตห่างไกล อัมพฤกษ์ อัมพาต” จัดทำโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ประกอบการสอนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีความสอดคล้อง และคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาของสื่อวิดีโอได้นำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับ ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เนื้อหาประกอบด้วย 6 ตอน ใช้เวลาประมาณตอนละ 3-5 นาที โดยนำเสนอช่วงละ 1 ตอน และให้ผู้สูงอายุได้ซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะจากการชมวิดีโอ ร่วมกับการอธิบายเพิ่มเติมโดยใช้สื่อโปสเตอร์ และตัวอย่างอาหารจริงที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. **การวิเคราะห์อาหาร** โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงร่วมกันวิเคราะห์อาหารที่ได้รับประทานในมื้อเช้า และอาหารว่าง ในประเด็นอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรลดหรือ

ควรหลีกเลี่ยง อาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการให้ความรู้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การ รับประทานอาหารตามแนวทาง DASH diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งเป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เน้นการรับประทานธัญพืช ผัก และผลไม้ หลีกเลี่ยง เนื้อแดง รับประทานปลา และลดเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล (อรัญญา รังผิง, 2550) หลักการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากอาหาร ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้สูงอายุเสนอความเห็นเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น และอาหารในท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความ เชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักได้อย่างเหมาะสม

3. การเรียนรู้ผ่านคู่มือ โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้เรียนรู้ผ่าน คู่มือ เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาที่ สอดคล้องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นให้ตระหนักถึง ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงใน การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนพฤติกรรมดูแลตนเองในการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สื่อคู่มือมีข้อดีคือผู้สูงอายุสามารถเปิดอ่านได้ ง่าย และสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

4. การทำแบบบันทึกการดูแลตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ได้ทำการบันทึกลงในแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกัน ภัยจากความดันโลหิตสูง” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้มีความเข้าใจ และสามารถบันทึกได้อย่าง ถูกต้อง นอกจากนี้การทำแบบบันทึกยังเป็นการกำกับเพื่อติดตามให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และสร้างความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ยังมี การตรวจสอบแบบบันทึกเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

5. การเรียนรู้ผ่านสื่อตัวแบบจริง โดยทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง สังเกตสื่อตัวแบบจริงจากการนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี และตัว แบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะทุพพลภาพจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน การนำเสนอ

ตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง โดยให้ผู้สูงอายุตัวแบบเล่าประสบการณ์ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ดีของการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สำหรับการนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะทุพพลภาพ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยมีประสบการณ์การเกิดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ปัจจุบันมีภาวะทุพพลภาพจากอัมพฤกษ์ อัมพาต ในการนำเสนอตัวแบบทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้สังเกต และเรียนรู้จากบุคคลจริง ทั้งยังมีลักษณะที่คล้ายคลึงตนเองเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

6. การสอน การสาธิต การฝึกทักษะในการออกกำลังกาย โดยการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้เรียนรู้ และฝึกทักษะการออกกำลังกายจากตัวแบบจริงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

7. การให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการบันทึกการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เปรียบเทียบกับครั้งแรก เป็นการติดตามกำกับให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการสร้างแรงจูงใจ โดยการชมเชย ให้กำลังใจ และมอบของที่ระลึกแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

จากแนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) ที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายผลของการสื่อสารเพื่อชักจูงให้เกิดความกลัว โดยการเสนอข้อมูล ข่าวสารที่บอกให้ทราบถึงอันตราย หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งผลจากการได้รับข้อมูลดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดการจูงใจในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การจัดโปรแกรมการจูงใจเพื่อ

ป้องกันของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงมีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้ดังกล่าวมีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเกิดการปรับตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการประเมินว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการควบคุมน้ำหนัก และ 3) ด้านการออกกำลังกาย เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ, 2535; สุมนา สัมฤทธิ์วัฒนาสัย, 2548; สุวิมล สังฆะมณี, 2549)

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ตำราเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (WHO-ISH, 1999; JNC VII, 2003; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) และพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) โดยมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลรายกลุ่ม 20 คน ทำกิจกรรมตามโปรแกรมในระยะเวลา รวม 6 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้ การสอน สาธิต คำแนะนำแบบรายกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง (ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลาประมาณครั้งละ 60-90 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองตามโปรแกรมที่บ้านร่วมกับการกำกับการทดลอง (ระหว่างสัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 6) โดยมีการติดตามประเมินผลการดูแลตนเองและกำกับการทดลอง 2 ครั้ง (ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6)

โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ประกอบด้วย

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม และให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการซักถาม เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. การให้ความรู้ โดยนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต” จัดทำโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากโรคความดันโลหิตสูง นำเสนอ ช่วงละ 1 ตอน และให้ผู้สูงอายุได้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย จากการชมวีดิทัศน์ ร่วมกับการอธิบายเพิ่มเติมโดยใช้สื่อโปสเตอร์ และตัวอย่างอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. การให้ความรู้ โดยนำเสนอตัวแบบจริงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม มีประสบการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันยังคงมีภาวะทุพพลภาพจากอัมพฤกษ์ อัมพาต เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้ตระหนักถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

4. อธิบายรายละเอียดของคู่มือ เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงวัย ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง” โดยเน้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึง ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการชี้แจงรายละเอียดการทำแบบบันทึกการดูแลตนเอง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง” โดยให้ผู้สูงอายุได้ทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการซักถามเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. การให้ความรู้ โดยนำเสนอตัวแบบจริงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง โดยให้ผู้สูงอายุตัวแบบเล่าประสบการณ์ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์เกี่ยวกับผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม

3. การสอน สาธิต และการฝึกทักษะในการออกกำลังกายโดยตัวแบบจริงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี ร่วมกับการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

4. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงร่วมกันวิเคราะห์อาหารที่ได้รับประทานในมื้อเช้า และอาหารว่าง ในประเด็นอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรลดหรือควรหลีกเลี่ยง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH diet หลักการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากอาหาร ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้สูงอายุได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นภูมิปัญญาท้องถิ่น และแหล่งอาหารในท้องถิ่น

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว สรุปผลการตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเอง และให้ข้อมูลป้อนกลับโดยแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว โดยเปรียบเทียบกับครั้งแรก มอบของที่ระลึกแก่ผู้สูงอายุที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดี พร้อมทั้งให้การเสริมแรง ชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจากการทำแบบบันทึก และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคจากการดูแลตนเองที่บ้าน ร่วมกันวางแผนเพื่อหาแนวทางการแก้ไข

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงทำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการกำกับการทดลอง ดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึก หรือการตีความจากสิ่งที่เห็นของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงว่าตนอาจเกิดอันตรายจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ้ามีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่อง การบริโภคอาหารเค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสหวานจัด การไม่ออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน หรือน้ำหนักเกิน โดยอาจทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองแตก หลอดเลือดตีบแข็ง หลอดเลือดโป่งพอง ไตวาย หัวใจวาย หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยวัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) ร่วมกับการทบทวนตำรา และวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2 การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย วัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) ร่วมกับการทบทวนตำรา และวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงประเมินตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด WHO-ISH (1999) JNC VII (2003) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งในที่นี้เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองใน 3 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงประเมินตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของเกลือสูง การหลีกเลี่ยงอาหาร หรือขนมที่มีแป้ง และน้ำตาลสูง การรับประทานผักผลไม้ อาหารที่มีเส้นใยสูงเป็นประจำ การหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด และการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน

2. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงประเมินตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก โดยลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือมีไขมันชนิดอิ่มตัวสูง การควบคุมอาหารที่ให้พลังงานมาก ใช้กรรมวิธีการปรุง โดยหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมัน เนย ในการประกอบอาหาร การเคี้ยวอาหารอย่างละเอียดก่อนกลืน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การออกกำลังกาย

อย่างสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด การแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการควบคุมน้ำหนักตัว และการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการลด หรือควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ประเมินตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติตนในการมีกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การยืด และหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ความหนักเบา ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง โดยกระทำต่อเนื่องอย่างน้อย ครั้งละ 10 นาที รวมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง โดยมีการอบอุ่นร่างกายก่อน และหลังการออกกำลังกายประมาณ 5-10 นาที ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมการออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนไหวที่ และคอยสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการประเมินว่ามีการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ประเมินโดยแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับแนวคิดของ WHO-ISH (1999) JNC VII (2003) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551)

การบริการตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ ได้แก่ การซักถามอาการ และประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำ หรือให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ตามสภาพปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ โดยนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง หรือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการแพทย์ และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีมาตรฐาน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1) ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2) เกณฑ์การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ
 - 1.3) การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง
 - 2.1) โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 2.2) ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3) การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตสูง
 - 2.4) อาการของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.5) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.6) พยาธิสรีระวิทยาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.7) อันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.8) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.9) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 - 3.1) แนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเอง
 - 3.2) พฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง
4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง
5. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ
6. ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน
 - 4.1) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุ” โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความผู้สูงอายุโดยยึดตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และภายหลังการประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2525 กำหนดให้ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง สำหรับในประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดให้ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในวัยผู้สูงอายุได้มีการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุ ดังนี้

1.2 เกณฑ์การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี (Chronological age) มีการกำหนดด้วยการเกษียณอายุ หรือหยุดจากงานที่ต้องทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ เช่น ในประเทศไทยกำหนดให้มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา กำหนดที่อายุ 65 ปี เป็นการกำหนดโดยนายจ้าง แต่ผู้สูงอายุบางคนยังต้องทำงานหาเลี้ยงตนเอง แม้จะมีอายุ 60 ปี หรือ 65 ปี โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม การแบ่งวัยสูงอายุด้วยจำนวนปีของอายุ ยังจำแนกวัยสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old) อายุ 60-69 ปี 2) วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปี และ 3) วัยสูงอายุมาก (Old-old) อายุ 80 ปี หรือมากกว่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545; กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ความชราเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบต่างๆ ของร่างกายจะทำหน้าที่โดยมีข้อจำกัด อวัยวะในร่างกายทุกระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ตั้งแต่ภายนอกร่างกาย คือ ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ แคล่อนไหวได้ช้าลง การทรงตัวไม่ดี กระดูกเปราะหักง่าย ความสามารถในการได้ยินลดลง เป็นต้น สำหรับระบบภายในร่างกายนั้น มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ระบบ เช่น ประสิทธิภาพการดูดซึมอาหาร หลอดเลือดแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น อาจทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลม เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและ

หลอดเลือด เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย เป็นเหตุให้ความสามารถในการปรับตัวของร่างกายที่มีต่อความเครียดลดลง ความสามารถในการใช้พลังงานเพื่อรักษาและคงสภาพของร่างกายให้แข็งแรงเป็นไปได้ยาก ซึ่งเมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าวัยอื่นๆ

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

วัยสูงอายุ จัดอยู่ในระยะออกจากสังคม โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือนับจากระยะปลดเกษียณจากการทำงานประจำ ซึ่งการออกจากสังคมมี 2 กรณี คือ ประการแรก เป็นข้อกำหนดให้ต้องออกจากบทบาทหน้าที่รับผิดชอบด้วยการปลดเกษียณ อีกประการหนึ่งเป็นการออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย โดยละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในวัยหนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่จะมีสังคมกว้างขวางกับการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม แต่สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงเหลือเพียงครอบครัว ญาติมิตร และเพื่อนสนิท เท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงจากการที่ต้องออกจากงาน หรือการเกษียณอายุการทำงาน ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้ ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือแล้ว หากผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะทุพพลภาพจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ก็จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคมต่อไป

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคม สิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ สิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การสูญเสียปัจจัยทางสังคม ส่วนปัจจัยภายในร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายในระบบต่างๆ ทำให้เกิดโรคทางกายได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคข้อ ความจำเสื่อม เป็นต้น ปัจจัยที่กล่าวมานี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงจิตใจ ทำให้วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ และความปลอดภัยต่างๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้สูงอายุปกติ ซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถจัดการปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมจากกระบวนการชราที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกายมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น แต่หากผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะที่

สำคัญของร่างกาย หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

2.1 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงเล็กหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กหรือหดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ช้าและน้อยลง ส่งผลให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 90 เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Chobanian et al., 2003) คณะกรรมการองค์การอนามัยโลกและประชาคมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างประเทศ (World Health Organization & International Society of Hypertension [WHO-ISH], 1999) โดย Joint National Committee ครั้งที่ 7 ได้ให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูง คือระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป สำหรับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูง ดังนี้

Hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า ซึ่งจะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้

Isolated systolic hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบน 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า แต่ระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated office hypertension (White coat hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข มีค่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท (จากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ)

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดหลายอย่าง ทำให้มี systolic blood pressure สูงขึ้น ในขณะที่ diastolic blood pressure ต่ำลง ทำให้มี pulse

pressure กว้างขึ้น และมีการพบ isolated systolic hypertension มากกว่าในวัยอื่นๆ ซึ่งอาจสูงถึงร้อยละ 30 (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่เป็นชนิดความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก (Isolated Systolic Hypertension) เนื่องจากผนังหลอดเลือดลดความยืดหยุ่น และมีความแข็งตัวมากขึ้น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2548; Dickerson and Gibson, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า ความดันโลหิต systolic จะเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชาย และหญิง ส่วนความดันโลหิต diastolic จะเพิ่มขึ้นจนเมื่ออายุราว 60 ปี จากนั้นจะเริ่มคงที่ และจะลดลงเล็กน้อยในชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2542) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงจากความชรา ทำให้ขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดที่เลือดจะไหลผ่านไปได้ลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2538) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงเอออร์ตา และแขนงใหญ่มีความแข็ง ร่วมกับภาวะของผนังหลอดเลือดแดงหนา เมื่อหัวใจสูบฉีดเลือดทำให้ความดันต่อหน่วยปริมาตรของเลือดที่ฉีดออกไปเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการตอบสนองต่อเบต้าแอดรีเนอจิกลดลง หรือตัวรับการกระตุ้นต่อความดันโลหิตที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวเหมือนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ทำให้การคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงลดลง ผลที่ตามมาคือ แรงต้านทานของหลอดเลือดฝอยส่วนปลายเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงได้ง่าย (เกษม วัฒนชัย, 2532; ชูศักดิ์ เวศแพศย์, 2538; Menscer, 2002)

2.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (WHO-ISH, 2003)

2.2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) มากกว่าร้อยละ 90 ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มีปัจจัยเสริมทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ อาหารรสเค็มจัด ความอ้วน ความเครียด และการสูบบุหรี่

2.2.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) มีน้อยกว่าร้อยละ 10 โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งเกิดจากสิ่งต่างๆ ดังนี้

2.2.2.1 ความดันโลหิตสูงจากไต เช่น ไตอักเสบ และไตวายเรื้อรัง

2.2.2.2 ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากหลอดเลือดไต คือ หลอดเลือดแดงของไตมีการตีบตัน ซึ่งการตีบของหลอดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดงของไตแข็งตัว หลอดเลือดอักเสบ หลอดเลือดผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ซึ่งไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือด ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น สาเหตุเหล่านี้เมื่อรักษาโดยการผ่าตัดแล้วความดันโลหิตสูงก็จะหายไป

2.2.2.3 ความดันโลหิตสูงเกิดจากฮอร์โมน เป็นความผิดปกติของฮอร์โมนที่หลั่งออกจากอวัยวะภายในต่างๆ เช่น ต่อมหมวกไต และโรค Cushing's syndrome

2.3 การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิต (Classification of blood pressure)

คณะกรรมการความร่วมมือแห่งชาติว่าด้วยเรื่อง การป้องกัน การค้นหาโรค การประเมินผล และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงครั้งที่ 7 แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (Chobanian et al., 2003; WHO, 2003)

ระดับความดันโลหิต	ซิสโตลิก(มม.ปรอท)	ไดแอสโตลิก(มม.ปรอท)
ระดับปกติ	< 120	และ < 80
ระดับก่อนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	120-139	หรือ 80- 89
ความดันโลหิตสูง ระดับ 1	140-159	หรือ 90-99
ความดันโลหิตสูง ระดับ 2	≥ 160	หรือ ≥ 100

สำหรับแนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) ได้จำแนกประเภทระดับความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

Category	SBP		DBP
optimal	<120	และ	<80
normal	120-129	และ/หรือ	80-84
high normal	130-139	และ/หรือ	85-89
grade 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
grade 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
grade 3 hypertension (severe)	≥180	และ/หรือ	≥110
Isolated systolic hypertension	≥140	และ	<90

เมื่อความรุนแรงของความดันโลหิต systolic และ diastolic อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ isolated systolic hypertension ได้แบ่งระดับความรุนแรงโดยพิจารณาจากค่าความดันโลหิต systolic ระดับเป้าหมายของการลดระดับความดันโลหิต ทั้งค่า systolic และ diastolic ควรลดความดันโลหิตลงมาต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วย

สูงอายุที่เป็น isolated systolic hypertension (ISH) ควรลดความดันโลหิต systolic ลงมาที่ 140-145 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2548) ทั้งนี้หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามมาได้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีอาการ และอาการแสดง ดังต่อไปนี้

2.4 อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการอะไร แต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปทีละน้อยอย่างช้าๆ จนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในที่สุด เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมสมรรถภาพ หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549) อาการที่บ่งชี้ว่ามีการทำลายของอวัยวะต่างๆ แล้ว เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก, อาการชาหรืออ่อนแรงของแขนขาชั่วคราวหรือถาวร ตามัว หรือตาข้างหนึ่งมองไม่เห็นชั่วคราว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน บวมที่เท้า เวลาบ่ายหรือเย็น ปวดขาเวลาเดินทำให้ต้องพักจึงจะเดินต่อไปได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

โรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกมักไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ดังนั้น จึงส่งผลกระทบต่อให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และเป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหันที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (พีงใจ งามอุโฆษ, 2541; Cunningham, 1986) สำหรับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.5 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.5.1 อายุ ผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมตามวัย และเกิดการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Fetzer, 2001) โดยระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในขณะที่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5-1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (Swales, 1995)

2.5.2 เพศ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าเพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน โดยเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 จะมีความดันโลหิตสูง (Hanzen, 1998) เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของเรตินในกระแสเลือด ทำให้มีผลต่อการดูดน้ำกลับสู่ร่างกายมากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (Olson and Warren, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาของ The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-74 ปี มีอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเพศชายร้อยละ 60.9 ส่วนในเพศหญิงร้อยละ 74 และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีอัตราการป่วยเป็น

โรคความดันโลหิตสูงในเพศชายร้อยละ 69.2 และเพศหญิงร้อยละ 83.4 (Maddens, Imam and Ashkar, 2005)

2.5.3 การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารเช้าที่มีเกลือโซเดียมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Law, 1997) พบว่า การจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Sack, 2001; Vollmer, 2001; Chobanian, 2000) นอกจากนี้ สุพรชัย กองพัฒนากุล (2542) ได้รวบรวมผลการศึกษากเกลือที่มีผลต่อความดันโลหิต โดยสังเคราะห์งานวิจัย 19 เรื่อง พบว่า ปริมาณการบริโภคโปรตีนที่ต่ำ และแคลเซียม ในแต่ละวันมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับระดับความดันโลหิต การให้โปรตีนที่ต่ำวันละ 60 มิลลิโมล สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 8.2 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไดแอสโตลิกได้เฉลี่ย 4.5 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้น นอกจากเกลือโซเดียมแล้ว โปรตีนที่ต่ำก็ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตด้วย

2.5.4 ภาวะอ้วน ปัจจัยด้านน้ำหนัก และส่วนสูง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต (Kotchen and Kotchen, 1999) โดยกลไกของความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ซึ่งทำให้มีการเพิ่มการซึมผ่านและปริมาณของเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาทีที่สูงขึ้น และพบว่าในคนอ้วนมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะการต้านอินซูลิน (insulin resistance) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง มีผลไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมกลับของน้ำ และโซเดียม (Groer, 2001) มีการศึกษาพบว่า การลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัมของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (JNC, 2003) ในทางวิชาการนิยมใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

ในการประเมินภาวะโภชนาการ มีสูตรการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = $\frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$

ค่าดัชนีมวลกายที่ได้จากการคำนวณมาเทียบกับเกณฑ์การตัดสินการประเมินภาวะโภชนาการ (Weisell, 2000) โดยได้จำแนกประเภทภาวะโภชนาการ ได้แก่

1) ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อย

2) ค่าดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3) ค่าดัชนีมวลกาย 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อ

ภาวะอ้วน

4) ค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1

5) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2

2.5.5 ขาดการออกกำลังกาย การขาดการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระ (independent risk factors) ต่อการเกิดความดันโลหิตสูง บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารีดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร endorphins ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่ม high density lipoproteins (HDL) ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2548)

2.5.6 ความเครียด ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาท sympathetic โดยกระตุ้นการหลั่ง epinephrine จากต่อมหมวกไต และnorepinephrine จากปลายประสาท sympathetic ทำให้มีการบีบของหลอดเลือด และความดันเลือดเพิ่มขึ้น สันนิษฐานว่าการที่ความดันเลือดมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเกิดความเครียดเป็นเวลานานๆ เพราะ baroreceptor ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับความดันเลือดให้เป็นปกติ มีการส่งกระแสประสาทผ่าน vagus nerve ให้มีการทำงานลดลง ทำให้ร่างกายปรับระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้นกว่าเดิม (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) สรุปคือ ผลของความเครียดที่มีต่อระดับความดันโลหิตขึ้นอยู่กับลักษณะของความเครียด การรับรู้ต่อความเครียดของบุคคลนั้นๆ และลักษณะทางสรีรวิทยาของบุคคลต่อความเครียด

2.5.7 การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตอยู่แล้ว และเมื่อสูบบุหรี่ด้วยจะยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เนื่องจากในบุหรี่มีส่วนประกอบของสารนิโคติน ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีผลต่อการดำเนินของโรคได้ ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Menscer, 2002)

2.5.8 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ. 2544 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 23 (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราในปริมาณมากเป็นประจำ จะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บัณฑิต, 2542) มีการศึกษาพบว่า การดื่ม

แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตแม้การดื่มเพียงวันละ 1-2 แก้วในระยะยาว โดยมีผลต่อความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก สำหรับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรชัย กองพัฒนานุกูล, 2542)

2.5.9 การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษาของ รุ่งนภา ประยงค์หอม (2548) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการเพิ่มหรือลดขนาดการรับประทานยา ลืมรับประทานยา รับประทานยาสมุนไพรหลายชนิดตามความเชื่อ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจนเรื่องโรค และขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง

2.6 พยาธิสรีระวิทยาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ โดยมีความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจ (LV thickness) พบว่ามีการหนาตัวขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจจะเป็นผลจากความดันโลหิตที่สูงขึ้น หรือจาก neurohormonal changes อื่นๆ นอกจากนี้ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นมีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ (Systolic function) และการคลายตัวของหัวใจ (Diastolic function) ลดลง ซึ่งอาจตรวจพบได้จากการทำ echocardiogram การคลายตัวที่ลดลง ส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีความดันในช่องหัวใจเพิ่มขึ้น และอาจมีภาวะหัวใจวายได้ (diastolic heart failure) สำหรับการเปลี่ยนแปลงในผนังหลอดเลือด พบว่ามีการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง มีปริมาณของแคลเซียม และ collagen เพิ่มขึ้นในผนังหลอดเลือด ในขณะที่สาร Elastin ลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ความต้านทานเลือดสูงขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และทำให้ความดันโลหิต systolic สูงขึ้น เป็นการเพิ่ม load ให้กับหัวใจ ส่งผลทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจในการทำงานสูงขึ้น

ความดันโลหิตที่สูงขึ้น ส่งผลให้มีความผิดปกติของเซลล์เยื่อหลอดเลือด (Endothelial dysfunction) โดยทำให้มีการเสื่อมสภาพของเซลล์บุหลอดเลือด เซลล์เหล่านี้ปกติจะมีหน้าที่สร้างสารที่ช่วยในการขยายตัวของหลอดเลือด (nitric oxide) และต่อต้านการอุดตันของเส้นเลือด เมื่อมีการทำงานเสียไปก็มีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดอุดตันมากขึ้น ความดันโลหิตสูงมีผลเสียต่อเกือบทุกระบบของร่างกาย ทำให้มีการเพิ่มทั้งอัตราการตาย พิการ และความทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อน เช่น สมองเสื่อม ภาวะไตวาย

2.7 อันตราย และภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไปตลอดชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

2.7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ หลอดเลือดทั่วร่างกายจะมีการแข็งตัว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ดังต่อไปนี้

2.7.1.1 สมอง ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัวและตีบแคบ มีการโป่งพองเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย อาจส่งผลให้เกิดอัมพาต หรืออาการสมองเสื่อม และอาจมีความรุนแรงอันตรายถึงชีวิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 3-4 เท่า เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกันที่มีความดันโลหิตปกติ (WHO-ISH, 1999)

2.7.1.2 หัวใจ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเกิดจากผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคหัวใจวายได้ จากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานเพิ่มขึ้นโดยออกแรงบีบตัว เพื่อต้านกับแรงดันในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะมีการปรับตัวโดยที่กล้ามเนื้อหัวใจขยายตัวมากขึ้น จึงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต ถ้ายังเกิดภาวะเช่นนี้ต่อไปจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีก ทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพจึงเกิดภาวะหัวใจวาย ในผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็น 3 เท่าของคนในวัยเดียวกันที่มีความดันโลหิตปกติ (Scott, 1998)

2.7.1.3 หลอดเลือด ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หรือโป่งพอง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแขนขา และอวัยวะภายในลดลง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเดินไม่ได้ไกล เนื่องจากปวดขาจากการขาดเลือด (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2549)

2.6.1.4 ไต การเกิดโรคไตจากความดันโลหิตสูง มักเกิดในผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตสูงมาก และนานพอสมควร การเกิดโรคไตเป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่หนาแข็ง รุหลอดเลือดตีบหรือแคบลง ขรุขระ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่

เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงของไตโดยมีการทำลายของ glomerulus ท่อของหน่วยไตมีการฝ่อลีบ และมีการตายของหน่วยไตเกิดขึ้น ทำให้ไตมีขนาดเล็กลง และเกิดภาวะไตวายในเวลาต่อมา (Kaplan, 1994; Trottier, 1996) ดังนั้น สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียจึงบกพร่อง เกิดการคั่งของของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย ทั้งนี้หากมีการคั่งอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด หมดสติ และเสียชีวิตได้

2.7.1.5 ตา ความดันโลหิตสูงอาจทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ที่ตาเกิดการหนาตัวขึ้น มีการตีบแคบ ทำให้แรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น ถ้าเป็นรุนแรงอาจทำให้หลอดเลือดแตก และมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม ขั้วประสาทตาบวม (papilledema) เกิดอาการตาพร่ามัว และตาบอดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2.7.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ (Dickerson and Gibson, 2005) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยา เนื่องจากมักคิดว่าตนเองมีอาการรุนแรงมากกว่าบุคคลอื่น และการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ทรมาน เนื่องจากผลข้างเคียงที่ได้รับจากยา เช่น อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เป็นต้น

2.7.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง หรือทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวในการดูแล หรือให้การช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาทเดิมในสังคมลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว จากการศึกษาของ Maynard (1992 cited in Kaplan, 1998) พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่ายาในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1,748 เหรียญต่อปี ถ้ามีการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือต้องล้างไต จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 35,024 และ 40,864 เหรียญต่อปีตามลำดับ สำหรับประเทศไทยมีรายงานค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นอนรักษาในโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง

และถ้ามีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

จากการที่กล่าวมาข้างต้น โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และยังส่งผลต่อสังคม ตลอดจนเศรษฐกิจของบุคคลในครอบครัว ดังนั้น การควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

สุชัยญา วงษ์เพ็ง (2542) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับประทาน อาหาร และการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมศักดิ์ ผดุงจิตร์ (2544) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และน้ำหนักร่างกายในผู้หญิงสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60- 70 ปี ได้ผ่านการตรวจสุขภาพร่างกายจากแพทย์เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถออกกำลังกายได้ และไม่เคยออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนมาก่อน จำนวน 30 คน จากประชากร 40 คน โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน พบว่า ผลการออกกำลังกายด้วยวิธีการแกว่งแขน มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจขณะพักความดันโลหิตขณะพัก และน้ำหนักร่างกายในผู้หญิงสูงอายุในกลุ่มทดลองลดลง และการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก ความดันโลหิตขณะพัก และน้ำหนักของร่างกายในผู้หญิงสูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มทดลองแต่แตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม

สว่างจิตต์ จันทร์ (2544) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยพยาบาลปฐมภูมิ สถานีอนามัย ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 44 คน พบว่าความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับการสอนโดย

ใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวิมล สันติเวส ศิริรัตน์ ปานอุทัย และอัครอนงค์ ปราโมข (2545) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม วิดีทัศน์ตัวแบบเสนอ เรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรัตณี ศรีกัน (2546) ศึกษาผลของการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับการรักษา ณ คลินิกพิเศษแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ให้มีความคล้ายคลึงในเรื่องเพศ อายุ คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ใช้ควบคุมความดันโลหิต กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการตั้งเป้าหมาย คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากผู้วิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองสูงกว่าก่อนการตั้งเป้าหมายและตรวจสอบตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองภายหลังการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำการออกกำลังกายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนหลัง 2 ระยะ คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (Two Group Pretest- Posttest Designs) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อ

การเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาศัยในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lee, Arthus and Avis (2007) ศึกษาประชากรผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (mild to moderate hypertension) ในชนบทประเทศใต้หวันที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 202 คน สุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้แนะนำให้เดินในชุมชน เป็นเวลา 6 เดือน และติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลชุมชนเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้แนะนำให้เดิน และให้ใช้ชีวิตตามปกติที่เคยทำ เป็นเวลา 6 เดือน พบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงไม่ต่างกัน

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

พร้อมจิต จงสูวิวัฒน์วงศ์ (2539) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุ 40-70 ปี ได้รับการกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม การกระตุ้นเตือน และวิธีการสุขศึกษา ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ในความรุนแรง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสามารถในประสิทธิภาพของการตอบสนองพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง มีความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ส่วนความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตามความคาดหวังในประสิทธิภาพ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

จินตนา วิเศษสาร (2544) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมพลังความคิดโดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรค

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุระหว่าง 40-65 ปี ระดับความดันโลหิตสูงไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับกระบวนการประชุมเพื่อระดมพลังความคิด เป็นเวลา 6 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2544) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 35-65 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและฝึกทักษะ ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทุกราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการพัฒนาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการควบคุมการบริโภคอาหารเค็ม ไขมัน แป้งและน้ำตาลสูง การบริโภคอาหารกากใยเป็นประจำ การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดไปสู่ขั้นปฏิบัติ

Siriagekarat (2000) ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 60-74 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามที่กำหนดไว้ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความเชื่อมั่นในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Kanjanapibul (2001) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-65 ปี การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการจัดกิจกรรมสุขศึกษารายบุคคล และครั้งที่ 2 และ 3 เป็นการจัดกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่ม ประกอบด้วย ภาพพลิก แจกคู่มือ และเทปเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตและฝึกทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองในพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง และการมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง สัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตลดลง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีน้ำหนักลดลง เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Khonghaphet (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครปฐม มีอายุระหว่าง 40-65 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 16 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองโปรแกรมสุขศึกษา สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และมีความตั้งใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และมีค่าดัชนีมวลกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นเช่นกัน

3. แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.1 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สุรพงษ์ ไสธนะเสถียร (2533) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของคนเรา ส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานที่มาจากความรู้

และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน เนื่องมาจากการมีความรู้ และ ทัศนคติที่แตกต่างกัน เกิดขึ้นได้เพราะความแตกต่างอันเนื่องมาจากการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างในการแปลความสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้ ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ใดประสงค์หนึ่ง ส่วน จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล (2549) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น มี 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้นโดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบาย หรือการเจ็บป่วย รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2540) นักวิชาการได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้หลายท่าน อาทิ มัลลิกา มัติโก (2530) กล่าวว่า การดูแลตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลา และถ่ายทอดความรู้ทางสังคม ตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และประเมินการรักษาด้วยตนเอง รูปแบบของการดูแลตนเองจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม สำหรับ Levin (1979 อ้างถึงใน บุญศรี นุกฤต, 2541) กล่าวว่า การดูแลตนเอง คือ การที่บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนการมีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรก โดยการใช้แหล่งบริการสุขภาพ รวมถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน เครือข่ายในสังคม สำหรับการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem (2001) มีแนวคิดว่า บุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวม มีความสามารถในการรู้คิดไตร่ตรอง ให้เหตุผล ตัดสินใจ และเลือกการกระทำที่เหมาะสม สามารถกระทำอย่างจงใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย รักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต โดยเป็นผู้กระทำการดูแลตนเอง การกระทำอย่างจงใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ เลือกการกระทำที่เหมาะสม และตัดสินใจกระทำ แม้ว่ากระทำนั้นจะยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ

จากแนวคิดในการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย มีระเบียบเป็นขั้นตอน ทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเจ็บป่วย

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเองในชีวิตประจำวันของบุคคลที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเจ็บป่วย โดยเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงสามารถเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการ ของตนเอง และกระทำการดูแลตนเองได้ โดยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

3.2.1 การรับประทานอาหาร อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ดังนั้น เพื่อให้ได้ผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิต จึงควรปรับเปลี่ยนปริมาณการรับประทานอาหาร บางอย่างให้เหมาะสมกับวัย และพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทาน อาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ อาหารที่มีไขมันน้อย จำกัดอาหารประเภทแป้ง และน้ำตาลในผู้ที่อ้วน รับประทานผัก และผลไม้เพิ่มขึ้น การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ โดยดื่มวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1500-2000 มิลลิลิตร ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีโซเดียมในปริมาณที่ แพทย์กำหนดหรือในปริมาณที่น้อยกว่า 2.3 กรัมต่อวัน (Trottier, 1996) หรือควรลดเกลือโซเดียมที่ รับประทานไม่ให้เกินวันละ 100 มิลลิโมล (โซเดียม 2.4 กรัม หรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ตาม เกณฑ์ของ JNC VII (2003) เนื่องจากปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับของ ความดันโลหิต การลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมจากอาหารสามารถลดความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของประชากรได้ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) มี การศึกษาวิจัยพบว่า การจำกัดการรับประทานเกลือโดยหลีกเลี่ยงหรือควบคุมอาหารที่มีเกลือเป็น ส่วนประกอบ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้ (Sack, 2001; Vollmer, 2001; Chobanian, 2000) นอกจากการลดเกลือแล้ว ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควร ลดการรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวจากสัตว์ โดยเปลี่ยนมารับประทานไขมันจากพืช ซึ่งมี บทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และการขยายตัวของ หลอดเลือด (วินัส ลิพพิกุล และถนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2541)

บทบาทของอาหารต่อการควบคุมความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูง คือ ลดการกินอาหารที่มีรสเค็มจัด หรือที่มีเกลือโซเดียมสูง ไม่ควรปรุงรสด้วย เครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียม เช่น น้ำปลา เกลือ ซอสปรุงรสต่างๆ อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง

บางอย่างไม่มีรสเค็ม เช่น ผงฟู ผงชูรส สารกันบูด นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เช่น ผักดองต่างๆ ทั้งดองเปรี้ยวและดองเค็ม ไข่เค็ม ปูเค็ม กะปิ เครื่องกระป๋องทุกชนิด น้ำมันไม้กระป๋อง อาหารสำเร็จรูปที่เป็นผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมที่มีการเติมสารกันบูด แม้บางชนิดจะไม่มีรสเค็ม ควรจำกัดอาหารที่มีเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน (เกลือ 2 กรัม = 1 ช้อนชา) เพราะปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารจะทำให้ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อยลง เช่น ดเนื้อสัตว์ที่ติดมัน ขาหมู หมูสามชั้น หมูกรอบ ข้าวมันไก่ เครื่องในสัตว์ หนังเป็ด หนังไก่ แคมหมู เป็นต้น เพราะไขมันเหล่านี้จะทำให้เส้นเลือดแข็ง และเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควรกินอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ข้าวโอ๊ต ผัก และผลไม้รสไม่หวานจัด) ควรงดอาหารหวาน เนื่องจากอาหารหวานจัดทำให้อ้วนได้ง่ายขึ้น อาจกระตุ้นทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดเร็วขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2547)

3.3.2 การควบคุมน้ำหนัก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะน้ำหนักเกิน ควรส่งเสริมให้มีการลดน้ำหนักประมาณร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวที่เป็นอยู่ ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ลงได้ 5-10 มิลลิเมตรปรอทต่อ 10 กิโลกรัมโดยประมาณ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) พบว่าการลดน้ำหนักลง 1 กิโลกรัม จะทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้ประมาณ 2.5-1.5 มิลลิเมตรปรอท (เกษมวัฒน์ชัย, 2532) และมีการศึกษาพบว่า การลดน้ำหนักในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพียง 15-20 ปอนด์ ก็จะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ (Kaplan, 1985) นอกจากนี้ยังพบว่า การลดน้ำหนักตัวลง 5 กิโลกรัมมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระดับความรุนแรงเล็กน้อย และปานกลาง (Mulrow, et al., 2001; Mertens and van Gaal, 2000; Stevens, et al., 2001)

3.3.3 การออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง และหลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยป้องกันการตีบแคบ และอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งช่วยลดแรงต้านภายในหลอดเลือดลง (Niemann, 1997) ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจากเดิม 5-25 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจากเดิม 3-15 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงได้มาก (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2545) ส่วนด้านจิตใจ การออกกำลังกายทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด และความวิตกกังวล (ดำรง กิจกุลศล, 2540) นอกจากนี้ยังช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (บรรลู่ ศิริพานิช, 2541) โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเป็นการออกกำลังกายแบบ

แอโรบิก (aerobic exercise) เช่น วิ่งเหยาะๆ การเดินเร็ว การถีบจักรยาน การรำมวยจีน เป็นต้น ความหนักเบาระดับต่ำถึงระดับปานกลาง หรือประมาณร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ทำอย่างต่อเนื่องนาน 20-60 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง (American College of Sports Medicine, 1998)

การออกกำลังกายโดยการเดินเร็วช่วยลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และช่วยรักษาผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็น isolated systolic hypertension โดยช่วยลดเฉพาะความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) แต่ไม่ได้ลดความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ทำให้ความแตกต่างระหว่างความดันโลหิตตัวบน และตัวล่าง (pulse pressure) แคบลง จึงน่าจะลดโอกาสเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ต่อไป (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนไหวที่ (Isometric exercise) เพราะทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวมาก เป็นสาเหตุทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร่วมกับมีความดันโลหิตสูงขึ้น ทั้งความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และถ้าเป็นเช่นนี้นานๆ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จึงควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือการออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนไหวที่ เช่น การชูดึง แบก และยกของหนัก (Gavras and Gavras, 1983; ประวิทย์ ต้นประเสริฐ, 2546)

จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับภาวะของโรค คือ การควบคุมอาหารโดยการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดอาหารหวาน และอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีเส้นใยมากขึ้น ร่วมกับการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ เพื่อให้การควบคุมโรคได้ผลดี และมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อจะได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ (2535) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงว่า ผู้สูงอายุบางคนยังมีความรู้

และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในบางเรื่อง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความวิตกกังวล ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้

บุญศรี นุเกตู (2541) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 60 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค และการใช้ยาอยู่ในระดับดี คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง

สุพรรณิ แซ่โฮ (2545) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยการเข้าร่วมการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 30 คน อาศัยอยู่ในตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีโปรแกรมการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ภาพพลิกประกอบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

สุนา สัมฤทธิ์วัชฌาสัย (2548) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าข้าม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดสิงห์บุรี โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจและมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร ขาดความเข้าใจในรายละเอียดของอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกายใช้การทำงานจากการประกอบอาชีพ และจากการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการออกกำลังกาย โดยมีการกระทำไม่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สุวิมล สังฆะมณี (2549) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมู่บ้านไทยพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 18 คน โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้มุมมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในด้าน

การรับรู้ในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกต มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับและความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นเพศหญิง 17 คน เพศชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 46-84 ปี ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นโรคที่ไม่มีอาการและไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วย แต่เมื่อเกิดอาการจากภาวะความดันโลหิตสูงจะถือว่าช่วงนั้นเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการ รู้รู้ว่าสาเหตุเกิดจากการทำงานหนัก การรับประทานอาหารรสเค็ม และความเครียด ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ และตายได้ โดยเป็นการรับรู้จากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการเฉพาะการลดอาหารเค็มเท่านั้น แต่ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีอาหารอื่นๆ ที่มีโซเดียมก็ต้องจำกัดปริมาณการบริโภคด้วย ได้แก่ ผงชูรส เครื่องปรุงรสต่างๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยลดอาหารเค็มโดยมีวิธีที่อาจทำให้ได้รับโซเดียมในปริมาณมาก ได้แก่ การปรุงรสชาติอื่นเพิ่มลงในอาหารรสเค็ม และการทำอาหารให้รสเค็มเจือจางแต่บริโภคจนหมด แหล่งโซเดียมที่ผู้ป่วยได้รับจากอาหาร มาจาก น้ำปลาร้า เครื่องปรุงชนิดต่างๆ ปลาแห้ง ปลาทุเค็ม อาหารหมักดอง ผู้ป่วยบริโภคผงชูรสเพราะเข้าใจว่าไม่ใช่อาหารรสเค็ม

Miller et al. (2002) ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน จำนวน 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมควบคุมอาหาร ควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 9 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ Cholesterol ระดับความดันโลหิต และน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Miura (2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารต่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวญี่ปุ่น และมีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 37 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 19 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารเป็นเวลา 24 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีพฤติกรรมออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารดีขึ้น มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับไขมันในเลือดลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Carkir and Pinar (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน ใช้ระยะเวลา 6 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลความรู้และการให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง น้ำหนักตัวลดลง และระดับไขมัน Cholesterol ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน ร่วมกับมีความเสื่อมถอยของกระบวนการสูงอายุ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ เป้าหมายที่สำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง คือ การควบคุมหรือลดระดับความดันโลหิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น พยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีบทบาทในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยพยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทั้งในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้ในคลินิกหรือชุมชน ซึ่งในบทบาทของพยาบาลนั้น ฟาริดา อิบราฮิม (2541) ได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติงานว่าพยาบาลจะต้องแสดงบทบาทของตนเอง ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสม การแสดงบทบาทของพยาบาลกำหนดขึ้นจากกรอบแนวคิดทางการพยาบาลคือ คน สภาพแวดล้อม ภาวะสุขภาพ กระบวนการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาล การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลยังต้องควบคุม และกำหนดตัวกฎหมายไปประกอบโรคศิลป์ ตลอดจนจรรยาบรรณวิชาชีพ บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ควรมีบทบาทดังนี้ (Casey, 2004; Welch, 2003)

2.7.1 บทบาทด้านการดูแล (Caring role) ในฐานะผู้ดูแล หรือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดต้องดูแลครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมด้านการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) เพื่อค้นหาข้อมูลที่ยังชี้หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีการวินิจฉัยปัญหาการวางแผน และให้การพยาบาลที่คำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

เป็นหลัก ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความรู้ เทคนิคการพยาบาล เพื่อค้นหาสาเหตุ และให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎี และข้อมูลจากงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง การบำบัดทางการพยาบาลมีการผสมผสานร่วมกับการรักษาของแพทย์

2.7.2 บทบาทด้านการให้ความรู้ (Teaching role) พยาบาลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) อันมีรากฐานมาจากแบบจำลองการแก้ปัญหา (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2542) พยาบาลต้องมีการประเมินเกี่ยวกับความต้องการและความพร้อมในการเรียนรู้ มีการวางแผนการสอน เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง โดยมีความครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในเรื่อง สาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อาการ และอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมน้ำหนักตัว หรือการลดน้ำหนัก การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง และประโยชน์ของการออกกำลังกาย ในขณะที่พยาบาลดำเนินการสอนไปตามขั้นตอนของแผนการสอน ควรมีการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการสอนว่าได้ดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินผลการเรียนรู้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสอน เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการสอนมากน้อยเพียงใด

การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแบบแผนการสอนอย่างมีระบบ พยาบาลต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับพฤติกรรม และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

2.7.3 บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Counseling) บทบาทพยาบาลที่ต้องร่วมมือกับผู้นำชุมชนในการจัดหาแหล่งประโยชน์ในการป้องกันแก้ไขโดยการใช้กิจกรรมกลุ่มร่วมกับการให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ประเด็นสำคัญคือ การเน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมใน

การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มากกว่าการชี้แนะสั่งสอน เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีการเสนอความคิดเห็น การได้รับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของสมาชิกภายในกลุ่ม พยาบาลต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกาย และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษา และเป็นแหล่งประโยชน์แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

2.7.4 บทบาทในด้านการวางแผน (Planning) พยาบาลต้องมีการวางแผนการพยาบาล โดยประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวางแผนการพยาบาลในการดำเนินการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การซักประวัติ การตรวจคัดกรองเพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ในการกำหนดปัญหา พยาบาลควรมีบทบาทในการวางแผนขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.7.5 บทบาทในการติดต่อสื่อสาร (Communication role) พยาบาลต้องติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งบุคคลในครอบครัวโดยการขอความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตโดยการส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำ การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด การควบคุมน้ำหนัก หรือการลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้พยาบาลควรมีการสื่อสารให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงคอยสังเกตอาการแสดงที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทพยาบาลในการสื่อสารร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การรักษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เพื่อร่วมกันวางแผนในการดำเนินการแก้ไขเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน บทบาทการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้การทำงาน

ของทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังส่งผลให้การพยาบาลมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และญาติ

2.7.6 บทบาทในด้านการประสานงาน (Coordinating role) พยาบาลต้องมีการประสานงานกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการติดตามดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ประสานงานในฐานะผู้แทน (Advocate) ด้านการส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง พยาบาลควรมีบทบาทในการปรับปรุงหรือวางแผนนโยบายเกี่ยวกับกิจกรรมคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงแบบองค์รวม จำเป็นต้องอาศัยการทำงานประสานกับบุคลากรในทีมสหสาขา หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำความเชี่ยวชาญของแต่ละฝ่ายมาเสริมประโยชน์ในการให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.7.7 บทบาทในด้านการป้องกัน (Protecting role) พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ ต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย การซักประวัติการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย และการส่งเสริมความรู้ ให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย รวมทั้งมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

2.7.8 บทบาทด้านการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation role) พยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ควรมีบทบาทในการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในการป้องกันอันตรายอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความทุกข์ทรมาน และอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนด้านการฟื้นฟูสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลระยะยาวในการป้องกันโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.7.9 บทบาททางสังคม (Socializing role) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง ทำให้มีผลกระทบด้านจิตใจ สังคม พยาบาลควรมีการส่งเสริมความเข้าใจ การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงจะประสบผลสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีมในการร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วย มีการประสานงาน และการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างสมาชิกในทีมที่ให้การดูแล มีการกำหนดแนวทางในการให้ความรู้จากผู้ที่

ความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ ควรได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

5. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

ตามหนังสือที่ สธ.0216/0203/ว 864 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2532 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด โดยมีแนวทางให้แต่ละจังหวัดดำเนินการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และร่วมกันแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล สำหรับชมรมผู้สูงอายุไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ถ้าหากต้องการมีฐานะเป็นนิติบุคคล ต้องจดทะเบียนต่อทางราชการเป็นสมาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชมรมเป็นจุดรวมในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้คือ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2531)

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินการรวมกลุ่ม หรือจัดตั้งชมรมโดยภาครัฐช่วยเหลือสนับสนุน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสดำเนินการในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรม
4. เพื่อร่วมกันแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ การพัฒนาตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และการถ่ายทอดความรู้ด้านวัฒนธรรมแก่คนรุ่นหลัง
5. เพื่อให้มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องร่วมกันในสถานที่ที่จัดตั้งชมรม หรือที่จัดกิจกรรม และให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

ชมรมผู้สูงอายุมีภารกิจหลักในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยด้านร่างกายให้มีร่างกายแข็งแรง ได้รับอาหารดี มีสิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีเศรษฐกิจพอเพียง ในด้านจิตวิญญาณ ในด้านสังคมมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีสันติภาพ มีความเป็นประชาคมเพื่อสังคมดี เศรษฐกิจดี และให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง ชมรมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมพิเศษที่จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำสิ่งที่แตกต่างออกไปจากชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว รอคอย มีความหวัง ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ดีทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดี มีชีวิตที่ยืนยาวได้อย่างมีความสุข

การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีขนาดไม่ใหญ่มากจนยากที่จะบริหารจัดการ และทำให้สมาชิกขาดโอกาสที่จะรู้จักหรือพูดคุยกันอย่างถ้วนหน้า ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่มาก ควรแบ่งเป็นกลุ่มย่อย โดยมีแกนนำประจำกลุ่ม เพื่อนำสมาชิกทำกิจกรรมร่วมกันได้ง่าย จากการศึกษาในอดีต พบว่า ผู้นำชมรมผู้สูงอายุมักจะเป็นคนที่สมาชิกเห็นว่าเป็นคนดีมีความเสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต มีประสบการณ์ในการทำงาน ต่อจากนั้นจะมีการมองปัญหาาร่วมกัน และหาทางแก้ปัญหา โดยการตั้งเป้าหมายของชมรมขึ้นและมีการแบ่งหน้าที่กันตามความเหมาะสม การดำเนินกิจกรรมของชมรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค จะประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพมาช่วยในการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชมรม กิจกรรมการบริการที่สถานบริการปฐมภูมิให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การประเมินภาวะสุขภาพ การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ หรือคำปรึกษาแก่สมาชิกชมรม เป็นต้น นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุยังได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากองค์กรต่างๆ ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมของชมรม

ชมรมผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นชมรมผู้สูงอายุที่เกิดจากการรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชน และได้รับการจัดตั้งชมรมโดยภาครัฐช่วยเหลือสนับสนุน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือซึ่งกัน และกันในด้านสุขภาพอนามัย โดยได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากบุคลากรทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ ได้แก่ การซักถามอาการ และประวัติ การเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำ หรือให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ตามสภาพปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6. ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protective Motivation Theory)

ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันมีขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1975 โดย Rogers (Conner and Norman, 2005) ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่ และนำมาใช้ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self - efficacy) นั่นคือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันนี้ ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมิน

การรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากกระตุ้น และในการประเมินการรับรู้สามารถสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมมีโอกาส เป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้นักคิดเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2 แบบ ได้แก่ มีความตั้งใจที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น การวัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชครชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อในศาสนา อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมก็คือ รางวัลหรือความพึงพอใจในตนเอง (intrinsic rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม แต่สิ่งที่ทำให้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคในการตอบสนอง เช่น ความไม่สะดวก ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก (Conner and Norman, 2005)

จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนจากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ในการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (Conner and Norman, 2005) ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้นักคนได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้นักคนรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอันตรายหรือภาวะคุกคามดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงๆ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะทำให้ไม่เกิดอันตราย

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) จะใช้การสื่อสารโดยการชี้ที่ ความรู้สึกต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ สูบบุหรี่ยี่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจะทำ ให้ตนมีโอกาสรู้สึกต่อการเป็นโรค หรือมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะคุกคามนั้น

3. ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) กระทำได้โดยการ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสาร ที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับ หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้น จากการศึกษาของ Maddux และ Rogers (1992) พบว่าเมื่อ กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจ และโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่สูง และนำไปสู่ความตั้งใจในการ ป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

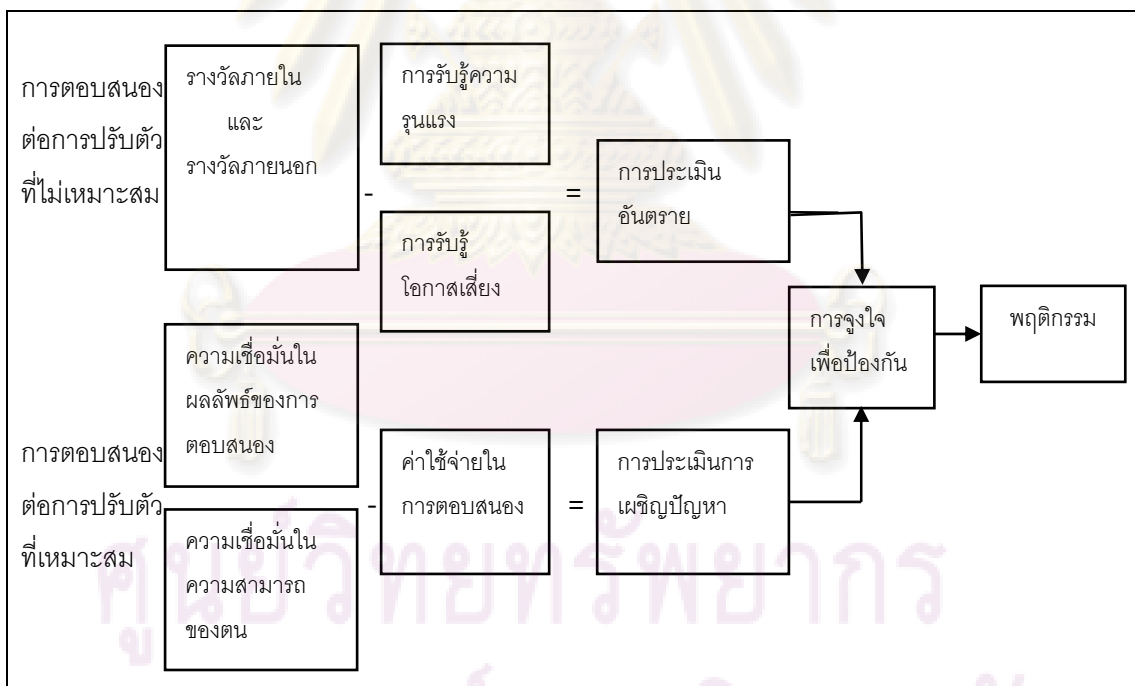
4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้ หรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถ ไม่เกี่ยวกับทักษะว่าจะมีมากมีน้อย แต่เป็นการที่บุคคลตัดสินใจตนเองว่าทักษะที่ตนเองมีอยู่นี้ สามารถกระทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง นั่นคือมีความแตกต่างกันระหว่างการมีทักษะกับการมี ความสามารถที่จะใช้ทักษะได้ดี ดังนั้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากจะ พิจารณาในด้านทักษะแล้ว ยังต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลด้วยว่าตนเองสามารถใช้ทักษะ นั้นได้ดี และมีประสิทธิภาพ บุคคลเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถ ของตน กระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอน ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตาม

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และความ เชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับ และ การมีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตามได้ ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองมีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่

สามารถป้องกันตนเองได้ ทั้งนี้ ความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคสูง การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันนี้มีความเชื่อว่า การจูงใจเพื่อป้องกันนั้นจะทำให้ได้ดีเมื่อ

- 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
- 2) บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
- 3) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
- 4) บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
- 5) การตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมมีน้อย
- 6) อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ



แผนภูมิที่ 1 ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Conner and Norman, 2005)

จากการศึกษาทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน บุคคลจะต้องมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อว่าตนมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และเชื่อว่าหากปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดผล

เป็นความตั้งใจที่จะทำให้บุคคลสามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนจากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ซึ่งนับเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ดังเช่นในการศึกษานี้ได้นำกระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับรู้ และเรียนรู้จากการสังเกตและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้มีประสบการณ์ในการกระทำ และมีความสำเร็จของตนเอง รวมทั้งการเรียนรู้จากกระบวนการสังเกตตนเองโดยการบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน

ชนิษฐา ทองหยอด (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับกลุ่มทดลอง คือ การฉายสไลด์พร้อมการบรรยาย การเสนอตัวแบบ การสาธิต การฝึกทักษะ การกำหนดกิจกรรมจากภูมิปัญญาภายในกลุ่ม การส่งเสริมความภูมิใจภายในกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนโดยกลุ่ม พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสการเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองถึงการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง และการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mackay (1992) ศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ และทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันต่อความเชื่อมั่นในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรค โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความกลัว เป็นการศึกษากึ่งทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตความเป็นไปได้ และการรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง โดยใช้การอ้างอิงของตัวเองตามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคเอดส์ และการป้องกันด้วยถุงยางอนามัย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาชายจำนวน 87 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นชายรักร่วมเพศ และชายรักสองเพศจำนวน 77 คน โดยตั้ง

สมมุติฐานไว้ว่า จะมีการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ ความเชื่อมั่นในตนเองอันเนื่องมาจากการใช้ถุงยางอนามัย และเพิ่มความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย ผลการทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และในกลุ่มชายรักร่วมเพศมีแนวโน้มที่จะใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่า

Ronald and Nick (1995) ได้ศึกษาปัจจัยในการทำนายความตั้งใจที่จะลดอาหารประเภทไขมัน และพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ โดยการประยุกต์ทฤษฎีการจูงใจในการป้องกันของชาวออสเตรเลีย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยการสำรวจความตั้งใจในการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 คน โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนรายงานพฤติกรรมป้องกันของตนเอง พบว่าการประเมินองค์ประกอบในการประเมินการเผชิญปัญหาในเรื่อง การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่าง แต่ตัวแปรเกี่ยวกับการประเมินอันตรายในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการลดอาหารประเภทไขมัน จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคหัวใจมีส่วนกระตุ้นประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคได้

โดยสรุปการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพของร่างกายตามมา ลักษณะของโรคจะมีระยะของความก้าวหน้าของโรคซึ่งอาจไม่มีอาการ และอาการแสดงปรากฏให้เห็น แต่ยังคงมีพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต และเผชิญกับภาวะวิกฤตของโรค ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวและปรับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อลดภาวะวิกฤตและยอมรับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง โดยมีความมุ่งหมายที่จะดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ ได้อย่างผาสุก ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ร่วมกับการกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต้องเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง การรักษาที่ยาวนาน ดังนั้นการช่วยเหลือให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวทางการรักษา และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแล

รักษา เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม สามารถควบคุม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง พบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านความรู้ และทักษะต่างๆ ซึ่งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการ ควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วย และอัตราการ ตายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีความตระหนัก มีความเชื่อ และทัศนคติที่ดีในการมีพฤติกรรมดูแล ตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดตามทฤษฎี การจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดัน โลหิตสูง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองไม่เหมาะสมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงความสำคัญ สามารถประเมิน อันตราย โดยมีการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความดันโลหิตสูง มีความกลัวอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากยังคงมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองไม่เหมาะสม ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการประเมินการเผชิญ ปัญหา โดยการสร้างเสริมการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองในการมีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน Roger (1983)

การประเมินอันตราย ได้แก่ การสร้างให้เกิดการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรมดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจกรายละเอียดโปรแกรม และทำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
2. การให้ความรู้ตามโปรแกรม โดยนำเสนอสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็มลดความดันโลหิต ห่างไกล อัมพฤกษ์ อัมพาต” และการนำเสนอตัวอย่างอาหารจริงที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. การให้ความรู้โดยถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ร่วมกันวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของตนเอง
4. อธิบายคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแจ้งการทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน

การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ การสร้างให้เกิดการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การทำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
 2. การให้ความรู้โดยใช้การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสุขภาพดี มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ร่วมกับการวิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์
 3. การสอน การสาธิต และฝึกทักษะในการออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุตัวแบบส่งเสริมการออกกำลังกายในรูปแบบให้มีกิจกรรมที่บ้าน
 4. วิเคราะห์อาหารจากเมนูอาหารเช้า และอาหารว่าง ร่วมกันเสนอเมนูอาหารที่เหมาะสม โดยเน้นภูมิปัญญาท้องถิ่นและอาหารในท้องถิ่น
- ติดตามและกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหา** โดยการจัดกิจกรรมดังนี้

1. การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกการดูแลตนเอง โดยตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเอง แจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และรอบเอว ให้ข้อมูลย้อนกลับ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไข ชมเชย ให้กำลังใจ มอบของที่ระลึก เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. ทำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. การรับประทานอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การควบคุมน้ำหนักตัว

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เป็นการศึกษาระบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน มีการวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง O1 -----X----- O2
กลุ่มควบคุม O3 ----- O4

O1 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน

X หมายถึง โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน

O2 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน

O3 หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการบริการตามปกติ

O4 หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงกลุ่มควบคุม หลังได้รับการบริการตามปกติ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการประเมินจากแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการควบคุมน้ำหนัก และ 3) ด้านการออกกำลังกาย เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมหรือไม่

สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ, 2535; สุมนา สัมฤทธิ์วิวัฒนาสัย, 2548; สุวิมล สังฆะมณี, 2549)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกตัวอย่างผู้สูงอายุจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 ชมรม โดยเลือกชมรมผู้สูงอายุที่สมาชิกในชมรมมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นลำดับต้นๆ มีระบบบริการด้านสุขภาพให้แก่สมาชิกคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ และชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสร่ จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จากการประเมินโดยแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับแนวคิดของ WHO-ISH (1999) และ JNC VII (2003) เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในแต่ละด้านครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม

3. มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ ซึ่งประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 (Mini-Mental State Examination-Thai 2002) ที่แปล และพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนน > 17 จากคะแนนเต็ม 30

คะแนน

3.2 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนน > 22 จากคะแนนเต็ม

30 คะแนน

4. มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี

5. ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์

6. สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จากดัชนีบาร์เธลเอดีเอแอล (Barthel ADL Index) ของ Collin et al. (1988) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ดี

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม PASS (Tabachnick and Fidell, 1996) เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่พอที่จะมีอำนาจทดสอบ 100% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ วิรัชชัย, 2546 อ้างถึงใน อวยพร เรืองตระกูล, 2550)

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอสตึก ทัพหน้าสถานีอนามัยตำบลบางเส่ย ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเส่ย และประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ จังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการขอความร่วมมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ชมรม

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ชมรม ที่ได้รับการประเมินในการคัดกรอง ได้แก่ การประเมินโดยแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE –Thai 2002 และดัชนีบาร์เธลเอดีเอแอล (Barthel ADL Index) การตรวจวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดรอบเอว การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ได้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมการวิจัย ลักษณะงานวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ

4. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจ และความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ในด้านต่อไปนี้

4.1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีกลุ่มอายุเดียวกัน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันของอายุไม่เกิน 5 ปี ในผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน การจำแนกกลุ่มอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (young-old) อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (Medium-old) และอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) ทั้งนี้ เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Swales, 1995) และอายุที่มากขึ้นจะมีความเสื่อมของประสาทสัมผัสมากขึ้น รับรู้ข้อมูลช้าลง ความแข็งแรงของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อย และช้าลง (Kick, 1989)

4.2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย (อรชชา หมานจันทร์, 2547)

4.3 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงเดียวกัน ตามเกณฑ์การตัดสินภาวะโภชนาการ (Weisell, 2000) ดังนี้

- 1) ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อย
- 2) ค่าดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 3) ค่าดัชนีมวลกาย 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อภาวะอ้วน
- 4) ค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1
- 5) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2

เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับค่าดัชนีมวลกาย คนอ้วนมีโอกาสสูงที่จะเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนไม่อ้วน และมีความเสี่ยงต่อสุขภาพสูงขึ้นหากมีภาวะอ้วนเป็นระยะเวลานาน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549)

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงทั้ง 2 ชมรม มีจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงจึงมากกว่าเพศชาย โดยมีผู้สูงอายุโรคความดัน

โลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงจำนวนกลุ่มละ 17 คน และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเพศชายจำนวนกลุ่มละ 3 คน

การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในโปรแกรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และพบกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการได้รับบริการ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการบริการตามปกติทุกประการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 20)			กลุ่มทดลอง (n = 20)		
	เพศ	อายุ	ค่าดัชนีมวลกาย	เพศ	อายุ	ค่าดัชนีมวลกาย
คู่ที่ 1	ชาย	69	22.88	ชาย	68	22.69
คู่ที่ 2	ชาย	69	22.52	ชาย	65	18.51
คู่ที่ 3	ชาย	65	23.69	ชาย	62	23.10
คู่ที่ 4	หญิง	74	26.62	หญิง	74	26.65
คู่ที่ 5	หญิง	74	24.60	หญิง	71	24.26
คู่ที่ 6	หญิง	72	21.75	หญิง	74	22.53
คู่ที่ 7	หญิง	73	24.46	หญิง	71	24.15
คู่ที่ 8	หญิง	66	28.02	หญิง	68	26.40
คู่ที่ 9	หญิง	73	23.89	หญิง	70	23.40
คู่ที่ 10	หญิง	65	19.43	หญิง	65	20.23
คู่ที่ 11	หญิง	72	19.51	หญิง	74	19.41
คู่ที่ 12	หญิง	64	28.78	หญิง	69	29.69
คู่ที่ 13	หญิง	65	28.47	หญิง	68	29.26
คู่ที่ 14	หญิง	69	27.79	หญิง	64	28.28
คู่ที่ 15	หญิง	62	29.82	หญิง	60	29.53
คู่ที่ 16	หญิง	62	19.50	หญิง	60	20.29
คู่ที่ 17	หญิง	64	31.43	หญิง	60	33.42
คู่ที่ 18	หญิง	68	27.91	หญิง	64	28.53
คู่ที่ 19	หญิง	72	25.82	หญิง	71	28.68
คู่ที่ 20	หญิง	66	23.48	หญิง	61	23.27

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคประจำตัว ความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n ₁ = 20)		(n ₂ = 20)		(N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15	3	15	6	15
หญิง	17	85	17	85	34	85
อายุ (ปี) Mean = 68.2 SD = 4.05			Mean = 66.95 SD = 4.84			Min = 60 Max = 74
60-69	13	65	13	65	26	65
70-79	7	35	7	35	14	35
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5	-	-	1	2.5
คู่	9	45	14	70	23	57.5
หม้าย	10	50	6	30	16	40
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	18	90	20	100	38	95
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10	-	-	2	5
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	15	75	8	40	23	57.5
เกษตรกร	1	5	4	20	5	12.5
ค้าขาย	2	10	5	25	7	17.5
รับจ้าง	1	5	3	15	4	10
อื่นๆ (ร้านตัดผม)	1	5	-	-	1	2.5
รายได้						
น้อยกว่า 5,000 บาท	20	100	19	95	39	97.5
5,001-10,000 บาท	-	-	1	5	1	2.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n ₁ = 20)		(n ₂ = 20)		(N = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย						
บ้านของตนเอง	13	65	17	85	30	75
บ้านของลูกหรือหลาน	7	35	3	15	10	25
ระยะเวลาที่เป็นโรค						
น้อยกว่า 5 ปี	11	55	16	80	27	67.5
6-10 ปี	8	40	2	10	10	25
มากกว่า 10 ปี	1	5	2	10	3	7.5
โรคประจำตัวอื่น ๆ						
มี	14	70	14	70	28	70
ไม่มี	6	30	6	30	12	30
-เบาหวาน	3	50	4	66.67	7	58.33
-ไขมันในเลือดสูง	2	33.33	2	33.33	4	33.33
-แผลในกระเพาะอาหาร	1	16.67	-	-	1	8.34
ค่าความดันโลหิต						
normal	4	20	2	10	6	15
high normal	-	-	2	10	2	5
Grade 1 HT (mild)	6	30	7	35	13	32.5
Grade 2 HT (moderate)	-	-	2	10	2	5
Isolated systolic HT	10	50	7	35	17	42.5
ค่าดัชนีมวลกาย						
18.5-22.9 kg/m ²	6	30	6	30	12	30
23-24.9 kg/m ²	5	25	5	25	10	25
25-29.9 kg/m ²	8	40	8	40	16	40
≥ 30 kg/m ²	1	5	1	5	2	5

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.20 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.95 ปี ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 97.5 กลุ่มตัวอย่างอยู่อาศัยในบ้านของตนเองคิดเป็นร้อยละ 75 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 70 ค่าความดันโลหิตของ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ใน Isolated systolic hypertension คิดเป็นร้อยละ 42.5 และส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25-29.9 kg/m² อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 40

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนามาจากแบบทดสอบ MMSE ที่พัฒนาโดย Folstein et al. (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยสามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ได้ผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือ (Reliability and Validity) โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา พบว่ามีความแม่นยำ (Validity) และเชื่อถือได้ (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความถ่วงจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง แบบทดสอบนี้ประกอบด้วย 11 คำถาม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนน > 17 คะแนน จาก 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนน > 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ได้คะแนน > 14 คะแนน

จาก 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4,9,10) ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ Collin et al. (1988) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนี้

0-4 คะแนน	หมายถึง	ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
5-8 คะแนน	หมายถึง	ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
9-11 คะแนน	หมายถึง	ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
12 คะแนน	หมายถึง	ช่วยเหลือตนเองได้ดี

1.3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเนื้อหา เอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับแนวคิดของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) WHO-ISH (1999) และ JNC VII (2003) ลักษณะเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการควบคุมน้ำหนัก และด้านการออกกำลังกาย จำนวนด้านละ 3 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อใน แต่ละด้าน ครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก) ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 2 คน และอาจารย์พยาบาล ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรค

ความดันโลหิตสูง 3 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ด้วยการพิจารณาความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ สอดคล้องกันร้อยละ 80 (Polit and Beck, 2004) หรือ 4 ใน 5 คน

ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับคำชี้แจงเกณฑ์ในการพิจารณาให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ปรับความชัดเจนของข้อความ และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยปรับข้อความ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 7, 8 และ 9 ให้เหมาะสม และชัดเจน หลังจากนั้นผู้วิจัย นำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

โปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับแนวคิดของทฤษฎีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการควบคุม น้ำหนัก และด้านการออกกำลังกาย ในแผนการดำเนินโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน วิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินการ การประเมินผล และให้มีความครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง โดยมีอุปกรณ์ และสื่อการจัดกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรม ดังนี้

2.1 แผนการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) ร่วมกับการศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาทั่วไปเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง สาเหตุของโรค อาการ และอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงความรุนแรง

และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง แนวทางในแผนการพยาบาลตามโปรแกรม มีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ คือ

2.1.1 การให้ความรู้ โดยนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแบบ ผู้วิจัยคัดเลือกจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม ปัจจุบันไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และการนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแบบ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม และเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง

2.1.2 การสอน การสาธิต และการออกกำลังกาย โดยตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการส่งเสริมการออกกำลังกายในรูปแบบให้มีกิจกรรมที่บ้าน โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับตนเอง

2.1.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ วางแผนการรับประทานอาหาร DASH diet การเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากอาหาร สาธิตการจัดเมนูอาหารโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการวิเคราะห์อาหารที่ได้รับประทานในมือเช้า และอาหารว่าง การวางแผนอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และแหล่งอาหารที่หาง่ายในท้องถิ่น

2.1.4 การสอนการบันทึกข้อมูลการดูแลตนเอง และวิธีการประเมินด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ร่วมกับการตรวจสอบแบบบันทึกและการให้ข้อมูลป้อนกลับจากผู้วิจัยเกี่ยวกับผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เพื่อเน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

สื่อ และอุปกรณ์ ที่ใช้ในการดำเนินการแผนการพยาบาลตามโปรแกรมการจูงใจ เพื่อป้องกันในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย

1. สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต” สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จัดทำโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีความสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) และมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ตอน ตอนละประมาณ 3-5 นาที โดยมีเนื้อหาดังนี้

ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต”

ตอนที่ 2 เรื่อง “การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต”

ตอนที่ 3 เรื่อง “เกราะป้องกัน อัมพฤกษ์ อัมพาต”

ตอนที่ 4 เรื่อง “สัญญาณเตือนภัย”

ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ”

ตอนที่ 6 เรื่อง “เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว”

2. สื่อโปสเตอร์ประกอบการบรรยาย เพื่อให้ความรู้ประกอบด้วยรายละเอียด เนื้อหาดังนี้

1) โปสเตอร์ เรื่อง “อันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983) เกี่ยวกับการประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2) โปสเตอร์ เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ” และ “เมนูสุขภาพ” ซึ่งจัดทำโดย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับหลักการรับประทานอาหาร สัดส่วนและปริมาณของอาหารที่ควรรับประทานในวัยสูงอายุ ตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3) โปสเตอร์ เรื่อง “กราฟแสดงดัชนีมวลกายสำหรับประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป” จัดทำโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดเนื้อหาเกี่ยวกับการแสดงกราฟ และตารางที่เป็นสัญญาณเตือนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในพื้นที่ที่ปลอดภัย (สีเขียว) พื้นที่เสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน (สีเหลือง) และพื้นที่อันตราย (สีแดง)

4) โปสเตอร์ เรื่อง “ปริมาณผักที่ควรรับประทาน” ซึ่งจัดทำโดย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยแสดงตัวอย่างสัดส่วน และปริมาณผัก ที่ควรรับประทาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทาน อาหาร และการควบคุมน้ำหนักตัวได้อย่างเหมาะสม

2.2 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง” สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกัน และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก) หลังจากนั้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า ควรปรับเนื้อหากิจกรรมในแผนการพยาบาลตามโปรแกรมโดยตัดกิจกรรมการจัดเลี้ยงอาหารกลางวัน และการวิเคราะห์อาหารกลางวันออก แนะนำให้เปลี่ยนเป็นการวิเคราะห์ในอาหารมื้อเช้า เนื่องจากเป็นมื้ออาหารที่ผู้สูงอายุได้รับประทานที่บ้าน เพื่อให้มีความใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติจริง แนะนำให้เน้นการสื่อสารโดยการนำเสนอภาพ โปสเตอร์ หรือการใช้ตัวอย่างอาหารจริงในการสาธิต และประกอบการบรรยายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจน ร่วมกับการได้

สัมผัส ซึ่งสามารถช่วยให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น สำหรับเนื้อหาในคู่มือการดูแลตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้ปรับความชัดเจนของข้อความ และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยนำมาพิจารณาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำแผนการจัดกิจกรรมที่ได้ปรับแก้แล้วไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 5 ราย และปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริง

ผลการนำไปทดลองใช้ พบว่า แผนการพยาบาลตามโปรแกรม ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจเนื้อหาโดยรวมได้ดี ระยะเวลาในการให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักนานเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจลดลง ผู้วิจัยได้ปรับแผนการพยาบาลให้มีความครอบคลุมเนื้อหา และปรับระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมให้มีความเหมาะสม เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการทดลองต่อไป สำหรับคู่มือการดูแลตนเองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้สูงอายุยังไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาในส่วนที่เป็นอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และรูปแบบของการออกกำลังกาย เนื่องจากข้อความการบรรยายในคู่มือใช้ภาษาไม่ชัดเจน ใช้คำลักษณะคล้ายๆ กัน ผู้วิจัยได้ปรับข้อความให้กระชับ และใช้รูปภาพในการสื่อความหมายให้มีความชัดเจนมากขึ้น เพื่อความเข้าใจของผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน คือ

3.1 แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง "บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้าน การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงลงบันทึก เมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย โดยให้ใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องของแต่ละวัน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2, 3 และ สัปดาห์ที่ 4, 5 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับการทดลอง และใช้ติดตามผลการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยทำการตรวจสอบผลคะแนนการทำแบบบันทึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 พร้อมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับ และผู้วิจัยขอเก็บรวบรวมแบบบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเอง หลังสิ้นสุดการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง“บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่อ ดังแสดงในภาคผนวก) หลังจากนั้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า ควรปรับคำชี้แจงในการทำแบบบันทึก พฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีความชัดเจน และมีการแสดงตัวอย่างในการทำแบบบันทึก เพื่อช่วย กระตุ้นเตือนความจำ และทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น แนะนำให้เพิ่มตัวอย่างภาพ อาหารให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจน และเข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัย นำมาพิจารณาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และแก้ไขตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองไปทดลองใช้กับกลุ่ม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 5 ราย และปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริง

ผลการนำไปทดลองใช้ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา เกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากมีคำอธิบายน้อยเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบว่า จะตัดสินใจเลือกบันทึกในข้อใด ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มคำอธิบายตัวอย่างอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ร่วมกับการใช้ภาพอาหารในการสื่อความหมายให้มีความชัดเจนมากขึ้น และนำกลับไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุอีกครั้ง ผลการทดลองใช้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจเนื้อหาโดยรวมได้ดี และสามารถทำแบบ บันทึกได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้นำแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองไปใช้ในการกำกับ การทดลองต่อไป

3.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) เกี่ยวกับการ ประเมินอันตราย ร่วมกับการศึกษาเนื้อหา ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้กำกับว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงใน การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตอบแบบสอบถามก่อนทำกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2 ติดตามประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 แบบสอบถามมีข้อความจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความคำถามด้านบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า(Rating scale) มี 4 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยน้อยกับข้อความนั้น
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	=	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	=	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	=	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 10-40 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยการนำเอาค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วง หรือระดับที่ต้องการวัดผล (พิชิต ฤทธิจรูญ, 2545) ดังนั้นจึงได้ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 10-20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 21-30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 31-40 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

3.3 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) เกี่ยวกับการประเมินการเผชิญปัญหา ร่วมกับการศึกษาเนื้อหา ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้กำกับว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตอบแบบสอบถามก่อนทำกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2 ติดตามประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 แบบสอบถามมีข้อความจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 2 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนของการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน คือ

สามารถทำได้ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่าน

ไม่สามารถทำได้ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

สามารถทำได้ = 2 คะแนน ไม่สามารถทำได้ = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 10-20 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยการนำเอาค่าสูงสุดลดด้วยค่าต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วง หรือระดับที่ต้องการวัดผล (พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2545) ดังนั้นจึงได้ช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 10-13 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 14-17 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 18-20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนอยู่ในระดับระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก)

ผลการตรวจสอบ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับความชัดเจนของข้อความ และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยปรับข้อความให้ครอบคลุมมากขึ้น จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 6, 7 และ 8 ให้เหมาะสมและชัดเจน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .9

ผลการตรวจสอบ แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับความชัดเจนของข้อความ

และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยปรับข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 8, 9 และ 10 ให้เหมาะสม และชัดเจน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .9

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในชมรมผู้สูงอายุตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 และ .73 ตามลำดับ และเมื่อนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 และ .77 ตามลำดับ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ และให้เลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ ข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเนื้อหา เอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ตามแนวคิดของ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) WHO-ISH (1999) และ JNC VII (2003) นำมาสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ โดยข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 24 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการควบคุม น้ำหนักตัว และด้านการออกกำลังกาย จำนวนด้านละ 8 ข้อ แบบสอบถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด

ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ค่าคะแนนด้านบวก	ค่าคะแนนด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 24-96 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคขั้น โดยการนำเอาค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วง หรือระดับที่ต้องการวัดผล จึงได้ช่วงคะแนน ดังนี้ (พิชิต ฤทธิ์จรรยา, 2545)

คะแนนอยู่ในช่วง 24-48 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วง 49-73 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วง 74-96 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และการแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก)

ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิให้รับความชัดเจนของข้อความ และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยปรับข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 16, 20, 21, 22, 23 และข้อ 24 มีการเพิ่มข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ เกี่ยวกับการออกกำลังกายในด้านการควบคุมน้ำหนัก ในข้อ 15 และได้ตัดข้อคำถามทิ้ง จำนวน 1 ข้อ เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ในด้านการควบคุมน้ำหนักในข้อ 15 ออก เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์เชิงปฏิบัติการ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .83

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในชมรมผู้สูงอายุตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และเมื่อนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2551 ถึง 28 เมษายน พ.ศ. 2551 ที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสร่ และชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ขั้นเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการพยาบาลตามโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) WHO-ISH (1999) และ JNC VII (2003)

2. ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสาธารณสุขอำเภอสัตหีบ หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบางเสร่ ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสร่ และประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง วิธีดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชมรมผู้สูงอายุ

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารพื้นที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยเข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ชมรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการทดลอง

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 2 ปี โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

4.1 ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และให้รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวิธีการวัดความดันโลหิต การลงบันทึกความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดรอบเอว และการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

5. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ชมรม ในการทำแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย จำนวนชมรมละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ ดังนี้

5.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงในชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ชมรมโดยใช้วิธีจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน ในอายุ เพศ และค่าดัชนีมวลกาย เนื่องจากอายุ เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันของอายุไม่เกิน 5 ปี ในผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน ตามเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) และค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงเดียวกัน ตามเกณฑ์การตัดสินภาวะโภชนาการ (Weisell, 2000)

5.2 ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงทั้ง 2 ชมรมที่ได้รับการจัดคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีหน่วยประชากรน้อย (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2542) ผลการจับฉลากได้กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม

5.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ กิจกรรม และระยะเวลาในการวิจัยโดยละเอียดอีกครั้ง แจกใบนัดการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

6. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย และให้ผู้สูงอายุได้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Pre-test) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับบริการตามปกติ จากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การซักถามอาการ และประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำ การให้ความรู้หรือการให้คำปรึกษา รายบุคคลโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และให้บัตรนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับบริการตามปกติ จากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การซักถามอาการ และประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำ การให้ความรู้หรือการให้คำปรึกษา รายบุคคลโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้วผู้วิจัยมอบคู่มือในการดูแลตนเอง เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงวัย ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง” และแบบบันทึกพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง” และนัดทำกิจกรรมตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกส่วน ก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 20 คน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงภารกิจพิเศษของผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม แจ้งเงื่อนไขในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ และให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ และสรุปผลการประเมินโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งหากมีพฤติกรรมเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งใน 10 ข้อ แสดงว่ามีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเน้นย้ำในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นผู้วิจัยซักถามผู้สูงอายุเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 10 นาที)

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้โดยการใช้อัลบั้มแบบสัญลักษณ์จากวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต” จัดทำโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย 6 ตอน ใช้เวลาประมาณตอนละ 3-5 นาที โดยนำเสนอช่วงละ 1 ตอน และให้ผู้สูงอายุได้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยจากการชมวีดิทัศน์ ร่วมกับการอธิบายเพิ่มเติมโดยใช้อัลบั้มโปสเตอร์ และตัวอย่างอาหารจริงที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เพื่อเน้นย้ำเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดการทำกิจกรรม ดังนี้ (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45 นาที)

ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ในช่วงพักวีดิทัศน์ผู้วิจัยได้กระตุ้นเตือนเพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำเสนอสื่อโปสเตอร์ เรื่อง “อันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง”

ตอนที่ 2 เรื่อง “การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงในการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็มในอาหาร การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารรสหวานจัด ในช่วงพักวีดิทัศน์ผู้วิจัยได้นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ตัวอย่างอาหารที่มีรสเค็มจัด อาหารสำเร็จรูปต่างๆ และเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสหวานจัด โดยแสดงให้เห็นให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็น และสัมผัสอาหารจริง เพื่อให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น ทั้งยังเป็นการสร้างให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หากยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

ตอนที่ 3 เรื่อง “เกราะป้องกัน อัมพฤกษ์ อัมพาต” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยนำเสนอพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ในช่วงพักของวีดิทัศน์ผู้วิจัยได้นำเสนอสื่อโปสเตอร์ เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ” และ “เมนูสุขภาพ” ซึ่งจัดทำโดย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 4 เรื่อง “สัญญาณเตือนภัย” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การ

ควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ทำให้มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงพักวิดิทัศน์ ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นย้ำการสังเกตความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วน ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยนำเสนอร่วมกับการใช้สื่อโปสเตอร์ เรื่อง “กราฟแสดงดัชนีมวลกายสำหรับประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป” จัดทำโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” เนื้อหาวิดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารที่มีรสจืด หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็มเพิ่มในอาหาร เน้นการรับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีเส้นใยสูง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารรสหวานจัด ในช่วงพักวิดิทัศน์ผู้วิจัยได้นำเสนอประเภทของอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ ผัก ผลไม้ อาหารสำเร็จรูปที่ควรรับประทาน ร่วมกับการนำเสนอสื่อโปสเตอร์ เรื่อง “ปริมาณผักที่ควรรับประทาน” ซึ่งจัดทำโดย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ได้มีการสาธิตการจัดปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ ตัวอย่างสัดส่วนอาหาร และปริมาณผัก ผลไม้ที่ควรรับประทาน โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสุขภาพที่ดี และป้องกันอันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 6 เรื่อง “เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว” เนื้อหาวิดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสม ในช่วงพักวิดิทัศน์ผู้วิจัยได้เน้นย้ำในเรื่องโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ตลอดจนอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

3. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงร่วมกันวิเคราะห์อาหารที่ได้รับประทานในมื้อเช้า และอาหารว่าง ในประเด็น อาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรลดหรือควรหลีกเลี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH diet หลักการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากอาหาร ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเสี่ยงได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และอาหารในท้องถิ่น เพื่อเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักได้อย่างเหมาะสม (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 20 นาที)

4. อธิบายรายละเอียดของคู่มือ เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง” โดยเน้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการชี้แจงรายละเอียดการลงบันทึกในแบบบันทึกการดูแลตนเอง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง” โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้ทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองในวันที่ผ่านมา หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน และนำมาตรวจสอบในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2 (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 15 นาที)

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 20 คน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้โดยใช้การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาแล้ว ปัจจุบันยังคงมีภาวะทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้แนะนำ และเล่าประวัติโดยย่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุตัวแบบ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตัวแบบได้เล่าประสบการณ์ของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การรับประทานอาหารไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักตัวมากขึ้น รวมทั้งการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ แขนขาชีกขาอ่อนแรง พุดไม่ชัด ปากเปื่อยหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยซักถาม และ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุตัวแบบ พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญจากการร่วมกันวิเคราะห์ โดยเน้นย้ำในเรื่องโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

2. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และซักถามเพิ่มเติมเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 10 นาที)

3. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้โดยการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยได้แนะนำและเล่าประวัติโดยย่อเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตัวแบบ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตัวแบบได้เล่าประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

4. การสอน การสาธิต และการฝึกทักษะในการออกกำลังกายโดยตัวแบบจริงผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที)

5. การให้ข้อมูลป้อนกลับ จากผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง” ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคิดคะแนน และการมอบของที่ระลึกเพื่อเป็นรางวัลสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น หรือซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ และให้ผู้สูงอายุเริ่มต้นทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 และนำมาตรวจสอบในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณในการทำกิจกรรมในสัปดาห์นี้ และนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 10 นาที)

สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 3)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา โดยการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลดีของการตอบสนอง และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมงดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 20 คน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว ลงบันทึกผลการตรวจในแบบบันทึกพฤติกรรมงดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง "บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง" พร้อมทั้งตรวจสอบผลการทำแบบบันทึกพฤติกรรมงดการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที)

2. การให้ข้อมูลป้อนกลับ จากผลการบันทึกการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยสรุปผลการตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน และให้ข้อมูลป้อนกลับโดยแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เปรียบเทียบกับครั้งแรก ยกตัวอย่างผลการลงบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านจากสมาชิกกลุ่ม ร่วมกันวิเคราะห์การประเมินอันตราย และประเมินการเผชิญปัญหา โดยการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคจากการดูแลตนเองที่บ้าน ปัญหาจากการลงแบบบันทึก ร่วมกับสะท้อนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม ประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตนเองที่ผ่านมา มอบของที่ระลึกแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนพฤติกรรมงดการดูแลตนเองที่ดี พร้อมทั้งให้การเสริมแรง ชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมงดการดูแลตนเองที่เหมาะสม ให้กำลังใจ เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที)

3. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุทำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการกำกับกับการทดลอง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกพฤติกรรมงดการดูแลตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และ 5 และนำมาสรุปผลในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดทำกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 6 (ครั้งที่ 4)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา โดยการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เพื่อสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการรับรู้ในผลดีของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 20 คน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 60 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว ลงบันทึกผลการตรวจในแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง "บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง" พร้อมทั้งตรวจสอบผลการทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 4 และ 5 (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที)

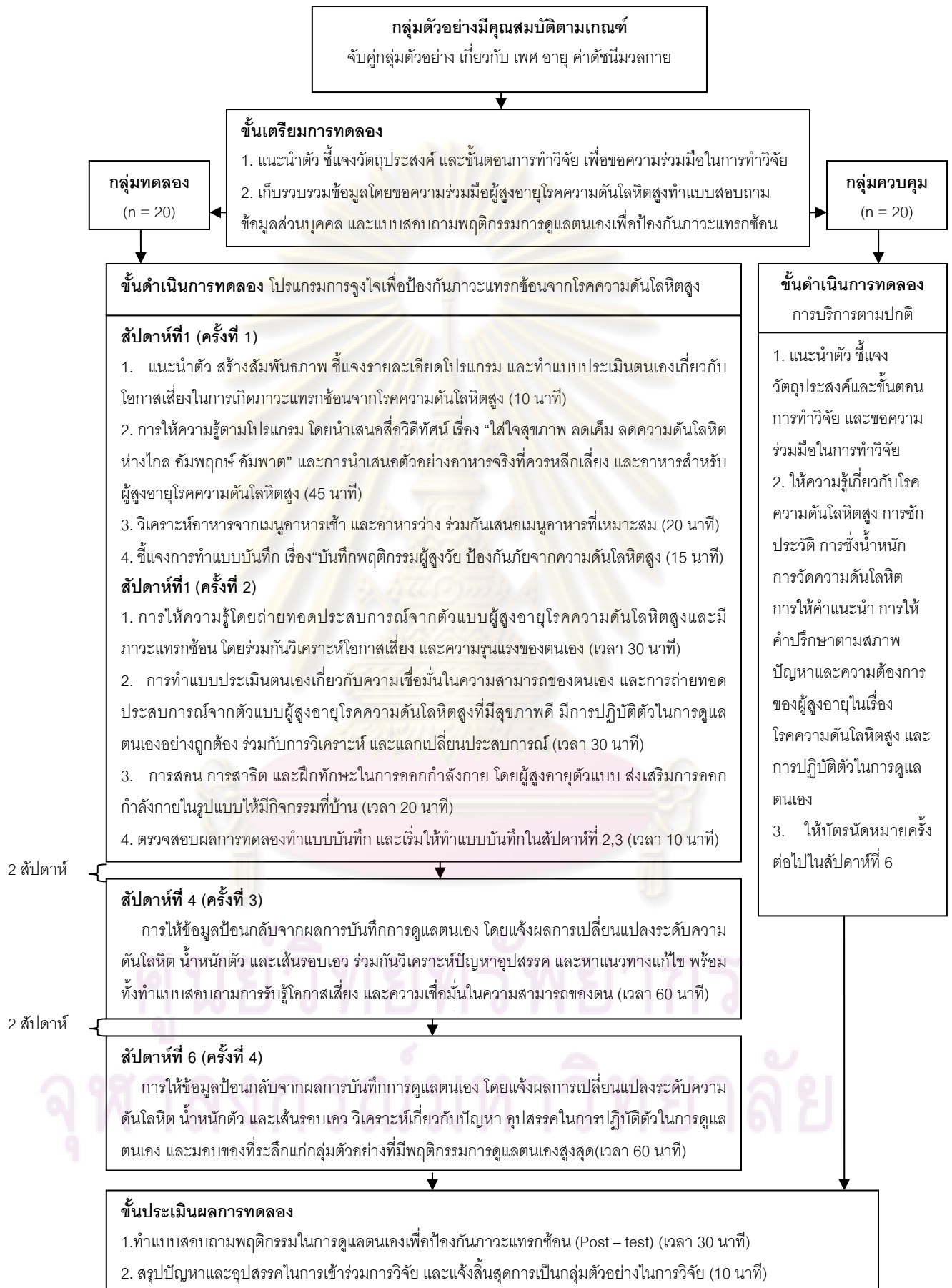
2. การให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยสรุปผลการตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเอง เรื่อง "บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง" แจกผลการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และรอบเอว พร้อมทั้ง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจากการทำแบบบันทึก แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคจากการดูแลตนเองที่บ้าน และวางแผนเพื่อหาแนวทางการแก้ไข สรุปคะแนนที่ได้ และมอบของที่ระลึกสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ชมเชย และให้กำลังใจ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และเน้นย้ำถึงผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

3. ผู้วิจัยกล่าวสิ้นสุดการทำกิจกรรมตามโปรแกรม และขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 10 นาที)

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยพูดคุยซักถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) ประเมินผลโครงการ และแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ (ใช้เวลาประมาณ 45 นาที)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้สรุปเป็นแผนภูมิตามระยะของการจัดกิจกรรม ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) (Noursis, 2000) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test Statistic)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test Statistic)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test Statistic)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสา และชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันตามกำหนดได้แก่ อายุ เพศ และค่าดัชนีมวลกาย โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายประกอบด้วย 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 : เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน

ส่วนที่ 2 : เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	Mean	SD	df	t	p-value
โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง	50.00	5.01	19	27.59	.000
หลังการทดลอง	79.45	4.49			

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงก่อน และหลังได้รับการบริการตามปกติ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	Mean	SD	df	t	p-value
โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง	56.70	5.25	19	1.71	.102
หลังการทดลอง	59.25	8.27			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังได้รับการบริการตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อน และหลังการได้รับการบริการตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50.00	5.01	38.00	4.130	.000
กลุ่มควบคุม	56.70	5.25			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	79.45	4.49	29.30	9.599	.000
กลุ่มควบคุม	59.25	8.27			

จากตารางที่ 7 ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน

เมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยรวม และรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ด้านการรับประทาน							
อาหาร							
ก่อนการทดลอง	17.00	2.34	19.45	1.90	38	3.632	.001
หลังการทดลอง	27.85	1.79	20.75	2.99	38	9.120	.000
ด้านการควบคุมน้ำหนัก							
ก่อนการทดลอง	17.25	2.73	19.40	2.78	38	2.467	.018
หลังการทดลอง	25.50	1.50	19.90	2.90	28.535	7.666	.000
ด้านการออกกำลังกาย							
ก่อนการทดลอง	15.75	2.36	17.95	2.86	38	2.656	.011
หลังการทดลอง	26.10	1.97	18.60	3.35	30.764	8.636	.000
โดยรวม							
ก่อนการทดลอง	50.00	5.01	56.70	5.25	38	4.130	.000
หลังการทดลอง	79.45	4.49	59.25	8.27	29.302	9.599	.000

จากตารางที่ 8 ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงในด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมน้ำหนัก และด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group designs)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสา และชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 ชมรม โดยเลือกชมรมผู้สูงอายุที่สมาชิกในชมรมมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น

ลำดับต้นๆ มีระบบบริการด้านสุขภาพให้แก่สมาชิกคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบล ห้วยใหญ่ และชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสร่ จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจากการซักประวัติ และการตรวจคัดกรอง ภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การคำนวณ ค่าดัชนีมวลกาย หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ จากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และประเมินแบบทดสอบสภาพ สมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE –Thai 2002 ให้ได้คุณสมบัติครบตามเกณฑ์

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงในชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ชมรมโดยใช้วิธีจับคู่ (Match pairs) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่ม มีคุณสมบัติเหมือนกันเกี่ยวกับอายุ เพศ และค่าดัชนีมวลกาย หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงทั้ง 2 ชมรมที่ได้รับการจัดคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมโดยทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก ผลการจับฉลากได้กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)
- 1.2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
- 1.3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดัน

โลหิตสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- 2.1 แผนการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง
- 2.2 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง”

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง "บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง"

3.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .9 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 และเมื่อนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

3.3 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .9 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 และเมื่อนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .77

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .83 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และเมื่อนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2551 ที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสร่ และชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 20 คู่ หลังจากนั้นจับฉลากเพื่อจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม อธิบายรายละเอียด แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการ ตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ และให้บัตรนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) และนัดทำกิจกรรมตาม โปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
2. การให้ความรู้ โดยการใช้สื่อตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดิทัศน์ ร่วมกับการอธิบาย เพิ่มเติมโดยใช้สื่อโปสเตอร์ และตัวอย่างอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
3. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกันวิเคราะห์อาหารที่ได้รับประทานในเมื่อเช้า และ อาหารว่าง ในประเด็นอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรลดหรือควรหลีกเลี่ยง เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
4. อธิบายรายละเอียดของคู่มือ ร่วมกับการชี้แจงรายละเอียดการลงบันทึกในแบบ บันทึกรดูแลตนเอง และให้ผู้สูงอายุทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน และ นำมาตรวจสอบในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2

1. การให้ความรู้โดยใช้การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. การให้ความรู้โดยใช้การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

4. การสอน สาธิต และการฝึกทักษะในการออกกำลังกายโดยตัวแบบจริงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี ร่วมกับการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

5. ตรวจสอบผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง และให้ผู้สูงอายุเริ่มต้นทำแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 และนำมาตรวจสอบในการมาทำกิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3

ผู้วิจัยสรุปผลการตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน และการให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เปรียบเทียบกับครั้งแรก ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุทำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 4

ผู้วิจัยสรุปผลการตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน และการให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค เพื่อวางแผนหาแนวทางการแก้ไข

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) และแจ้งสิ้นสุดการทำวิจัยครั้งนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ภายหลังจากการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ภายหลังจากการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983) ที่เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดความกลัวจากสื่อที่มากกระตุ้น โดยเป็นตัวเชื่อมโยงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 รูปแบบ ได้แก่ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ โดยประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างสม่ำเสมอ และมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ร่วมกับการประเมินการเผชิญปัญหา โดยประกอบด้วยการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของ

การตอบสนอง และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ดังนั้นในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ บุคคลจะต้องเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายนั้น เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวที่เหมาะสมเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้นได้ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ ในการศึกษาที่ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers(1983) ได้เน้นการสื่อสารเพื่อจูงใจให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเกิดความกลัว หากยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการประเมินอันตราย โดยรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และมีการประเมินการเผชิญปัญหา โดยรับรู้ความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันอันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ในการศึกษาคั้งนี้ ได้เน้นการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดความกลัว และรับรู้ถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากการนำเสนอสื่อตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีชีวิต และตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากมีอายุที่ใกล้เคียงกัน และเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจรับรู้ และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้เรียนรู้ทักษะ และประสบการณ์จากสื่อตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีชีวิตเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดว่าเมื่อตนเองมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องแล้ว จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่นเดียวกับตัวแบบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นตามลักษณะการปฏิบัติของตัวแบบ ซึ่งสอดคล้องกับ Kazdin (1974 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ที่กล่าวว่า ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเรามีความสามารถที่จะทำได้นั้น จะทำให้การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ได้ดู

ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง จะทำให้รู้สึกว่าเขาสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริง และไม่ย่อท้อ

การศึกษาของนัยนา อินทร์ประสิทธิ์ (2544) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองโดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีชีวิต และตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูสื่อตัวแบบสัญลักษณ์ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิชญา นุทกิจ (2546) ที่ได้ศึกษาผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี พบว่าความรุนแรงของอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรีที่ได้รับการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณกมล วิจิตร (2547) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มีการทำบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย เป็นวิธีการกระตุ้นเตือนและติดตามกำกับให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีการระมัดระวังในการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม หรือมีความกลัวหากยังปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม รวมทั้งเป็นการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถนำมาวางแผนการแก้ไขร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม และมีแรงจูงใจในตนเองที่จะกระทำอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ Rogers (1983) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดแรงจูงใจในตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลให้ความสนใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้น มีความชื่นชมในการกระทำสิ่งนั้น ส่งผลให้บุคคลมีการประเมินอันตรายหากยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การบันทึกจำนวนแคลอรีของอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ ในบุคคลต้องการลดความอ้วน จะส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างระมัดระวัง

นอกจากนี้การให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีความชัดเจนว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้น ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล รวมถึงถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นนำไปสู่การได้รับรางวัล ก็จะมี

ส่งผลให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากผลสรุปการทำแบบบันทึกครั้งสุดท้าย พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน และจากการที่ได้รับการแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก และการวัดรอบเอว พบว่ามีผลการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากได้มีประสบการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จจากการที่ได้ปฏิบัติมาแล้ว ทำให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม

ในการกำกับการทดลอง โดยการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และประเมินอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากเสร็จสิ้นแผนการพยาบาลตามโปรแกรม และผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายอันตรายนั้น (Conner and Norman, 2005) จะเห็นได้จากคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง เป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ก็มีโอกาสที่จะปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมได้

นอกจากนี้ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน โดยการที่ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นจากการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในระดับปานกลาง เป็นการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในระดับสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ Conner and Norman (2005) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีความเชื่อมั่นใน

ความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำสิ่งนั้นได้ ก็มีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไปในทางที่เหมาะสมได้เช่นกัน

การให้ความรู้ใช้สื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์ คู่มือ และนำเสนอตัวอย่างอาหารจริงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อ เนื่องจากสื่อจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเนื้อหาที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ง่ายขึ้นในระยะเวลาอันสั้น ช่วยให้เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องนั้นได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็ว (กิดานันท์ มลิทอง, 2543) สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียง จึงสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้มาก และยังเป็นสื่อที่ช่วยเสริม และทดแทนภาระหน้าที่ในการสื่อสารของผู้ให้ความรู้ การได้ยินประกอบกับการได้เห็นภาพย่อมอยู่ในความทรงจำได้ดีกว่าการได้ยิน หรือเห็นเพียงอย่างเดียว ซึ่งหากมีการนำภาพ และเสียงมารวมกันอย่างมีศิลปะก็จะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ละทิ้งพฤติกรรมเก่า หรือสร้างพฤติกรรมใหม่ให้กับบุคคลได้ (วิภา อุดมจันทร์, 2544) และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุทางด้านสายตา และการมองเห็น ร่วมกับการเรียนรู้ที่ช้าลงจากประสิทธิภาพการทำงานของสมองที่เสื่อมลงตามอายุ เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจัดการเรียนรู้ให้ช้าๆ และบ่อยๆ ให้เนือหน่น้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ร่วมกับการใช้สื่อโปสเตอร์ และคู่มือเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเปิดอ่านเนื้อหา หรือช่วยกระตุ้นเตือนความจำ นอกจากนี้ได้มีการนำเสนอตัวอย่างอาหารจริง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้โดยการสัมผัส ทำให้มีความเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น จากการดำเนินการจัดกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถเพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้กว้างขวางมากขึ้นได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้การมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงหากมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง จะส่งผลดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลของการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มจัด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานจัด และอาหารที่มีไขมันสูง ตลอดจนควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ดังเช่นการศึกษาของ Miller et al. (2002) ได้ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับไขมัน

คลอเลสเตอรอล ความดันโลหิต และน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการออกกำลังกายหากมีการกระทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง สามารถสูบน้ำออกได้มากขึ้น ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ช่วยลดระดับความดันโลหิต และช่วยป้องกันการเกิดหลอดเลือดอุดตัน ลดระดับไขมันในเลือด (Miura et al., 2004) และช่วยลดน้ำหนักตัวหรือการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ (ธนิกันต์ เชื้อดิน, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สันติเวช (2545) ได้ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า โปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันมีการประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จากการนำเสนอสื่อตัวแบบสัญลักษณ์จากวิดีโอ โดยมีเนื้อหาที่สอดคล้องตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกัน (Protection

Motivation Theory) ของ Rogers (1983) ร่วมกับการเสนอตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพของการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ปัจจุบันยังคงมีภาวะทุพพลภาพจากโรคอัมพฤกษ์อัมพาต นอกจากนี้ได้มีการสร้างเสริมให้มีการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ การสร้างความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีการสร้างเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การพูดคุย เสริมแรงใจ โดยการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ และการให้รางวัลหากมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีความกลัวหากยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ในการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง ส่วนสำคัญคือ ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จ ซึ่ง Rogers (1983) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เนื่องจากประสิทธิภาพความสำเร็จโดยตรงทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ ดังนั้นการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น ซึ่งจะทำการใช้ทักษะที่รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด สำหรับแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีประสิทธิภาพประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง คือ การกำหนดเป้าหมายประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ และกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงไปที่ละขั้นตอน ควรมีผู้แนะนำ และชักจูง เพื่อให้กำลังใจในขณะปฏิบัติกิจกรรมชี้แนะความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงเข้าใจ เมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ผล ควรมีการให้กำลังใจ และพูดชมเชย เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากผลการจัดโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย เป็นผลมาจากการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงได้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของ

ตนเอง ได้รับการส่งเสริมความรู้ ด้วยเทคนิคการสื่อสารหลายๆ แบบ ได้แก่ การพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็น สอบถามถึงปัญหา หรือข้อสงสัยต่างๆ จากสื่อตัวแบบ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงผู้ที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนมาแล้ว หรือการได้ฝึกทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสุขภาพดี เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ประกอบกับการสาธิตสัดส่วนของอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัย ร่วมกับการนำเสนอสื่อวีดิทัศน์ และโปสเตอร์เพื่อให้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากนี้ยังมีการสร้างแรงจูงใจโดยการให้กำลังใจผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาการจัดโปรแกรม ทำให้เกิดบรรยากาศของความเอื้ออาทรต่อกัน เกิดมิตรภาพ และความเป็นกันเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีกำลังใจ มั่นใจ และให้ความร่วมมือในการควบคุม และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ซึ่งถ้าหากมีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง จะส่งผลดี ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง คือ จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตา และหลอดเลือดใน อนาคตได้ และทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เสียชีวิตหรือเกิด ภาวะทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังเกิด การรวมกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คอยดูแล ให้คำแนะนำ เป็นกำลังใจ และช่วยเหลือซึ่ง กัน และกันในชุมชนอีกด้วย

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่า การจัดโปรแกรมการจูงใจเพื่อ ป้องกัน ตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983) โดยการใช้สื่อตัวแบบ สัญลักษณ์ที่มีชีวิต สื่อตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ประกอบกับการบรรยายให้ความรู้ โดยใช้ สื่อโปสเตอร์ คู่มือ ตัวอย่างอาหารจริง การให้ข้อมูลป้อนกลับ ร่วมกับการสาธิต และฝึกทักษะการ ออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และมีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดี และมีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล หรือการอบรมความรู้แก่พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันในการจัดทำโปรแกรม เพื่อเป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

3. ด้านการศึกษาวิจัย ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อหาแนวทางในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

2. ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรค และป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ตลอดจนประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กวี เมฆประดับ. (2544). **ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระท่อม จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม วัฒนชัย. (2532). **การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา.
- กฤษณกมล วิจิตร. (2547). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจน์เรขา. (2549). **ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กวรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ. (2535). **รายงานวิจัยเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- กวรรณิการ์ เรือนจันทร์. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2543). **เทคโนโลยีทางการศึกษา และนวัตกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- ขนิษฐา ทองหยอด. (2543). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). **รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถาม และการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-535.** กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- จินตนา วิเศษสาร. (2544). **ผลของการใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมพลังความคิดโดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลปากพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). **พฤติกรรมสุขภาพ Health Behavior.** พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ดวงเดือน เทียงสันเทียะ. (2544). **การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ดำรง กิจกุล. (2540). **คู่มือการออกกำลังกาย.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2540). **แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง.** ว. ศรีนครินทร์เวชสาร 12(3): 152-177.
- เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร, กระทรวง, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชากรไทย.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ธนิกันต์ เชื้อนดิน. (2546). **สุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา อินทร์ประสิทธิ์. (2544). **ผลของโปรแกรมการพัฒนสมรรถนะในตนเองต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บรรลุ ศิริพานิช. (2541). **การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2542). **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับนักวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2549). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศรี นุเกตุ. (2541). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประวิทย์ ต้นประเสริฐ. (2546). **ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ประณีต สิงห์ทอง. (2541). **การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2538). **ธรรมชาติวิทยาของภาวะความดันโลหิตสูง สถานการณ์และการกระจายของภาวะความดันโลหิตในกลุ่มเฉพาะ: กลุ่มผู้สูงอายุ**. **รายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย**, หน้า 67- 73. 18-20 มกราคม 2538 ณ โรงแรมเฟลิกซ์ ริเวอร์แคว รีสอร์ท จังหวัดกาญจนบุรี.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2542). **ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 1999**. **สารศิริราช 51**(ธันวาคม): 997-1006.
- ปรีศณี ศรีกัน. (2546). **ผลการตั้งเป้าหมาย และการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปิยะนุช รักพานิชย์. (2548). การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. **การอบรมระยะสั้น สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4: New Horizons in Management of Hypertension**, หน้า 31-38. 14-16 กันยายน 2548.
- พิชิต ฤทธิจักรุญ. (2545). **หลักการวัด และประเมินผลการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เฮาส์ ออฟ เคอร์รี่ส์.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2549). **คู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- พรทิพย์ ธีระกาญจน์. (2544). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พร้อมจิต จงสูวิวัฒน์วงศ์. (2539). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พึงใจ งามอุโฆษะ. (2541). ความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีตามา (บรรณาธิการ), **ตำราอายุรศาสตร์ 2**, หน้า 133-145. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- พาริดา อิบราฮิม. (2541). **นิเทศวิชาชีพ และจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญการพิมพ์.
- ภักดี โฟธิศิริ. (2534). การดูแลตนเอง. **วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา 4(2)**: 9-15.
- มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บัณฑิต. (2542). **อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และจริญญา ปูรนน (บรรณาธิการ). **การดูแลสุขภาพตนเองที่ศนะทางสังคม และวัฒนธรรม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงแดด.

- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2549). สถานการณ์โรคอ้วนในผู้ใหญ่. **ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด No.6.** กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2549). อาหาร และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด. **ชุดโครงการโรคหัวใจและหลอดเลือด No.5.** กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และคณะ. (2549). ความดันโลหิตสูงในคนไทย. **สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย 2 (กันยายน): 1-6.**
- รุ่งนภา ประยงค์หอม. (2548). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าซ่าง อำเภอท่าซ่าง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์การพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- วันชัย เจริญโชคทวี. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูง. *Vajira Medical Journal* 44(1): 1-9.
- วาสนา คุรุทเมื่อง. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา รวยสูงเนิน. (2549). พยาบาลกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารเกลือต่ำเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 29 (มกราคม - เมษายน 2549): 54-60.
- วิภา อุดมพันธ์. (2544). **การผลิตสื่อโทรทัศน์ และสื่อคอมพิวเตอร์: กระบวนการสร้างสรรค์ และเทคนิคการผลิต.** กรุงเทพมหานคร: บุ๊คพอยท์.
- วิทยา ศรีดามมา. (2544). *Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์. (2544). **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิศสิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมุขพวรรณ ไชยชนะ และหทัยรัตน์ นิยมาศ. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้านแม่พุง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 1(2): 92 -98.

วินัส ลีพท์กุล และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2541). **โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล เล่ม1.**

กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

วงเดือน บัณฑิต. (2539). **ระบาดวิทยา และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงชนิด**

ไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

ปัญหาทางสุขภาพ ภาวะพึ่งพาและแนวนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุข. ใน

การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. วันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2542

กรุงเทพมหานคร.

เศวต นนทการัตน์. (2538). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง. ใน ฉายศรี สุพรศิลป์ และ

ศุภวรรณ มโนสุนทร (บรรณาธิการ), **รายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษา**

ภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย, หน้า 83-90. กาญจนบุรี: โรงแรมเฟลิกซ์

ริเวอร์แควรีสอร์ท.

ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2548). Hypertension : Practicality Guidelines : The Update. **การ**

อบรมระยะสั้นสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4 New Horizons

in Management of Hypertension, หน้า 17-26. 14-16 กันยายน 2548.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2548). **แนวทางในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูง**

ในเวชปฏิบัติทั่วไป. การอบรมระยะสั้นสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

ครั้งที่ 4 New Horizons in Management of Hypertension, หน้า 17-26. 14-16

กันยายน 2548.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). **แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงใน**

เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551.

สว่างจิตต์ จันท. (2544). **ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อ**

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการ

พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยประชากร และสังคม. (2550). สถิติผู้สูงอายุ. **สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล**

16 มกราคม 2550.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2541). **แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงาน**

สุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักปลัดกระทรวง
สาธารณสุข.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). **การออกกำลังกาย
ทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2547). **อาหารทั่วไปและ
อาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). **แนวทางเวช
ปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะ
ไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. (2542). **โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ
ขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). **การดูแลรักษา
โรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). **สุขภาพผู้สูงอายุ
ไทย.** นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). **แบบทดสอบสภาพ
สมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002.** กรุงเทพมหานคร: สถาบัน
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

สาธารณสุข, กระทรวง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2549).
**การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่
3 พ.ศ. 2546-2547.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- สุทธิญา วงษ์เพ็ง. (2542). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันท์ ศุภรัตน์เมธี และคณะ. (2542). การใช้คู่มือบันทึกความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. **วารสารวิชาการสาธารณสุข 8** (มกราคม - มีนาคม 2542): 2-9.
- สุนันทา กระจำแดน. 2540. **ผลของการทำสมาธิชนิดอาณานปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพิชญา นุทกิจ. (2546). **ผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้สื่อตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี จิตริพล. (2545). **ผลของการบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยที่มีต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2544). **หลักสำคัญและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.**
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). **ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน.** กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). **หนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต. ใน** สุภวรรณ มโนสุนทร และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย (บรรณาธิการ), **เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค,** หน้า 7-43. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุพรรณรัตน์ แซ่โฮ้. (2545). **ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุมนา สัมฤทธิ์รัชฌาสัย. (2548). **การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าข้าม อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒน มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- สุรเกียรติ อาชานุกาภาพ และคณะ. (2542). **รายงานวิจัย การประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ทุนวิจัยร่วมกับเนตรนภา ชุมทอง; สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย; ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา)
- สุรพงษ์ ไสยชนะเสถียร. (2533). **การสื่อสารกับสังคม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิชา จันทรสุริยกุล. (2536). **ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล สังฆะมณี. (2549). **การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมู่บ้านไทยพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวิมล สันติเวส ศิริรัตน์ ปานอุทัย และอัครอนงค์ ปราโมช. (2545). **ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** พยาบาลสาร 29 (ตุลาคม – ธันวาคม 2545): 53 -67.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2548). **แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง.** ใน วิทยา ศรีตามา (บรรณาธิการ), Evidence - Based Clinical Practice Guideline, หน้า 431-434. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). **Practical Exercise Prescriptions for Hypertensive Patients.** การประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเวชศาสตร์การกีฬา Practical Points for Health and Fitness Professionals, หน้า 86-93. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาลทางอายุศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 4.**
กรุงเทพมหานคร: วี. เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). **การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง:
การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง.**
นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมโภชน์ เขียมสุภาสิต. (2549). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5.**
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ ผดุงจิตร์. (2544). **ผลของการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่มีผลต่ออัตราการ
เต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และน้ำหนักร่างกายในผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.**
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2531). **คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.**
กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุชา นิลอยู่. (2542). **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของ
ประชาชน อายุ 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- อรุณา รังผึ้ง. (2550). **รายงาน เรื่อง สถานะองค์ความรู้ใช้เตรียมเพื่อป้องกันควบคุมโรค
เรื้อรัง 2550. สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มเพิ่มคุณภาพระบบบริการ กรมควบคุมโรค.**
- อารีรัตน์ ตโนภาส. (2539). **การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรง
สนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอ
มโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพ
และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2550). **เอกสารคำสอน วิชา การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการ
พยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารอัดสำเนา.**
- อุ้นใจ เครือสลิต. (2542). **ประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาล
นครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**

อวยพร เรืองตระกูล. (2550). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I**. ภาควิชาวิจัย และ
จิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรษา หมานจันทร์. (2547). **พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษา ณ คลินิกความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสังคม
สงเคราะห์ศาสตร์ทางการแพทย์จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

American College of Spots Medicine. (1998). **ACSM's resource manual for guidelines
for exercise testing and prescription**. 3rd ed. Maryland: Williams & Wilkins.

American College of Spots Medicine. (2004). Nutrition and Fitness for the older adult.
ACSM FIT SOCIATY PAGE : 1-9.

Beare, P.G. and Myers, J.L. (1994). **Principles and practice of adult health nursing**.
St. Louis: Mosby.

Cakir H. and Pinar R. (2006). Randomized Controlled Trial on Lifestyle Modification in
Hypertensive Patients. **Western Journal of Nursing Research** 28 (2): 190-209.

Casey, G. (2004). Hypertension: Nursing' guide to management. **Nursing Standard** 14
(18): 3-19.

Chobanian, A.V. (2000). National heart, lung and blood institute workshop on sodium
And blood pressure: A critical review of current scientific evidence.
Hypertension : 858-863.

Chobanian, A.V. et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on
Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The
JNC 7 Report. **Journal of the American Medical Association**. 289 (19):
2560-2572.

Conner, M. and Norman, P. (2005). **Predicting Health Behaviour: Research and
Practice with Social Cognition Models**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.

Cousins, S.O. (1998). **Exercise Aging & Health: Overcoming Barriers to an Active Old**

Age. Philadelphia: Taylor & Francis.

Cunningham, S.L. (1986). **Medical - surgical nursing pathophysiological concept.**

Philadelphia: J.B. Lippincott.

Dickerson, L.M. and Gibson, M.V. (2005). Management of Hypertension in Older

Persons. **American Family Physician** 71 (3): 469-476.

Ebersole, P. and Hess, P. (2001). **Geriatric Nursing and Healthy Aging.** St. Louis:

Mosby.

Eliopoulos, C. (1993). **Gerontological Nursing.** 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Esty, M.L. (1995). Learning behavioral medicine techniques for groups from the

inside out. **Dissertation Abstracts International**, 56(6) : 3442.

Fetzer, S.J. (2001). **Foundamentals of nursing.** St. Louis: Mosby.

Gavras, H. and Gavras, I. (1983). **Hypertension in the elderly.** Boston: John Wright

P.S.G.

Groer, M.W. (2001). **Behavioral processes in human illness states.** Philadelphia:

Lippincott.

Hanzen, M. (1998). **Pathophysiology fundamental of disease and clinical intervention.**

Philadelphia: WB. Saunders.

Izzo, J. L. and Black, H. B. (2003). **Hypertension Primer: The Essentials of High Blood**

Pressure. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Williams and Wilkins.

Jariya Siriagekarat. (2000). **An application of Self – Efficacy Theory and Social**

Support for blood pressure control and against complications of elderly

patients with hypertension in Thamuang Hospital, Kanchanaburi Province.

The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Health Education

and Behavioral Sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Joint National Committee. (1988). The 1988 Report of the Joint National Committee on

Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **Arch Intern Med**

148: 102.

Joint National Committee. (2003). The 1988 Report of the Joint National Committee on

Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **Arch Intern Med**

148: 102.

Kaplan, N.M. (1985). Non-drug treatment of hypertension. *Ann Intern Med* 102: 361.

Kaplan, N.M. (1991). Long-term effectiveness of nonpharmacological treatment of hypertension. *Hypertension* 18: 1153 – 1160.

Kaplan, N.M. (1994). *Clinical Hypertension*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Kaplan, N.M. (1998). *Clinical Hypertension*. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Kaplan, N.M. (2006). *Kaplan's Clinical Hypertension*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Klatsky, A.L., Friedman, G.D., Siegelau, A.B. and Gerard, M.J. (1977). Alcohol consumption and blood pressure. *N Engl Med* 296: 1194 – 1200.

Kick, E. (1989). Patient teaching for elderly. *Nursing Clinic of North America* 24: 681-686.

Kochar, M.S. and Daniels, L.M. (1978). *Hypertension control: For nurses and other health professionals*. St. Louis: Mosby.

Kotchen, T.A. and Kotchen, J.A. (1999). *Hypertension primer: The essentials of high blood pressure*. Dallas: American heart association.

Krissana Kanjanapibul. (2001). *An application of the Protection Motivation Theory to preventive behavior modification against complications of essential hypertension patients in Pramongkutklo Hospital*. The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Kumanyika, K. (1989). Weight reduction and sodium restriction in the management of hypertension. *Clin Geriatr Med* 5: 770.

Lee, L.L., Arthus, A. and Avis, M. (2007). Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: a randomized controlled trial. *Preventive Med* 44: 160 -166.

Law, M.R. (1997). Epidemiological evidence on salt and blood pressure. *American Journal of Hypertension* 10: 42-45.

Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and Coping*. New York:

Springer publishing Company.

- Mackay, B.C. (1992). **Aids and Protection Motivation Theory (PMT): Effect of Imagined Scenarios on Intension to use Condom.** UMI Dissertation Service Printers.
- Maddens, M., Imam, K. and Ashkar, A. (2005). Hypertension in the Elderly. **Prim Care Clin Office Pract** 32: 723 -753.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics.** 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Manship, A. (1994). Treatment of hypertension in the elderly. **British Journal of Nursing** 3 (6): 287-291.
- McCann, JA .C. (2003). **Elderly Care Strategies Expert care plans for older adults.** Philadelphia: J.B. Lippincott Williams and Wilkines.
- Menscer, D. (2002). Hypertension. In L. Fathman (ed.), **Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach**, pp. 561-572. St. Louis: Mosby.
- Mertens, I.L. and Van Gaal, L.F. (2000). Overweight, obesity, and blood pressure: the effects of modest weight reduction. **Obes Res** 8(3): 270-278.
- Miller, C.A. (1999). **Nursing care of elderly adult: Theory and practices.** 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Miller, E.R. et al. (2002). Results of the Diet, Exercise, and Weight Loss Intervention Trial (DEW-IT). **Hypertension** 12 (6): abstract.
- Miura, K. (2004). Comparison of four Blood Pressure Indexes for the Prediction of 10-Year Stroke Risk in Middle- Aged and Older Asians. **Hypertension** 44 (5): 715-720.
- Morgan, I. S. (2001). Health Promotion and Disease Prevention across the Lifespan. In Robinson, D. and Kish, C. P. (ed.), **Core Concepts in Advanced Practice Nursing**, pp. 575-581. St. Louis: Mosby.
- Mulrow, C.D., Chiquette, E., Angel, L., Cornell, J., Summerbell, C., Anagnostelis, B., et al. (2001). Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults. **The Cochrance Database of Systematic Reviews** 3: 1-44.
- Newsome ,C.W., and Jacqueline, H. (1995). Treatment of hypertension with alternative therapies. **Dissertation Abstracts international**, 36(6), 2638.

- Nieman, D.C. (1997). **The exercise - health connection**. USA: Human Kine.
- Norton, J.M. (1995). Hypertension. In A.D. Linton, M.A. Matteson and N.K. Macbius (Eds.). **Introductory nursing care of adults** (pp. 627-638). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Olson, J.P. (2000). **Woman Health Care**. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D.E., Taylor, S.G. and Mclaughlin Renpenning, K. (1995). **Nursing Concepts of Practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing Concept of Practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Plotnikoff, R.C. and Higginbotham, N. (2002). **Protection Motivation Theory and Exercise behavior change for the prevention of heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adults**. Available from : <http://taylorandfrancis.metapress.com/app/home/linking.asp>
- Polit, D.F., and Beck, C.T. (2004). **Nursing Research Principles and Methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Putcharin Oonsup. (2003). **The effectiveness of the health education program to prevent the complications of essential hypertension among non – commissioned officers and air force employees**. The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Rippetoe, P.A. and Rogers, R.W. (1987). Effects of Component of Protection Motivation Theory on Adaptive and Maladaptive Coping With a Health Threat. **Journal of Personality and Psychology** 52(3): 596-604.
- Roger, R.W. and Prentice - Dunn, S. (1986). Protection Motivation Theory and Preventive Health : Beyond the health belief model. **Health Education Research** 1(3): 153-161.
- Roger, R.W. and Newborn, C.R. (1976). Fear Appeals and Attitude Change: Effect of a Threat's Noxiousness, Probability of Occurrence and Efficacy of Coping Response. **Journal of Personality and Social Psychology** 34 : 54-61
- Roger, R.W. (1983). Protection Motivation Theory. **Health Education Research Theory**

- and Practice, 1, 153-161. Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude change. **Journal of Psychology** 91:93-114.
- Ronald, C.P. and Nick, H. (1995). Prediction Low - fat Diet. Intention and behavior for the Prevention of Coronary Heart Disease : An Application of Protection Motivation Theory Among an Australian Population. **Psychology and Health** 10 (5): 397-408.
- Sacks, F.M. et al. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension: DASH – sodium collaborative research group. **N Engl Med** 3-10.
- Scott, A.K. (1998). Hypertension. In R. Tallis, H. Fillit and J.C. Brocklehurst (Eds.), **Geriatric Medicine and Gerontology**. Edinburgh: Harcourt Brace.
- Scottish InterCollegiate Guidelines Network (SIGN). (2001). Treatment of Hypertension In Older People. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/49/section5.html
- Squire, A. (2002). **Health and Well - Being for older people Foundations for Practice**. London: Bailliere Tindall.
- Stevens, V.J., Obarzanek, E., Cook, N.R., Lee, I.M., Appel, L.J., Smith, W.D., et al. (2001). Long – term weight loss and changes in blood pressure: result of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. **Ann Intern Med** 134(1): 1-11.
- Supiano, M. A. (1997). Hypertension. In C. K. Cassal (ed.), **Geriatric Medicine**, pp. 375-389. New York: Springer.
- Suruckana Khonghaphet. (2002). **The effectiveness of health education program on complication prevention of hypertensive patients attending Nakhonpathom Hospital**. The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Swales, J. D. (1995). **Manual of Hypertension**. London: Blackwell Science.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, I.S. (1996). **Using Multivariate Statistics**. New York: Harper Colins College.
- Taylor, S. E. (2003). **Health Psychology**. 5th ed. New York: McGraw - Hill.

- Taylor, S. E. (1995). **Health Psychology**. New York: McGraw - Hill.
- Trottier, D.J. (1996). Hypertension. In S.M. Lewis, I.C. Collier and M.N. Heitkempes (Eds.), **Medical - Surgical nursing: Assessment and management of clinical problem**. New York: Mosby.
- Vollmer, W.M. (2001). Effects of diet and sodium intake on blood pressure: sub group analysis of the DASH - sodium trial. **Ann intern Med** 1019-1028.
- Welch, E. (2003). Hypertension. **Nursing Standard** 18(13): 45 – 55.
- Weisell, R.C. (2000). Body mass index as an indicator of obesity. **Asia Pacific Journal Clinical Nutrition** 11(8): 681-684.
- WHO – ISH Guidelines. (1999). World Health Organization - International Society of Hypertension Guideline for the Management of Hypertension. **Journal of Hypertension** 17 (2): 151-183.
- WHO. (2005). **Preventing Chronic Diseases a vital investment**. Switzerland: Department of Chronic Disease and Health Promotion.
- Wold, G.H. (2001). **Basic geriatric Nursing**. 2nd ed. St Louis: Mosby.
- World Health Organization. (2002). **WHO CVD-Risk Management Package for low and medium - resource settings**. Geneva : World Health Organization.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด
1. ผศ.นพ. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาโรคหัวใจ และหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.พญ. วีรนุช รอบสันติสุข	ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาวิชาความดันโลหิตสูง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช	อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารการพยาบาล (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผศ.ดร. นารินทร์ จิตรมนตรี	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. น.อ.หญิง ชลลดา ขำภักดิ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

1. ไปยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)
2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Participant/ Participant Information Sheet)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาววาสนา มากผาสุข อยู่ที่ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ที่อยู่ 444 หมู่ 11 ต. ห้วยใหญ่ อ.บางละมุง จ. ชลบุรี ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวินิจฉัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยด้วยการให้สัมภาษณ์ และเข้าร่วมกิจกรรม โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ถ้ามีคำถามเหล่านี้ ภายใต้งี๊งเอนไซท์ได้ระบุแล้วในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นางสาววาสนา มากผาสุข)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

ชื่อผู้วิจัย นางสาววาสนา มากผาสุข นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ที่อยู่ 444 ม. 11
ต.ห้วยใหญ่ อ. บางละมุง จ. ชลบุรี 20260 โทรศัพท์ 038 - 238484

โทรศัพท์มือถือ 086 - 7543711 E-mail: wassanamak@yahoo.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอม และเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วม
ในการวิจัย ควรประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

2. วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเอง
ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

3. ลักษณะของประชากรตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้ง
เพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีความเสี่ยง
ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการควบคุมน้ำหนักตัว และด้านการ
ออกกำลังกาย ในการวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากสมาชิกชมรม
ผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จำนวน 2 ชมรม โดยเลือกชมรมผู้สูงอายุที่สมาชิกในชมรมมีปัญหา
สุขภาพด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับต้นๆ มีระบบบริการด้านสุขภาพให้แก่สมาชิก
คล้ายคลึงกัน เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมี
ภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในโปรแกรม

4. เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วม
การวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุ ชื่อ - นามสกุล ลงในแบบสอบถาม
จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบ และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

5. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม
กลุ่มละ 20 คน

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุจะได้รับการบริการตามปกติเมื่อมารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การซักถามอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมต่างๆ ของชมรม การตรวจประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การวัดความดันโลหิต และผู้สูงอายุจะได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ณ ชมรมผู้สูงอายุ โดยได้รับโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 - 3 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุจะได้รับการบริการตามปกติเมื่อมารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การซักถามอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมต่างๆ ของชมรม การตรวจประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การวัดความดันโลหิต หลังจากการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้แก่กลุ่มที่ 1 ด้วยเช่นกัน

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็วและไม่ขัดข้อง

7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการบริการตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการมารับบริการที่ท่านได้รับอยู่

8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัยนี้

9. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อ และที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อ และที่อยู่ของประชากรตัวอย่างนั้นจะทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Mental State Examination : MMSE – Thai 2002)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง”

ส่วนที่ 2 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง”

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Mental State Examination : MMSE – Thai 2002)

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9, และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน)

(ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไรของตึกอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน ถนนอะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/ เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับภาระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในวงเล็บ หน้าข้อความที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมนั้นตามความเป็นจริง

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว)

- 0 () ไม่สามารถตักอาหารเข้าทางปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 () ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2 () ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 () ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 () ทำได้เอง (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 () ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 () ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 () ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยเหลือพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 () ทำได้เอง

4. Toilet (ใช้ห้องสุขา)

- 0 () ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 () ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 () ช่วยตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 () เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
- 1 () ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนมาขึ้นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง : แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อความจะเป็นการสอบถามถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงว่าท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่ จำนวน 9 ข้อ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความทางด้านซ้ายมืออย่างช้าๆ เพื่อให้ท่านได้พิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับท่าน หรือท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริงหรือไม่ โดยตอบว่าข้อความนั้น ใช่ หรือ ไม่ใช่ จากนั้นผู้วิจัยจะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความที่ท่านตอบ เกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นจริง
 ไม่ใช่ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
ด้านการรับประทานอาหาร		
1. ในระหว่างการรับประทานอาหารท่านชอบเติม หรือจิ้มเครื่องปรุงประเภทน้ำปลา ซีอิ้ว ซอส เต้าเจี้ยว หรือเกลือป่น ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วทุกครั้ง		
2.		
3.		
ด้านการควบคุมน้ำหนัก		
4. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายจนเหนื่อยเป็นประจำ เนื่องจากไม่สะดวกและไม่มีเวลา		
5.		
6.		
ด้านการออกกำลังกาย		
7. การออกกำลังกายของท่านแต่ละครั้งใช้เวลาน้อยกว่า 20 นาที		
8.		
9.		

เกณฑ์ในการพิจารณา หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในแต่ละด้าน ครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง

“ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง”

ส่วนที่ 2 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก

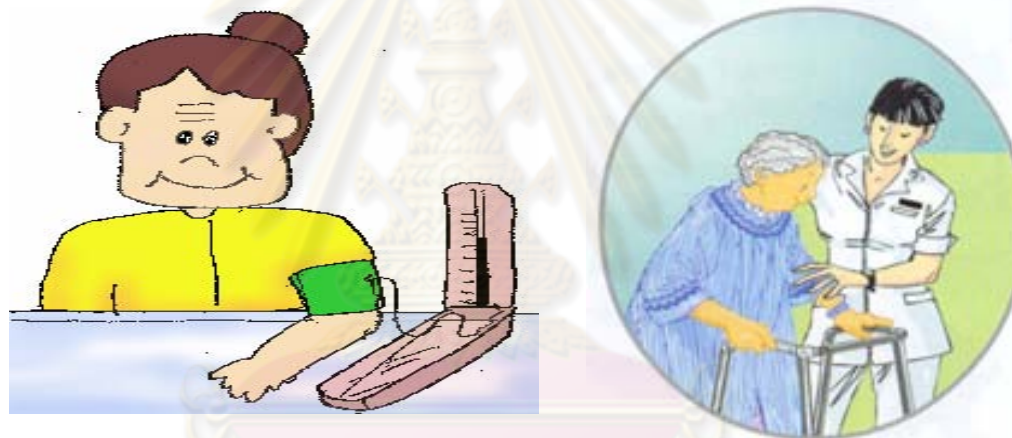
โรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุ

เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
ภัยร้ายที่คุณคาดไม่ถึง”



จัดทำโดย วาสนา มากผาสุข

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 086 - 7543711

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2

**แผนการพยาบาลตามโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง**

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นแผนการพยาบาลตามโปรแกรมสำหรับพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน ของ Rogers (1983) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งมีระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 ครั้ง ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 2 วัน จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

- ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “เชื่อมความสัมพันธ์”
กิจกรรมที่ 2 วิดีทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต”
- ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 นำเสนอตัวแบบ “อันตรายจากความดันโลหิตสูง ภัยใกล้ตัว ที่คุณคาดไม่ถึง”
กิจกรรมที่ 4 นำเสนอตัวแบบ “ผู้สูงวัยห่วงใยสุขภาพ”
กิจกรรมที่ 5 “ขยับกาย สบายชีวี”

สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

- ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 6 “ประเมินตัวเอง สำคัญอย่างไร”

สัปดาห์ที่ 6 ระยะเวลา 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

- ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 7 “รวมพลังผู้สูงวัย ร่วมใส่ใจดูแลตนเอง”

แผนการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 “เชื่อมความสัมพันธ์”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ วัดเขาบุญมี

ระยะเวลา 10 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ กิจกรรมในโปรแกรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความพร้อม และยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแนะนำตนเองและ	1. การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย 2. ชี้แจงรายละเอียด และขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม ตาม	1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และแนะนำตัว จากนั้นให้ผู้สูงอายุแต่ละคนแนะนำตนเอง		1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแนะนำตนเองต่อผู้วิจัยและเพื่อนสมาชิกในชมรม

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>สามารถอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมได้</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรม เกิดความพร้อม และยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม</p>	<p>โปรแกรม โดยจะมีการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้</p> <p>สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การทำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 2. การนำเสนอวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต” จัดทำโดย สำนักรโรคไม่ติดต่อกรรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6 ตอนๆ ละ 3-5 นาที 3. การให้ความรู้เพิ่มเติมในช่วงพักวีดิทัศน์ โดยเน้นในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนวิธีการเลือกซื้ออาหาร สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4. ร่วมกันวิเคราะห์อาหารที่ได้รับประทานในมือเช้า และอาหารว่างในประเด็น อาหารชนิดใดที่เหมาะสม ชนิดใดควรลดหรือควรหลีกเลี่ยง ชนิดใดควรเพิ่มเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความ 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรม กิจกรรมในโปรแกรมระยะเวลา การนัดหมายในการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรม 3. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ซักถามข้อสงสัย และแสดงความคิดเห็น 4. ผู้วิจัยกล่าวนำเข้าสู่การดำเนินกิจกรรมต่อไป 	<p>- ปากกา</p> <p>ดินสอ</p> <p>กระดาษ</p>	<p>2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแสดงความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัย และยินดีเข้าร่วมในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม</p>

เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง : แบบสอบถามนี้เป็นการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นการสอบถามถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของตัวเอง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างไร จำนวน 10 ข้อ โดยให้ท่านได้พิจารณาข้อความทางด้านซ้ายมือว่าตรงตามความคิดเห็นของท่านหรือไม่ และมีความคิดเห็นกับข้อความนั้นระดับใด หลังจากนั้นให้ท่านเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกที่ท่านตอบ เกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นด้วยน้อยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. การเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วเป็นประจำ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น หอยดอง ผักกาดดอง อาจมีผลทำให้เกิดไตวายได้				

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง : แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวท่านเองในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อคำถามจะเป็นการสอบถามถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวท่านว่าท่านจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้หรือไม่ จำนวน 10 ข้อ โดยให้ท่านพิจารณาว่าข้อคำถามทางด้านซ้ายมือตรงตามความคิด หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด แล้วตอบว่าข้อความนั้น ท่านสามารถทำได้ หรือ ไม่สามารถทำได้ และทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิด หรือความรู้สึกที่ท่านตอบ เกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

สามารถทำได้ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่าน

ไม่สามารถทำได้ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่าน

ข้อความ / ระดับความเชื่อมั่น	สามารถทำได้	ไม่สามารถทำได้
1. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ที่ใช้วิธีการประกอบอาหารโดยการนึ่ง ต้ม ย่าง ตุ่น มากกว่าการทอด หรือการผัด		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10. ท่านสามารถยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เอ็น ก่อน และหลัง การออกกำลังกายเป็นเวลา 5 – 10 นาทีทุกครั้ง		

ส่วนที่ 3



บันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกันภัยจากความดันโลหิตสูง



ปรับภารกิจสู่ความสำเร็จในการควบคุมการรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก

๕ สารบัญ

	หน้า
บันทึกผลการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และเส้นรอบเอว	1
แบบบันทึกด้านการรับประทานอาหาร “ป้องกันภัยร้ายจากความดัน รู้เท่าทัน หวาน มัน เค็ม”	3
ตาราง “สัญญาณเดือนภัย ผู้สูงวัย ใส่ใจเลือกรับประทานอาหารปลอดภัย”	4
แบบบันทึกด้านการออกกำลังกาย “วันนี้ท่านออกกำลังกายแล้วหรือยัง”	6
แบบบันทึกด้านการควบคุมน้ำหนัก “มาควบคุมน้ำหนักกันเถอะ”	8
การประเมินตนเองประจำสัปดาห์	10

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะการเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และทำการบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านตามความเป็นจริง

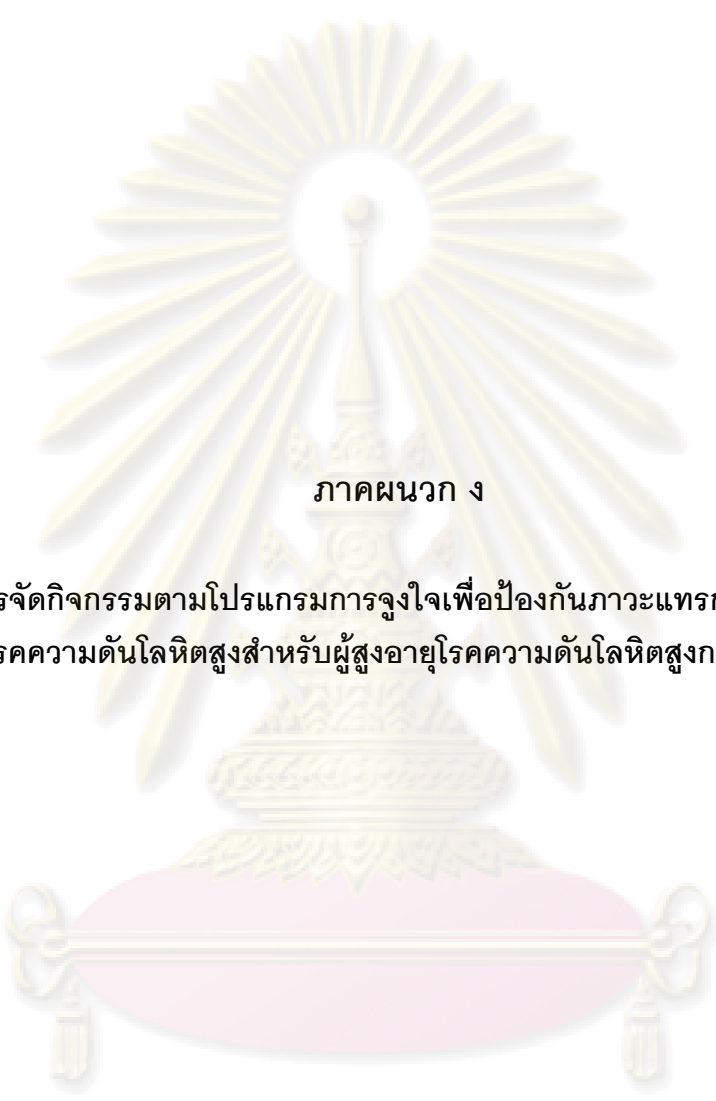
1. อายุ ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพปัจจุบัน () ไม่ได้ทำงาน () เกษตรกรรม () ค้าขาย () รับจ้าง () ข้าราชการบำนาญ () อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน () น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน () มากกว่า 10,001 บาท
7. ที่อยู่อาศัย () บ้านของตนเอง () บ้านของลูกหรือหลาน () บ้านของญาติพี่น้อง () บ้านเช่า () อื่นๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง..... ปี
9. โรคประจำตัวอื่นๆ () ไม่มี () มี ระบุชื่อโรค
10. ค่าความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท (ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยบันทึก)
11. น้ำหนัก กิโลกรัม (ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยบันทึก)
12. ส่วนสูง เซนติเมตร (ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยบันทึก)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง : แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อความจะเป็นการสอบถามถึงการปฏิบัติกิจกรรมหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงว่าท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่ และปฏิบัติตามบ่อยเพียงใด จำนวน 24 ข้อ ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านในปัจจุบัน โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมในเรื่องนั้นอย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมในเรื่องนั้นอย่างน้อย 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมในเรื่องนั้นอย่างน้อย 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านการรับประทานอาหาร				
1. ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ซอสมะเขือเทศ ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ลงในอาหารที่รับประทาน				
2.				
8.				
ด้านการควบคุมน้ำหนัก				
9.				
10.				
16.				
ด้านการออกกำลังกาย				
17.				
18.				
24.				



ภาคผนวก ง

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง

สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่ วัดเขานุญมี

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 6 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้
ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “เชื่อมความสัมพันธ์”



ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 2 วิดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต
ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต”



สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 นำเสนอตัวแบบ “อันตรายจากความดันโลหิตสูง
ภัยใกล้ตัว ที่คุณคาดไม่ถึง”



สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 นำเสนอตัวแบบ “ผู้สูงวัยห่วงใยสุขภาพ”



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววาสนา มากผาสุข เกิดวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2518 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2541 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว กลุ่มบริการวิชาการ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย