

ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน
อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา



ธนญจน์ภัสสร ไชยมงคล

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน
อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

EFFECTIVENESS OF APPLYING THE PROTECTION MOTIVATION THEORY
TO SELF-CARE BEHAVIOR AND BLOOD PRESSURE LEVELS OF
HIGH BLOOD PRESSURE RISK GROUP IN DONGJEN SUB DISTRICT,
PHUKAMYAO DISTRICT, PHAYAO PROVINCE



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

December 2024

Copyright 2024 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต

ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน

อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

ของ ชาญญ์นภัสสร ไชยมงคล

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฑา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(นายแพทย์ สรวิศ บุญญฐี)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แผลมหลัก)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฑา)

เรื่อง:	ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา
ผู้ศึกษาค้นคว้า:	ธนัญญนภสรณ์ ไชยมงคล, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: สม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2567
อาจารย์ที่ปรึกษา:	นายแพทย์ สรวิศ บุญญธิ
คำสำคัญ:	การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความคาดหวังในประสิทธิผลของ การตอบสนองต่อโรค, พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ดังนั้นเครือข่ายสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

Title: EFFECTIVENESS OF APPLYING THE PROTECTION MOTIVATION THEORY
TO SELF-CARE BEHAVIOR AND BLOOD PRESSURE LEVELS OF
HIGH BLOOD PRESSURE RISK GROUP IN DONGJEN SUB DISTRICT,
PHUKAMYAO DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Author: Thanannaphat Chaimongkhon, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2024

Advisor: Sorawit Boonyathee , MD.

Keywords: Perceived severity, Perceived probability, Response efficacy, Blood pressure control
behavior

ABSTRACT

The quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of applying the protection motivation theory to self-care behavior and blood pressure levels of high blood pressure risk group in Dongjen sub district, Phukamyao district, Phayao province. The sample group comprised 60 high blood pressure risk group, split into an experimental and a control group, with 30 participants in each. The research tools included 1) Programs of the protection motivation theory, which lasted for 8 weeks; 2) a survey covering general information, knowledge about hypertension, perceived severity of hypertension, perceived probability of hypertension, response efficacy to hypertension, and blood pressure control behavior. Pre- and post-program results were assessed. Data analysis involved descriptive statistics, Paired t-test, and Independent t-test. The findings revealed that following the intervention, the high blood pressure risk group exhibited significantly higher average levels of knowledge about hypertension, perceived severity of hypertension, perceived probability of hypertension, response efficacy to hypertension, and blood pressure control behavior compared to the control group ($p < 0.05$). Additionally, the experimental group having lower and better systolic and diastolic blood pressure values. Consequently, the healthcare sector can utilize the outcomes of this study to inform adjustments to health behaviors of high blood pressure risk group, effectively reducing the likelihood of high blood pressure.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จาก อาจารย์ที่ปรึกษา คือ นายแพทย์สรวิศ บุญญฐี อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดจนการศึกษาค้นคว้า อีกทั้งให้การติดตามแก้ไขการศึกษาค้นคว้า ด้วยตนเองให้มีความถูกต้องสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.ธิตีรัตน์ ราศิริ วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก นายแพทย์กิตติวัฒน์ กันทะ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูพานยาว จังหวัดพะเยา และคุณมนัสกรรณ์ พิชัยจุมพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองนี้

ขอขอบคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ตลอดเวลาที่ได้ศึกษาสาขาวิชานี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกท่าน ในการอำนวยความสะดวก ด้านเอกสารและด้านอื่น ๆ ด้วยความเต็มใจ เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูพานยาว หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลภูพานยาว ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจนทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน ตำบลดงเจน อำเภอกู่แก้ว จังหวัดพะเยา ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองตลอดโปรแกรม จนเสร็จสิ้นด้วยดี ขอขอบพระคุณกองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่หนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ตอบรับการตีพิมพ์บทความการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัว และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ธนญญ์ณภัสสร ไซมมงคล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ส่วนที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง.....	9
ส่วนที่ 2 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory).....	18
ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	23
ส่วนที่ 4 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory).....	27
ส่วนที่ 5 สมการบำบัด SKT	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
กรอบแนวคิดในการวิจัย	49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
อุปกรณ์ที่ใช้ในงานวิจัย	80
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	81
การเก็บรวบรวมข้อมูล	82
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	84
จริยธรรมในการวิจัย	84
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	85
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	86
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความ คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	88
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความ รุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ใน ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test.....	92
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความ รุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ใน ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Independent t- test.....	94
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test.....	96

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	98
บทที่ 5 บทสรุป	99
สรุปผลงานวิจัย.....	99
อภิปรายผลการศึกษา	103
สรุปผลการศึกษา	108
ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม.....	110
ภาคผนวก.....	115
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์	116
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	117
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	128
ประวัติผู้วิจัย.....	146



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง.....	61
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60 คน).....	86
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความ คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	89
ตาราง 4 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาส เสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 60 คน).....	92
ตาราง 5 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาส เสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม.....	94
ตาราง 6 แสดงเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	96
ตาราง 7 แสดงเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	98

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดง Protection Motivation Theory	22
ภาพ 2 แสดง Cognitive Mediating Process of Protection Motivation Theory	22
ภาพ 3 แสดงองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	26
ภาพ 4 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิง เหตุผลซึ่งกันและกัน	28
ภาพ 5 แสดงโครงสร้างทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)	29
ภาพ 6 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น	31
ภาพ 7 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	49
ภาพ 8 แสดงแบบแผนการทดลองการวิจัย	50



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีการเสียชีวิตถึง 7.5 ล้านคน และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2023) สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน 13,940.00, 14,618.00, และ 15,109.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ในเขตสุขภาพที่ 1 ในปี 2563-2565 พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 30,041 ราย 31,246 ราย และ 35,292 ราย ตามลำดับ ส่วนจังหวัดพะเยา ในปี 2563-2565 พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 3,568 ราย 3,010 ราย และ 3,119 ราย ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ระดับเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ผลกระทบจากระดับความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลสุขภาพ จะส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในร่างกาย เกิดความพิการ และหากรุนแรงจะเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ตลอดจนส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อไป แต่อย่างไรก็ตามโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยาลดความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากผลกระทบดังกล่าว เกิดจากผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงขาดความรู้ที่ถูกต้องในการควบคุมระดับความดันโลหิต ขาดความตระหนักถึงความรุนแรงและไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้

จากข้อมูลการสำรวจของกลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ประเทศไทยมีจำนวนอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน 13,940.2 ราย 14,618 ราย และ 15,109.6 ตามลำดับ และระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 ประเทศไทยมีจำนวนอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร 14.21 ราย 14.22 ราย และ 14.48 รายตามลำดับ ซึ่งอัตราผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ในเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2563-2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดรวมทุกกลุ่มอายุ จำนวน 796,521 ราย 826,939 ราย และ 845,214 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับข้อมูลของจังหวัดพะเยา ปี 2563-2565 พบว่า อัตราผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดรวมทุกกลุ่มอายุ จำนวน 68,036 ราย 70,282 ราย และ 70,671 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี อย่างไรก็ตามสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 95.49 (จำนวน 8,231 คน) ผลการคัดกรอง พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.05 (จำนวน 7,159 คน) (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพระดับเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) หากพิจารณาจากข้อมูลสาเหตุการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจากระบบข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นอัตราป่วย 906.0 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่

จากระบบข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า ประชากรอำเภอภูกามยาว มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,415 คน 3,515 คน และ 3,519 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เมื่อเทียบกับอัตราป่วย โรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร พบว่า อำเภอภูกามยาวสูงเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดพะเยา แต่จากการเปรียบเทียบอัตราป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคนของอำเภอภูกามยาว ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยสูงขึ้นจาก 1,592.49 ราย เป็น 1796.24 ราย (HDC, 2565) ประกอบกับรายงานจัดอันดับโรค 10 อันดับ ของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภูกามยาว ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ต่อเนื่องถึง 3 ปี ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ในส่วนของตำบลดงเจน มีลักษณะคล้ายกับอำเภอภูกามยาวเช่นกัน เมื่อจัดลำดับแล้วตำบลดงเจนเป็นตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 ในอำเภอภูกามยาว

ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเป็นอันดับ 1 และมีจำนวนแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,464 คน และปัจจุบันในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1,527 คน จะเห็นได้ว่าในพื้นที่ตำบลดงเจน มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 547 คน, 606 คน และ 654 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นทุกปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งยังมีการติดตามประเมินผลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มุ่งเน้นการประเมินผลทางด้านพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยแต่ยังไม่เคยมีการประเมินพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง แต่อย่างไรก็ตามกิจกรรมการให้ความรู้ยังไม่ประสบผลสำเร็จ จำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก็ยังเพิ่มขึ้นทุกปี กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจส่งผลทำให้

เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ตามมา ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความจำเป็น เพื่อเป็นการชะลอการป่วยเป็นโรค และลดภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงเป็นบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน และการเฝ้าระวังในการเกิดโรค

ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงเจน มีการจัดกิจกรรมให้สุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะของสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งเป็นข้อจำกัดกับพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้การดำเนินชีวิต ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนยังขาดแรงจูงใจ ปฏิบัติแบบเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในตำบลงเจนเพิ่มขึ้น ทุกปี ในปี พ.ศ. 2565-2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,464 ราย และ 1,527 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงเจน, 2566) ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้การออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT พัฒนาโดยรองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้กลุ่มทดลองได้นำวิธีการออกกำลังกายไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สามารถลดค่าความดันโลหิตลงได้ โดยใช้การทำสมาธิแนวใหม่ที่เกิดจากการผสมผสานแนวคิดและทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ จิตวิทยา สังคมศาสตร์ และศาสนศาสตร์ ที่อาศัยการเชื่อมโยงเข้ากับการทำงานของระบบประสาทและควบคุมประสาทสัมผัสเข้าด้วยกัน เชื่อว่าสมาธิบำบัดแบบ (Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri Technique: SKT) เพื่อใช้เยียวยาและส่งเสริมให้กับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติได้ ประกอบกับการออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลการศึกษาของโรเจอร์ (Rogers, 1975, 1983) พบว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อมีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยการกระตุ้นให้เกิดความกลัวจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ทำให้บุคคลรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรม การป้องกันโรค และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (ประเสริฐ เล็กสรรเสริฐ, 2565)

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทำให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยเกิดความกลัว เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ทำให้เกิดความคาดหวังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีข้อเสนอแนะให้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปประยุกต์ใช้กับทฤษฎีหรือ

แนวคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ แรงกระตุ้น เสริมสร้างความคาดหวัง ความตระหนัก และความตั้งใจต่อการปฏิบัติอย่างเหมาะสมและประสิทธิภาพ และสามารถวัดผล และเปรียบเทียบได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการใช้ทฤษฎี ได้แก่ 1. ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของโรเจอร์ (Rogers, 1975, 1983) 2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker & Maiman, 1974) และ 3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1997) ซึ่งสอดคล้องตามองค์ประกอบของการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถสนับสนุนซึ่งกันและกัน นำมาออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างหลายรูปแบบ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตชุมชน เพื่อลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงรายใหม่

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1975, 1983) เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker & Maiman, 1974) และทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1997) ในรูปแบบการดำเนินกิจกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยเน้นการดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อมีภาวะเปี่ยงเบน ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะทำได้ด้วยความตั้งใจเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพราะการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผล ของการตอบสนอง ร่วมกับการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งการดูแลตนเองทั้ง 5 ด้าน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ สามารถส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยคาดหวังว่า โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้สามารถควบคุม และลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคความดันสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง มากกว่าการรักษาพยาบาล เมื่อป่วยแล้วให้สำเร็จภายใน พ.ศ. 2568 ตามเป้าหมาย ขององค์การอนามัยโลกและตัวชี้วัดการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืนของสหประชาชาติเป้าหมายที่ 3 ด้านสุขภาพ (Sustainable Development Goal-3) เพื่อลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

2.4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

3. ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบแบ่งกลุ่ม ตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคและพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชากรอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง 85-89 mmHg โดยวัดต่อเนื่องอย่างน้อย 7 วัน ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน และยังไม่ได้ รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์

2. **โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรม โอกาส และประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เน้นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการควบคุมค่าความดันโลหิต โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของโรเจอร์ เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ประกอบได้ด้วย 5 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 จะเป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อม ครั้งที่ 2-7 เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ และครั้งที่ 8 เป็นการสรุปผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. **การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความเข้าใจของกลุ่มเสี่ยงต่อข้อมูล เพื่อที่จะกระตุ้น ทำให้รับรู้ถึงความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยหรืออันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงระดับที่รุนแรง

4. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค** หมายถึง ความเข้าใจของกลุ่มเสี่ยงให้เชื่อว่า ตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เพื่อตัดสินใจปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรืออันตราย ที่จะเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง

5. **ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง** หมายถึง ความเข้าใจของกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการละเว้น เพื่อลดความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความดัน โลหิตสูงที่เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความกลัว และตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

6. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

7. การรับประทานอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารในแต่ละวันให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ หลากหลายครบทั้ง 5 หมู่ ถูกต้องได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย

8. การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมโดยใช้กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ตามความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งในวิจัยฉบับนี้ ได้นำการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาประยุกต์ใช้กับการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิต

9. การจัดการความเครียด หมายถึง ความสามารถในการป้องกันและกระบวนการจิตบำบัดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อผ่อนคลายหรือบรรเทาความเครียดของตนเองได้เหมาะสมกับสถานการณ์รอบข้าง ลดผลกระทบต่อระดับความดันโลหิต

10. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การหลีกเลี่ยงการทดลองสูบบุหรี่ (ในกลุ่มไม่สูบ) หรือการลดและเลิกการสูบบุหรี่ และไม่ควรมีสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ (ในกลุ่มสูบ) แล้วไม่กลับไปสูบบุหรี่อีกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

11. พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การหลีกเลี่ยงการทดลองดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ในกลุ่มไม่ดื่ม) หรือการลด ละ เลิก การดื่มสุรา (ในกลุ่มดื่ม) และไม่กลับไปดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อีกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้มีค่าลดลง มีประโยชน์และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

3. สามารถควบคุมและเฝ้าระวังต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
2. กลไกก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง
3. ชนิดของความดันโลหิตสูง
4. การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
5. อาการและอาการแสดง
6. ภาวะแทรกซ้อน
7. ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
8. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
9. วิถีชีวิตส่งผลกระทบต่อปัจจัยก่อเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อเกิดโรค
10. สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตสูง
11. การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ส่วนที่ 4 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ส่วนที่ 5 สมการบำบัด SKT

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ส่วนที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP $\geq$ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับ DBP $<$ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP $\geq$ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ DBP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP $<$ 135 มิลลิเมตรปรอท และ DBP $<$ 85 มิลลิเมตรปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็นปกติ (SBP $<$ 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP $<$ 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP $\geq$ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ DBP $\geq$ 85 มิลลิเมตรปรอท)

2. กลไกก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตของบุคคลจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและแรงต้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายโดยความดันโลหิต คือ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) และความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การมีระดับความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือทั้งสองปัจจัย หรือจากความล้มเหลวของกลไกการปรับสมดุลปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาธิก ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน และระบบการทำงานของไต โดยมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

2.1 การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนแอลฟา ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว จึงมีความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกจะมีผลต่อ การทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin angiotensin system) ทำให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นและการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนเบต้าทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้นจึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2.2 การลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลง ซึ่งกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin angiotensin system) ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายและแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในระบบไหลเวียน

จะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน จากต่อมหมวกไตส่วนนอกซึ่งมีผลในการดูดซึมน้ำกลับของน้ำและโซเดียมที่ไต ปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น

2.3 ต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดูเรติกฮอร์โมน (Anti-diuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน และฮอร์โมนดังกล่าวมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรง จึงทำอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น

3. ชนิดของความดันโลหิตสูง

3.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional Medicine) ได้จำแนกความดันโลหิตสูงตามสาเหตุการเกิด แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

3.1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่อย่างไรก็ตามคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมิน และรักษาความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกาพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุ และมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยจะส่งผลทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่อาจเกิดพยาธิสภาพที่ไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมนโรคของต่อมไร้ท่อร่วม โรคกระดูกเป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ ยา และสารเคมี เป็นต้น

4. การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

4.1 ความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง โดยจำแนกตามความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งจำแนกได้ 3 ระดับ ดังนี้

4.1.1 ความรุนแรง ระดับที่ 1 ตรวจไม่พบมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ

4.1.2 ความรุนแรง ระดับที่ 2 ตรวจพบความเสื่อมหรือความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1) หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy) โดยการตรวจร่างกายเอกซเรย์ทรวงอก หรือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

2) หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินา (Retina) มีการตีบทั่วไปหมดหรือเฉพาะบางส่วน

3) พบไข่ขาวในปัสสาวะ (Proteinuria) และหรือครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงกว่าปกติ

4.1.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 มีอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพ โดยเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ได้แก่

- 1) หัวใจมีอาการเจ็บหน้าอกหัวใจขาดเลือดหัวใจล้มเหลว
- 2) ตามีเลือดออกในเรตินาหรืออาจมีประสาทตาบวม (Papilledema)
- 3) สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมอง หรือ ภาวะสมองบวม (Hypertensive encephalopathy)

4.2 ความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับความดันโลหิต โดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา ได้ดังนี้

4.2.1 ปกติ (Normal) คือมีค่าความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

4.2.2 ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

4.2.3 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Stage 1 hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

4.2.4 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Stage 2 hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

5. อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่พบอาการแสดง เฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่การวินิจฉัยมักพบได้จากผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือมักพบร่วมกับสาเหตุของอาการอื่นซึ่งไม่ใช่ความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก หรือสูงในระดับรุนแรงและเป็นมานานโดยเฉพาะในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา หรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม มักพบมีอาการ ดังต่อไปนี้

5.1 ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย อาจพบมีอาการคลื่นไส้อาเจียนตาพร่ามัวร่วมด้วย

5.2 เวียนศีรษะ (Dizziness) พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล (Epistaxis)

5.3 เหนื่อยหอบขณะทำงานหรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบ

สรุปได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นเวลานาน ๆ มีภาวะแทรกซ้อน มีผลให้อวัยวะที่สำคัญเสื่อมสภาพและหรือถูกทำลาย

6. ภาวะแทรกซ้อน

พบอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้

6.1 สมอ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้มากกว่าบุคคลปกติ

6.2 หัวใจ ทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักมากขึ้นต้อง บีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อต้านแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้

6.3 ไต เกิดการคั่งของเสีย ไตเสื่อมสภาพและเสียหายที่ เกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 เสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

6.4 ตา มีการบวมของจอภาพ นัยน์ตาหรือจอประสาทตาบวม (Papilledema) ทำให้การมองเห็นลดลงมีจุดบอดบางจุดที่ลานสายตา (Scotoma) ตามัวและมีโอกาสตาบอดได้

6.5 หลอดเลือดในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบแคบ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง หัวใจ ไต และตาลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจะเห็นได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ซึ่งมีผลต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย

ดังนั้น การรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์การสูญเสียชีวิตและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

7. ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน อีกทั้งยังพบมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ต่อสมอง หัวใจ ไต และตา ผลที่เกิดจากอาการและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เกิดความพิการทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางร่างกาย ความสามารถลดลง พึ่งพาผู้อื่นควมมีคุณค่าของตนเองลดลง

7.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลและความเครียดจากความไม่แน่นอนของโรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และกลัวการเสียชีวิต

7.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่หรือ ทำงานได้เหมือนเดิม และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ายา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 1,748 เหรียญต่อปี ถ้าพบมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 35,024 และ 40,864 เหรียญต่อปีตามลำดับ

8. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์ปกติ ประกอบด้วย 2 วิธี คือ การรักษาโดยวิธีการใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา หรือวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

8.1 การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacologic treatment) เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยการใช้ยา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ การเลือกใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรุนแรงของระดับความดันโลหิตปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ โรคที่มีอยู่เดิม ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 7 กลุ่มดังนี้

8.1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตและหัวใจผิดปกติ ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) เมโทลาโซน (Metolazone)

8.1.2 ยาด้านเบต้า (ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยรวมกับเบต้าออดรีเนอร์จิกรี เซพเตอร์ (Beta adrenergic receptors) ได้แก่ โพรพานอลอล (Propanolol) หรืออะทีโนลอล (Atenolol)

8.1.3 ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II receptor blockers [ARBs]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยไม่ทำให้ระดับของเบรดีไคนินเพิ่มขึ้น ยากลุ่มนี้ ได้แก่ แคนเดซาแทน (Candesartan), โลซาแทน (Losartan) เป็นต้น

8.1.4 ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists) ยากลุ่มนี้ยับยั้งการเคลื่อนเข้าของประจุแคลเซียมในเซลล์ ได้แก่ เวอร์อามีล (Verapamil) หรือเนฟิเดปีน (Nifedipine)

8.1.5 ยาด้านอัลฟาวันออดรีเนอร์จิก (Alpha I-adrenergic blockers) ได้แก่ พร่าโซซิน (Prazosin) หรือดอกซาโซซิน (Doxazosin)

8.1.6 ยาที่ยังยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซินทู Angconvertingenzyme (ACE inhibitors) ได้แก่ อินาลาพริล (enalapril) อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ เบื่อ อาหาร ไข้ ผื่นคัน อาการรุนแรงอาจพบไข้ขาวในปัสสาวะ เป็นต้น

8.1.7 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ได้แก่ ไฮดรอลาซีน (Hydralazine), ไฮโดรคลอไรด์ (Hydrochloride) ลาเบทาลอล (Labetalol) เป็นต้น อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง มีอาการบวม น้ำ

8.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle-modification) ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการ ดำเนินชีวิต ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ดังนี้

8.2.1 การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว มีความสำคัญมาก

8.2.2 การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม

8.2.3 การออกกำลังกาย

8.2.4 การงดสูบบุหรี่และการลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

8.2.5 การจัดการกับความเครียด

ดังนั้น การมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายการพักผ่อนอย่างเพียงพอมีการควบคุมและจัดการกับความเครียดได้ดี จะช่วยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติก ทำให้ลดการหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) ลดการหดตัวของหลอดเลือดมีผลให้ความดันโลหิตลดลง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติตนและปรับเปลี่ยนแบบ แผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เป้าหมาย ภาวะสุขภาพดีและความผาสุกของชีวิต (Pender, 1996)

9. วิถีชีวิตส่งผลต่อปัจจัยก่อเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อเกิดโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาพบปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

9.1 เพศ มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่มีความแตกต่างระหว่างเพศ การศึกษาของ ศตพร ศิลปะการสกุล และวิราสิริ วสิริสิริ (2567) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับเพศชาย เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยผู้หญิงจะมีการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่และต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยเพศชายจึงได้รับการดูแลสุขภาพจากเพศหญิง

9.2 อายุ พบว่า ผู้ป่วยช่วงอายุ 35-60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่มีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุอื่น และการศึกษาของจินตนา นุ่นยะพริก และคณะ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ดีกว่ากลุ่มอายุอื่น

9.3 ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และการศึกษาของนลินี หนูห่วง (2566) พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และในปัจจุบันการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแพร่หลาย โดยใช้สื่อมากมายและสื่อเหล่านี้ใช้ภาษาที่ง่าย มีความเหมาะสมกับประชาชนทุกระดับการศึกษา เช่น โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ เสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนใกล้เคียงกัน ในทุกระดับการศึกษา

9.4 อาชีพ การศึกษาของ โชจิรุส พลไชยมาตย์ และเสนห์ แสงเงิน (2563) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพรับราชการ ทำงานบริษัท หรือรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น โดยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาที่ไม่แน่นอน ได้แก่ อาชีพทำนา ทำไร่ หรือรับจ้างรายวัน เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลา ที่แน่นอน รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดกระทบต่องานประจำ

9.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน โดยผู้ป่วยจะมีการปรับแผนการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ดังการศึกษาของ โสพิน ศรีสมโภชน์ และรัชนี หลงสวาสดี (2564) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

9.6 สถานภาพสมรสและบทบาทในครอบครัว จากการศึกษาของ ฉัตรสกุล แม่จันทิก และลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการมีบทบาทในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

9.7 เศรษฐกิจ ผู้ที่มีเศรษฐกิจและรายได้สูง จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ และเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า

9.8 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการกระทำให้มีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วนั้นจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งแนวทางในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีดังนี้ ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ (Health responsibility) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรตระหนัก ถึงการปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และตามแนวทางในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างเคร่งครัด ได้แก่ การรับประทานยา การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การปฏิบัติสัมพันธ์ในสังคม การจัดการความเครียด การเจริญทางด้านจิตวิญญาณ

10. สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตสูง

สภาพแวดล้อมในที่นี้รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

10.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเราอันเป็นสิ่งของซึ่งจะมีผลโดยตรง หรือโดยอ้อมที่ทำให้เกิดความเครียด

10.2 สภาพแวดล้อมทางชีวภาพ คือ สิ่งมีชีวิตที่สามารถทำอันตรายกับเราได้นับตั้งแต่สัตว์ร้าย หรือจนถึงแมลง หรือเชื้อโรค

10.3 สภาพแวดล้อมทางสังคม คือ การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ อาจเป็นระดับกลุ่มระดับสังคมองค์การ หรือการทำงานพบปะผู้คนอาจจะระยะสั้นหรืออาจจะระยะยาว เหล่านี้ล้วนเป็นสภาพทางสังคมทั้งสิ้น สภาพแวดล้อมนี้เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดความเครียด

11. การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตามคำแนะนำของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตแก่ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคแล้วทุกราย

11.1 รายละเอียดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

11.1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5–22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิง ไม่เกิน 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) หรือ ไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง

11.1.2 การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย

11.1.3 ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียม

และ/หรือแมกนีเซียมเสริม ในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำ เรื่อง แนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์หรือนักกำหนดอาหาร ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง ชะเอมเทศ ชะเอม ส้มขม โยฮิมบี เป็นต้น

11.1.4 การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลก กำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวด ขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัม และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัม

11.1.5 การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกาย ที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

1) ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตาม อายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วยจำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที

2) ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่า ร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุด ตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที

11.1.6 การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยังคงควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์

- 1) SBP ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป
- 2) มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย
- 3) มีโรคหัวใจล้มเหลว
- 4) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- 5) มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
- 6) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ
- 7) มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

11.1.7 การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่มหรือถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือผู้หญิง

ไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชาย ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

11.1.8 การเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกริษยาเลิกบุหรี่ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อรับบริการคำปรึกษาฟรีจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) (Thailand National Quit line, TNQ) ที่เรียกว่า “1600 สายเลิกบุหรี่” หรือ “Quit line 1600” โดยสามารถโทร 1600 ฟรีได้ทุกเครือข่ายและ ไม่เรียกเก็บค่าบริการ หรือสามารถติดต่อขอรับบริการผ่านเว็บไซต์ www.thailandquitline.or.th สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรพิจารณาส่งต่อ ผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ (Rogers, 1975) ซึ่งเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ผ่านการเสนอข้อมูลข่าวสารที่บอกให้ทราบถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพของบุคคล ซึ่งผลการรับข้อมูลเอาปัจจัยดังกล่าวของแต่ละบุคคลจะทำให้เกิด การรับรู้ในภาพรวมและเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูล ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โรเจอร์ได้กำหนดตัวแปร ที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) และการรับรู้ในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) โดยใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ข่าวสารเพื่อเพิ่มการรับรู้ภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ ว่าถ้ากระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้ได้รับผลร้ายแรง เช่น มีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต โดยข้อมูลที่ ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติพฤติกรรมมากกว่าข้อมูลที่ ทำให้กลัว เพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยตรงแต่ต้องมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชูส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นชัดเจนขึ้น ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบที่เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่า มีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกพฤติกรรมเสี่ยงแล้วปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่วยให้ร่างกาย แข็งแรงและทำให้ไม่เกิดอันตราย

ต่อมาในปี ค.ศ. 1983 โรเจอร์ ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง และปรับปรุงใหม่ ได้เพิ่มตัวแปรตัวที่ 4 คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-efficacy) อธิบายว่า การปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา กับผลของการได้รับภาวะคุกคาม แบ่งเป็น 2 แบบ คือ การประเมิน ภาวะคุกคามต่อสุขภาพและการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งสองแบบนี้มีผล ต่อการปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ ซึ่งการปรับตัวไม่ได้อาจขึ้นอยู่กับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร่วมกับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแต่ละบุคคลนำไปสู่พฤติกรรมด้านลบ โดยกระบวนการ ปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา กับผลของการได้รับภาวะคุกคามเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น ข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพ การเรียนรู้จากการสังเกต และอิทธิพลของปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ ประสบการณ์ส่วน บุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการยับยั้งการตอบสนองในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การเห็นข้อดีของการมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ได้การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นเพียงทางอ้อม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยต้องให้รับรู้ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับที่สูงขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Reward) และความพึงพอใจ ภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

การประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นการปรับพฤติกรรม โดยให้เกิดความเชื่อในการมีพฤติกรรมเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการคุกคามของโรค (Response Efficacy) และให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Self-efficacy) โดยความคุ้มค่าของการตอบสนองเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นตัวจำกัดพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดของตัวแปร ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) สามารถพัฒนาได้จากการชี้ว่า ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคล ได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อ ปลุกเร้าให้เกิดความกลัว ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิตหรือมีผลต่อสุขภาพ เล็กน้อย โดยข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมมากกว่า ข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผล ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่ต้องมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชู่อางส่งผลให้ ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นชัดเจนขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสาร ที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่ากระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบที่เกี่ยวกับ

ผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจ ที่ทำให้ไม่เกิดอันตรายหรือได้รับความคุกคามทางสุขภาพ

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceive probability) เป็นการสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเอง กำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ โรคไต โรคจอประสาทตาเสื่อม ส่งผลให้เจ็บป่วยมากขึ้น พักการหรือเสียชีวิตได้ เป็นต้น ถึงอย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีแนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่จะขึ้นอยู่กับความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือไม่ บางครั้งก็ไม่ได้ทำให้บุคคลยอมรับคำแนะนำเสมอไป ดังนั้นถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองต่อคำคุกคามเขาก็ไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ถึงแม้ว่าการกระทำนั้นจะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพก็ตาม ในทางกลับกันการเอาใจใส่ สนับสนุน ร่วมกับภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นได้ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสามารถทำได้โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่าสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่

3. การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Response efficacy) เป็นความคาดหวังเฉพาะบุคคลว่า เมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะสามารถลดภาวะคุกคามได้ การให้ข้อมูลที่แสดงให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับที่สูง จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าการให้ข้อมูลที่ก่อให้เกิดความคาดหวังที่ระดับต่ำ ดังนั้นการให้ข้อมูลมีความเฉพาะเจาะจงและเห็นความชัดเจนในผลที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำช่วยให้เกิดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำให้ประสบความสำเร็จ พัฒนามาจากทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า ความสามารถของบุคคลเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับทางเลือกของบุคคลที่จะคาดหวังในความสามารถหรือความเชี่ยวชาญของตนเอง การพัฒนาในความเชื่อมั่นของบุคคลทำได้ 4 วิธี ได้แก่

4.1 ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ

กับการทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้น เมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จก็จะเพิ่มความพยายาม เพิ่มความมั่นใจ มีทักษะ มีความพอใจ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติ และเป็นกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่น ๆ ต่อไป ขั้นตอนในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเองมีดังนี้

4.1.1 เรียงลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายาก

4.1.2 การวิเคราะห์และแก้ปัญหาพร้อมกันในกลุ่ม

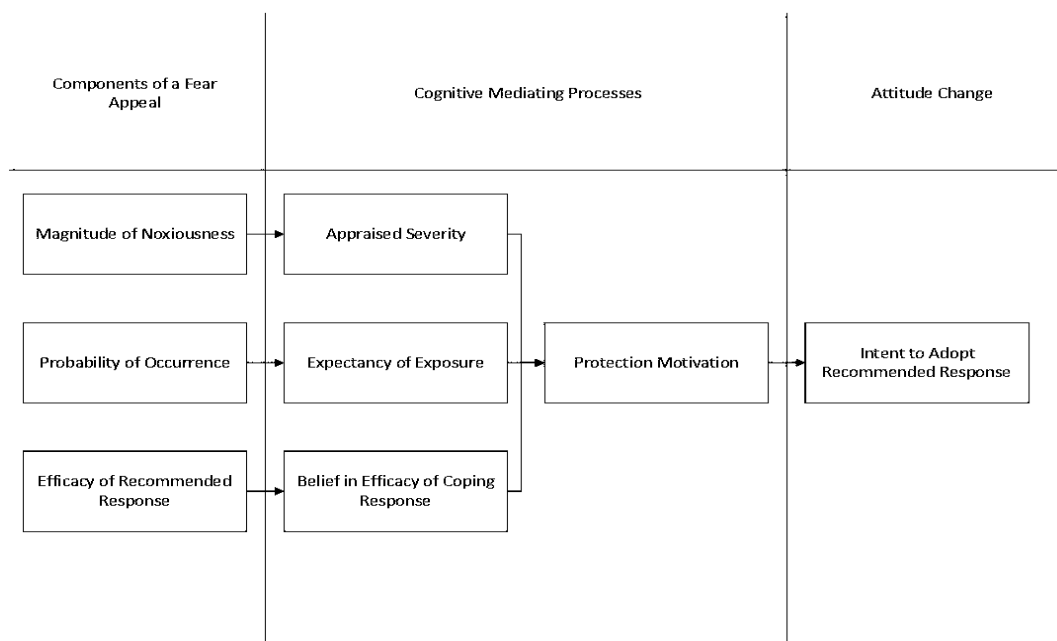
4.1.3 การได้รับกำลังใจหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอ้างอิง

4.1.4 การให้ข้อมูลย้อนกลับ

4.2 ใช้ตัวแบบ (Vicarious experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการที่บุคคลได้เห็นตัวอย่าง รูปแบบหรือตัวแบบที่สามารถมองเห็นหรือมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีลักษณะและมีสภาพปัญหาคล้ายตนเอง อาจจะแสดงพฤติกรรมทางด้านลบทำให้มองเห็นผลเสียหรืออาจจะแสดงพฤติกรรมทางด้านบวกได้รับผลที่พึงพอใจที่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ล้วนเป็นแรงจูงใจให้ผู้สังเกตเกิดการตัดสินใจ ตั้งใจ และใช้ความพยายามเพื่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

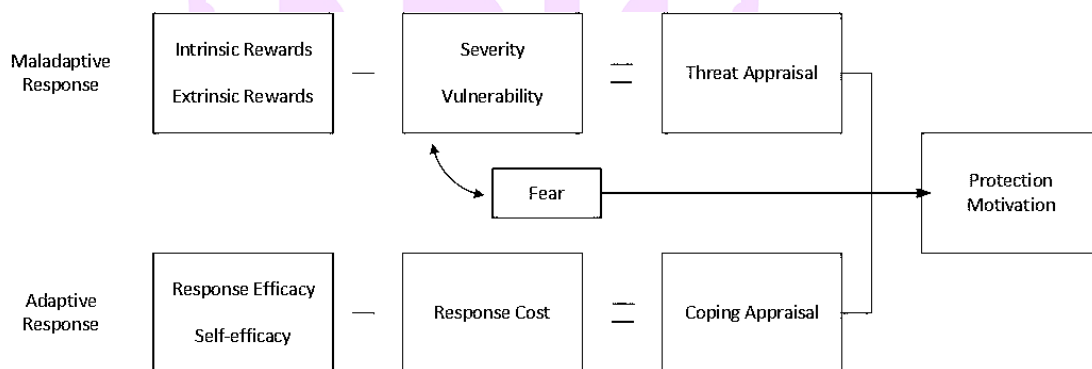
4.3 การพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) เพื่อกระตุ้นจูงใจให้บุคคลเกิดการยอมรับมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความกระตือรือร้น มีการตัดสินใจ และพยายามเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ เช่น การให้ข้อมูล การร่วมอภิปราย การฝึกปฏิบัติทักษะ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การร่วมวิเคราะห์ เป็นต้น แบบดรูว์ ได้กล่าวว่า การพูดชักจูงจากผู้อื่นเป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณา ความสามารถตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จถึงแม้ว่าเคยทำงานไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ

4.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล ดังนั้นจึงต้องจัดการกระตุ้นทางอารมณ์ให้แก่บุคคลอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เช่น การให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคความดันโลหิตสูง โดยกระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับที่พอเหมาะ ซึ่งถ้าเป็นการกระตุ้นที่รุนแรงจะทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและความพยายามที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ตลอดจนคงความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ตลอดไป



ภาพ 1 แสดง Protection Motivation Theory

ที่มา: Marikyan & Papagiannidis (2023)



ภาพ 2 แสดง Cognitive Mediating Process of Protection Motivation Theory

ที่มา: Marikyan & Papagiannidis (2023)

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้โดยเน้นด้านการสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัวผ่านสื่อเพื่อเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของบุคคล ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้สื่อปลูกเร้าว่าภาวะสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงบุคคลจะเกิดกระบวนการประเมินการรับรู้ถึงอันตราย และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค คือ การสื่อสารโดยให้บุคคลคิดคำนึงว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะคุกคามทางสุขภาพอย่างไร เพื่อให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

3. การรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโดยให้บุคคลคาดหวังว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะสามารถลดภาวะคุกคามลงได้ โดยมีการใช้ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้บุคคลฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง มีการช่วยเหลือให้กำลังใจ วิเคราะห์ แก้ปัญหาและให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการปฏิบัติตัวใช้ตัวแบบ โดยเห็นตัวอย่าง สังเกตการมีพฤติกรรมทั้งด้านบวกหรือด้านลบ การพูดชักจูงใจด้วยความกระตือรือร้น ให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ การกระตุ้นทางอารมณ์ ทั้งความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงให้บุคคลรับรู้ตามความเหมาะสม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) คือ ทฤษฎีสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ (Glanz rimer & Lewis, 2002 ; National Cancer Institute [NCT], 2003 as cited in Lori et al., 2013) Glanz Rimer และ Lewis ได้พัฒนาทฤษฎีสุขภาพขึ้นในปี 1950 เพื่ออธิบายความล้มเหลวของโครงการตรวจคัดกรองโรควัณโรคที่เกิดจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือกับโครงการ (Hochbaum, 1958 as cited in Lori et al., 2013) แนวคิดพื้นฐานเดิมของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกกำหนดโดยความเชื่อส่วนบุคคลหรือการรับรู้เกี่ยวกับโรค (Hochbaum, 1958 as cited in Lori et al., 2013) การรับรู้ส่วนบุคคลรวมทั้งปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลพฤติกรรมสุขภาพ (Lori et al., 2013)

องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Theoretical Constructs)

องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค (Perceived susceptibility) รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ต่อมา Becker and Maiman (1974) ได้ปรับปรุงโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจ โดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และ

เพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนาย พฤติกรรม (Predictability of health behavior) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (Lori et al., 2013)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อ หรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใดและ ถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยหมายถึง 1) ความเชื่อต่อความถูกต้องที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นโรคซ้ำอีกและ 2) ความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเอง ง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ ดังนั้นบุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและ รักษาสุขภาพ เบคเกอร์สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญ ของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ของบุคคล (Becker, 1977)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคล เป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบ ต่อบทบาททางสังคมของตนเองซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้ อาจมีความหมายแตกต่าง จากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (Becker, 1977) การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถ ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือโรคได้ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้ว ก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำต้องรับรู้ถึงประโยชน์ ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัติ นั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตาม คำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษา ของเจ้าหน้าที่เป็น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรม

อนามัยนั้นขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

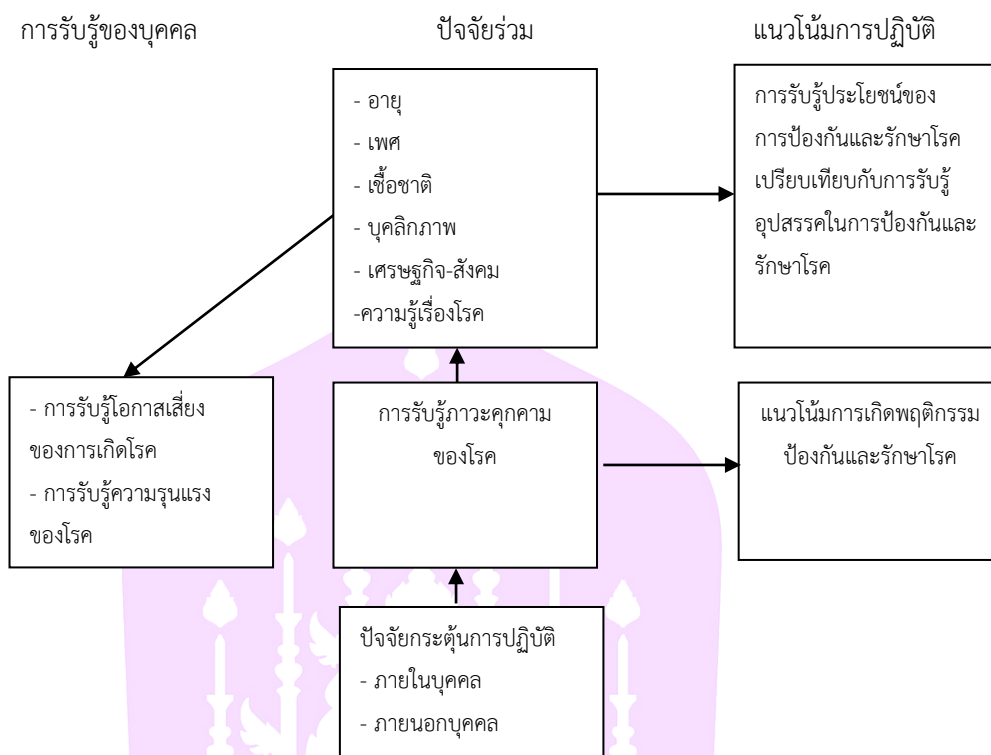
5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker & Maiman (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่ง 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ในปี 1988 ได้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความเชื่อของโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (Stretcher et al., 1988) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อในความสามารถของตัวเองที่จะทำบางสิ่งบางอย่าง (Bandura, 1997) คนทั่วไปไม่ได้พยายามที่จะทำอะไรใหม่ ๆ จนกว่าพวกเขาคิดว่าพวกเขาสามารถทำมันได้ ถ้ามีคนเชื่อว่าการทำางานใหม่จะเป็นประโยชน์(การรับรู้ผลประโยชน์) แต่ไม่ได้คิดว่าพวกเขา มีความสามารถในการทำมัน (การรับรู้อุปสรรค) มีโอกาสที่จะไม่พยายาม



ภาพ 3 แสดงองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ที่มา: Becker & Maiman (1974)

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาประยุกต์ใช้โดยผ่านการออกแบบกิจกรรมโปรแกรมฯ ให้มีความเหมาะสม ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมี 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ซึ่งทำให้มีความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือปัญหาสุขภาพนั้นมาน้อยเพียงใด 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นความเชื่อที่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเองและ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

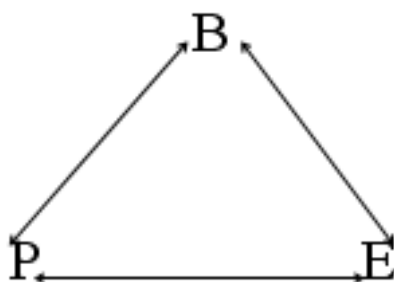
ส่วนที่ 4 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

นักจิตวิทยาทางสังคมได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมเป็นเวลานาน และขยายขอบเขตการศึกษากว้างมากขึ้นเนื้อหาแตกต่างกันไปบ้าง ศึกษาเกี่ยวกับปฏิกิริยาสร้างสรรค์ของคนที่สิ่งแวดล้อม อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura Albert) ผู้ได้ศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้ ซึ่งเป็นชาวอเมริกันเป็นศาสตราจารย์ทางสังคมศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดและนักจิตวิทยา ได้ศึกษาวิจัยพฤติกรรมมนุษย์ตามแนวทฤษฎีสกินเนอร์ (B.F. Skinner) โดยเฉพาะระยะแรกของการศึกษาเขามีสนใจศึกษาเฉพาะตัวแบบ (Modeling) ในปี 1974 และเขาได้รับเลือกเป็นประธานสมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกา (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ แนวความคิดของคำว่า “Self-Efficacy” คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนมาจากพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมนำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านการศึกษาจิตวิทยา สังคม และด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลด้านสุขภาพในการช่วยให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ได้รับความรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มทักษะความสามารถในการเรียนรู้และการปฏิบัติให้กับตัวเอง แบนดูรากล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้มนุษย์มีกระบวนการที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรม Bandura Albert, 1977 อ้างถึงใน กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) แบนดูรา ได้รายงานเรื่องความเชื่อของบุคคลในด้านความสามารถ ที่กระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยความสามารถของตนเอง ทฤษฎีของ Bandura's Self-Efficacy (Bandura, 1977) ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตัวเอง ดังนั้น Self-Efficacy จึงมีอิทธิพลจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะทางได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมมีความสำคัญจะเชื่อมโยงระหว่างเรื่องที่ทราบว่าจะทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจริง ๆ (Actually doing it)

1. แนวคิด ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ แบนดูราเชื่อว่าทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับด้านความสามารถของตัวเอง จากการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ต้องวิเคราะห์สิ่งเร้าของพฤติกรรมและเงื่อนไข โดยเน้นการเสริมแรง จากเงื่อนไขนั้น ๆ ให้คงอยู่เดิม แบนดูราเชื่อว่าการศึกษพฤติกรรมของคนปัจจุบันต้องลดความสำคัญการควบคุมภายในแต่ยังคงศึกษาเกี่ยวกับตัวควบคุมภายนอกจากตัวเสริมแรงต่าง ๆ การมีปฏิกิริยา สัมพันธ์ด้านพฤติกรรมจะอธิบายได้ถึงความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor = P)
- 1.2 เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B)
- 1.3 เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environment contion = E)



ภาพ 4 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพล
เชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน

ที่มา: Bandura, 1986

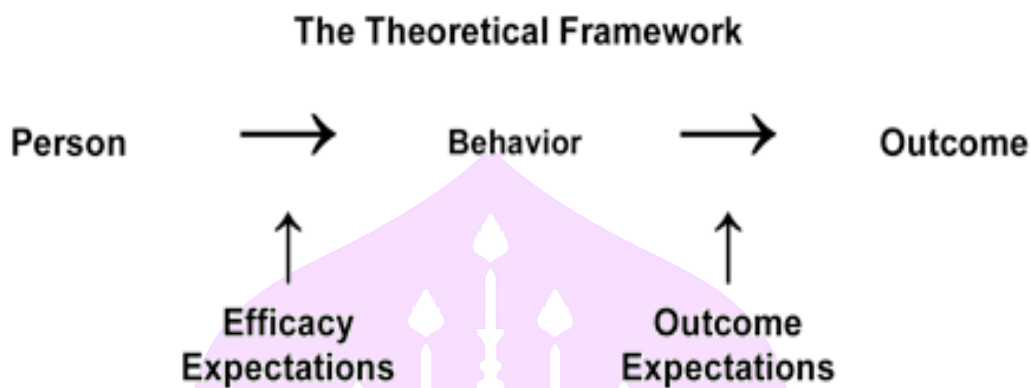
แนวคิดของแบนดูราจะมองสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน แบนดูราเชื่อเสมอว่ามนุษย์จะใช้เงื่อนไขตามสภาพของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมบุคคลมักมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเรื่องการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมแต่ละบุคคลจะเปลี่ยนไปหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่มาจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดด้านพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในแต่ละบุคคล เช่น อารมณ์ ความคิด ความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลจะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าที่มีผลส่งต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าจะเป็นตัวเสริมแรงที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดข้างต้น แบนดูราได้ทดสอบทฤษฎีและพัฒนาใหม่ขึ้นมา เรียกว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนหรือ Self-Efficacy Theory สมมุติฐานทฤษฎีนี้คือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองหรือสามารถคาดหวัง โดยทราบว่าจะทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามดังกล่าว

โครงสร้างทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ประกอบด้วย

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectations) แบนดูราได้ให้ความหมายว่าความคาดหวังในความสามารถเป็นความเชื่อของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ที่คาดว่าจะตนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่คาดหวังไว้ได้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่สำเร็จ

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) หมายถึง การที่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยจะประมาณค่าของพฤติกรรมเฉพาะด้านที่จะปฏิบัติโดยนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ โดยสรุปทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตัว (Self-Efficacy) มีหลักการจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีทักษะพร้อมที่จะปฏิบัติตัวตามความเหมาะสม และมีกำลังใจเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งที่สำคัญจะทำนาย หรือตัดสินใจว่ากลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย

จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่องตลอดไป



ภาพ 5 แสดงโครงสร้างทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ที่มา: Stretcher et al., 1986

การพัฒนาความคาดหวังในความสามารถ

ในการวิเคราะห์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แบนดูรา พบว่า คาดหวังในความสามารถของตนเองแต่ละบุคคลนั้น ซึ่งสามารถจะพัฒนาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 4 วิธี คือ

1. การปฏิบัติงานให้สำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishment) ซึ่งอยู่กับการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลจากประสบการณ์แต่ละบุคคล บุคคลที่รับผิดชอบงานที่ลำบากมักปฏิบัติด้วยความยากหรือได้รับความผิดหวังในการทำงานในอดีตบ่อย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดความกลัวจากการทำงานส่งผลให้มีความสามารถน้อยลง ความสำเร็จจากการทำงานอย่างเดียวไม่เพียงพอเพราะกว่าจะทำงานสำเร็จได้ต้องฝืนทำให้สำเร็จด้วยความยากลำบาก ความสำเร็จอย่างเดียวมักไม่เพียงพอที่ทำให้เกิดความสามารถด้วยตัวเอง นอกจากนั้นแต่ละคนมักจะมีความสำเร็จจากความสามารถของเขาถือว่าเป็นพื้นฐานหลักของความสามารถของตัวเอง การทำงานให้ประสบความสำเร็จนั้นใช้ประสบการณ์ตัวเอง ถือว่าเป็นความสำคัญหลักของ Efficacy Expectations การทำงานที่ประสบความสำเร็จจะช่วยพัฒนาความสามารถ ทักษะของแต่ละบุคคลมีความสนุกสนานพึงพอใจการเพิ่มความสามารถให้กับตัวเองเสมอ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ คือ บุคคลมีความสามารถทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ในสถานการณ์หนึ่งและไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ เช่น บุคคลที่สามารถว่ายน้ำระยะทาง 1 ไมล์ ในสระว่ายน้ำได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าสามารถว่ายน้ำ

1 ไมล์ ในขณะที่พายุแรงในทะเลได้ คนที่สามารถวิ่งมาราธอนในเมืองที่มีอากาศหนาวระยะ 42 ไมล์ได้ แต่เมื่อมารวิ่งในอากาศร้อนในเมืองไทยอาจทำไม่ได้

2. การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (Vicarious Experience) การเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นตัวอย่างที่มีรูปแบบมองเห็นสามารถสังเกตการณ์ หรือบุคคลที่ได้แสดงรูปแบบพฤติกรรมหรือมีการกระตุ้นใช้หลักเกณฑ์ที่แน่นอน กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นรูปแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดที่มาจากการเป็นตัวแบบซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญของการสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้นในตัวเด็กตามที่ต้องการ (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) การแสดงพฤติกรรมมีส่วนช่วยการกระตุ้นให้เห็น และเรียนรู้ตัวอย่างที่ดีหรือตัวอย่างที่ไม่ดีก็ได้ การสร้างรูปแบบและมีตัวแบบที่ดีเพื่อให้คนเอาอย่างเป็นการส่งเสริมเกิดความสามารถทางที่สร้างสรรค์ รูปแบบที่สำคัญต้องมีการทบทวน คือ การใช้ความพยายามเอาชนะความลำบาก และมีรูปแบบพฤติกรรมให้สังเกตเห็นเป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาดอยู่เสมอ นอกจากนั้นรูปแบบตัวอย่างพฤติกรรมที่ดีควรได้รับการชมเชยเพราะจะทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งดีกว่ารูปแบบที่ไม่มีการตอบสนอง ดังนั้นการให้สุศึกษาในโรงพยาบาลต้องมีการสาธิตรูปแบบที่ดีหรือตัวอย่างเพราะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเป็นสิ่งเร้าช่วยให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี

3. การสื่อสารชักจูงใจ (Verbal Persuasion) วิธีนี้นักสุศึกษาจะถนัดและใช้กันเป็นประจำเพราะสามารถใช้ได้ง่ายได้ทุกโอกาสและใช้ได้ตลอดเวลา การชักจูงเพื่อให้เกิดกำลังใจ และเป็นการพูดกระตุ้นให้บุคคลนั้นได้ใช้ความพยายามขึ้น การใช้ความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพการกำจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น คณะกรรมการในชุมชนสามารถชักจูงใจให้ชาวบ้านในชุมชนร่วมมือกันในการทำความสะอาด

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตัวเองได้ ควรเน้นสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีประโยชน์แก่สุขภาพเพื่อให้เกิดการรูกเร้าด้านอารมณ์ เมื่อมีความวิตกกังวลขึ้นในบางครั้งส่งผลให้เกิดความสามารถ หรือการปลุกเร้าด้านอารมณ์จะก่อให้เกิดการพัฒนาขึ้นทำให้บุคคลได้รับรู้ต่อสิ่งที่จะปฏิบัติ ระดับการกระตุ้นและความสม่ำเสมอเป็นตัวชี้ที่สำคัญลดหรือเพิ่มความสามารถของบุคคลนั้นได้

แบนดูรา กล่าวว่า ถ้าบุคคลนั้นถูกกระตุ้นหรือเร้ามากเกินไปอาจจะกลายเป็นการทำลายงานของบุคคลนั้นก็ได้ บุคคลที่ประสบความล้มเหลวมาจากความกดดันมากเกินไป แบนดูรากล่าวว่า การรับรู้ถึงความสามารถของตัวเองจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้นในแง่ต่าง ๆ รวมทั้งการรับพฤติกรรมใหม่ ๆ และการเลือกปฏิบัติของบุคคลที่จะพยายามทำและแก้ไขอุปสรรค

ตามแนวคิดของแบนดูรา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงได้แต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน องค์ประกอบทั้ง 3 อย่าง คือ

1. Magnitude หมายถึง ขนาดความยากง่ายหรือระดับของงานที่ต้องทำบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองลดลง หรือมีขีดความสามารถจำกัดการทำงานได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ ถ้ามอบหมายทำกิจกรรมที่เกินความสามารถก็จะล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานจะต้องพิจารณาไม่ให้เกินความสามารถ

2. Strength หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจความเป็นไปได้ด้านความสามารถของบุคคลนั้นที่จะปฏิบัติงานใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน คือ ประการที่หนึ่งการมอบหมายกิจกรรมที่จะให้ปฏิบัติซึ่งสะท้อนระดับความยากง่ายแต่ละกิจกรรม ประการที่สองการได้ซักถามถึงแนวทางและรูปแบบกิจกรรมเหล่านั้น และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเวลาที่กำหนด การประเมินค่าของ Strength จะมีค่าระดับความเชื่อมั่นในการประเมินค่าอยู่ในช่วง 1-10 หรือ 10-100

3. Generality ประสพการณ์บางอย่างจะช่วยให้เกิดความสามารถที่สามารถนำไปปฏิบัติงานอื่น ๆ ได้ในสภาพงานที่คล้าย ๆ กัน เช่น ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจกับการทดสอบความคงทนต่อสมรรถภาพทางร่างกายในการออกกำลังกายการดูแลภายใต้ของแพทย์ และความเชื่อของผู้ป่วยว่าสามารถทำได้เองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพ 6 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura, 1986

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) มาใช้โดยเน้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มทักษะความสามารถ ในการเรียนรู้ และการปฏิบัติให้กับตัวเอง ผ่านการออกแบบกิจกรรมโปรแกรมฯ ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความคาดหวังว่าตนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่คาดหวังไว้ได้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่สำเร็จว่าตนเองสามารถปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 สมานิบัติ SKT

1. ความเป็นมาของสมานิบัติ SKT

สมานิเป็นวิทยาศาสตร์จิตประสาทกายชั้นสูง เป็นเทคนิคการเยียวยาที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในศตวรรษนี้ว่า เป็นศาสตร์แห่งความเมตตา เอื้ออาทร ต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคลทุกชาติทุกภาษา ทุกวัฒนธรรม สมานิจึงเป็นศาสตร์แห่งการสร้างเสริมปัญญา ความอดทน ความคิดสร้างสรรค์ ความอิสระ การเยียวยาและเสริมสร้างการทำงานของเซลล์ บุคคลใดที่ปฏิบัติสมานิบุคคลนั้น เป็นผู้ที่ได้รับผลของการปฏิบัติสมานิเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติสมานิเป็นแนวคิดและปรัชญาของทุกศาสนา ที่นำแนวคิดลงมาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความสุของค์รวม ในทางวิทยาศาสตร์สมานิเป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกวิธีหนึ่ง ที่ได้รับการยอมรับจากนักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ทั่วโลก ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพ นักฟิสิกส์ นักเคมี นักชีววิทยา นักประสาทวิทยาศาสตร์และนักวิชาการกลุ่มอื่น เป็นวิทยาศาสตร์ทางเลือกที่พิสูจน์ได้ตามกลไกทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งปัจจุบันองค์กรและสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก ได้เร่งระดมสมองเพื่อทำการศึกษาค้นคว้า วิจัย หาคำตอบเรื่องสมานิและการเยียวยาองค์รวม ในศาสตร์ที่ชื่อว่าจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (Psychoneuroimmunology) (สมพร เตรียมชัยศรี, 2560)

สมานิ เป็นองค์ความรู้ที่มีวิวัฒนาการมาจากกฎธรรมชาติ (Natural Law) เป็นองค์ความรู้ที่เป็นอภิปรัชญา (Metaphysic) เป็นวิถีเป็นปรัชญาธรรมชาติในการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ เป็นวัฒนธรรมที่สิ่งมีชีวิต เพื่อใช้ในการพัฒนาตนเองแบบองค์รวม เพื่อการสร้างเสริมความสุขสงบในชีวิตที่แท้จริง ผู้ที่ได้ปฏิบัติลงมือปฏิบัติเมื่อใดจะได้รับผลทันทีและสามารถพิสูจน์ได้ด้วยกลไกและเครื่องมือตรวจวัดการทำงานของร่างกาย ในเชิงสรีรวิทยา (สมพร เตรียมชัยศรี, 2560)

การปฏิบัติสมานิเอสเคทีเพื่อการเยียวยา เป็นนวัตกรรมการปฏิบัติสมานิที่เน้นศาสตร์และศิลปะของการปฏิบัติตามแนวคิดวิทยาศาสตร์ โดยมีการพัฒนา ค้นคว้า ทดลองโดยการผสมผสานปรัชญาทางศาสนา แนวคิด ทฤษฎี องค์ความรู้ ด้านสุขภาพด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประสาทวิทยาศาสตร์ เพื่อพัฒนานวัตกรรมนำมาใช้ในการปฏิบัติให้เกิดความสุของค์รวม สำหรับบุคคลทุกเชื้อชาติและวัฒนธรรม ในอดีตมนุษย์ได้ปฏิบัติและพัฒนากลไกการปฏิบัติสมานิ ตามความเชื่อศรัทธาและองค์ความรู้ที่ได้ถ่ายทอดมาตั้งแต่เริ่มมีการกำเนิดมนุษย์ จนถึงปัจจุบัน ทำให้การปฏิบัติสมานิมีหลากหลายรูปแบบ มีความผันแปรตามยุคสมัยมีความแตกต่างกัน ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามจากการวิจัยสมานิเพื่อการเยียวยาเอสเคที โดยวิธีการค้นคว้า ผสมผสานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากผู้ป่วยที่บกพร่องด้านสุขภาพ ทำให้องค์ความรู้ด้านกลไกของการปฏิบัติสมานิเอสเคทีเพื่อการเยียวยา มีความชัดเจนและอนุมานได้ว่า

ไม่ว่าผู้ปฏิบัติสมาธิเอสเคที จะปฏิบัติสมาธิเอสเคที ณ ที่ใด สถานที่ใด วัยและเพศต่างกัน ศาสนา วัฒนธรรม และเชื้อชาติต่างกัน สิ่งแวดล้อมต่างกัน ถ้าใช้กลไกการปฏิบัติสมาธิเอสเคทีที่เหมาะสม ก็จะได้รับผลการเกิดสมาธิเพื่อการเยียวยา ไม่แตกต่างกัน ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีผู้มีความเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้ที่กำลังใกล้ตาย เหตุผลดังกล่าวมาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ว่า จำนวนเซลล์ที่มนุษย์ใช้ในการปฏิบัติสมาธิเอสเคทีและตัวรับสัญญาณกลทั่วไปและตัวรับสัญญาณกลแบบพิเศษ (Mechanoreceptors) ประสาทการรับรู้ที่ได้รับการฝึกจนเกิดทักษะ สามารถเป็นเส้นทางหรือมรรคา (Pathway) ในการสร้างสุขภาวะและความสมดุล องค์กรร่วมให้มนุษย์ไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะใด มีความแตกต่าง ในวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม การรับประทาน การนอน การสับเฝ้าพันธุ์ และการขับถ่าย ถ้าบุคคลนั้น มีการปฏิบัติสมาธิเอสเคทีได้พอดีพอเหมาะ พอควร บุคคลนั้น ๆ ก็จะได้รับผลดีในด้านการเยียวยา ตามความเหมาะสมของการปฏิบัตินั้น (สมพร เตรียมชัยศรี, 2560)

SKT คือ ตัวย่อที่มาจากชื่อของ รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี อาจารย์ประจำ ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นผู้พัฒนา เทคนิคนี้ขึ้นมา โดยอาจารย์ได้มีโอกาสศึกษาเรื่องสมาธิและระบบประสาทของมนุษย์ ในระหว่าง การศึกษาระดับปริญญาเอก จึงเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบ ประสาทมากขึ้น ประกอบกับเมื่อได้ทำงานวิจัยเรื่อง สมาธิเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงพบว่า แม้การทำสมาธิแบบสมถะ หายใจเข้าพุทหายใจออกโธ่นั้นสามารถช่วยให้คลายเครียดได้อย่างดี แต่หากเราสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัส ทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวด้วยก็จะทำให้การทำสมาธินั้น มีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงได้นำองค์ความรู้ ทั้งเรื่องสมาธิ โยคะ ชีกง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคการหายใจ และการควบคุมประสาท สัมผัสทางตาและหู ผสมผสานกัน จนพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัด แบบใหม่ขึ้น 7 เทคนิค หรือเรียกว่า SKT 1-7 ที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้มีสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตที่ดี

ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต”

เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ

1. ถ้าหากนั่งให้หงายฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า ท่านอนหงาย ให้วางแขนข้างลำตัว หงายฝ่ามือขึ้น หรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง

2. ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 กลั้นหายใจ นับ 1-3 ช้า ๆ (3 วินาที) แล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30-40 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ

3. ให้ปฏิบัติวันละ 3 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร 30 นาที “ลดความดันโลหิต ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน นอนไม่หลับ” ด้วยการปรับ ประสาทการรับรู้ ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 10 (Chemoreceptors และ Photoreceptors) ในช่วงการหายใจเข้าลึก และปรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาท Gustation และเส้นประสาท สมองคู่ ที่ 7, 9, 10

“ลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี”

ท่าที่ 2 (SKT 2) “ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

1. ยืนตรงในท่าที่สบาย สวมหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้ แยกเท้าห่างเท่ากับช่วงไหล่ ถ้าสวมรองเท้า ต้องเป็นรองเท้าแบน ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ

2. ค่อย ๆ ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือสองข้างประกบกัน ต้นแขนแนบศีรษะ

3. สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจ ออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ

4. ค่อยแยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียดในท่าหายใจฝ่ามือค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไป 1 จังหวะนับ 1 ลดระดับแขนที่ยืด เหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะ นับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงช้าๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดี คว่ำฝ่ามือชิดต้นขา ขยับมือและขา เท้า เล็กน้อยในท่ายืนตรง

5. ปฏิบัติวันละ 3 รอบ สำหรับผู้สูงอายุให้ฝึกในท่านั่งหรือท่านอนก็ได้

6. ถ้าฝึกในท่านั่ง ต้องนั่งเก้าอี้ครึ่งก้น เท้าต้องวางราบขนานกับพื้นหลังตรงแล้วค่อย ๆ ยกมือขึ้น ฝ่ามือประกบกัน และฝึกเช่นเดียวกับท่ายืน

7. ถ้าฝึกในท่านอน ต้นแขน 2 ข้างต้องแนบใบหู ฝ่ามือที่ประกบกันต้องไม่ปล่อยลดไปถึง ระดับพื้นหลังฝึกครบ 30 รอบ การลดระดับแขนลงต้องทำช้า ๆ ค่อยๆ ลดแขนลง ข้อศอกพับและ ค่อย ๆ ลดมือลงจนถึง ต้นขา นับ 1-30 จังหวะเช่นเดียวกันกับท่ายืนหรือท่านั่ง ช่วยลดความดันโลหิต และลดน้ำตาลในเลือดได้ดี ด้วยการควบคุมและปรับประสาทรับรู้เกี่ยวกับบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อเอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 และปรับ Baroreflex receptor ให้ไวขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ Isometric Exercise

“ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี และควบคุมการทำงานของ ไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ท่าที่ 3 (SKT 3) “นั่งยืด -เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

1. นั่งบนพื้นราบในท่าที่สบาย เหยียดขา เข้าตึง หลังตรง เท้าชิด คว่ำฝ่ามือ บนต้นขา ทั้ง 2 ข้าง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วค่อยเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้งหายใจแบบนี้ 3-5 ครั้ง

2. หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ โน้มตัวไปข้างหน้า ผลักฝ่ามือทั้งสอง ข้างไปด้านหน้า ค่อย ๆ ลูบจากเข่า หน้าแข้งไปถึงข้อเท้า ให้ปลายมือจรดข้อเท้าหรือนิ้วเท้า หยุดหายใจชั่วคราวนับ 1-3 ประมาณ 3 วินาที

3. ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ฝ่ามือลูบหน้าแข้ง เข่าพร้อมกับค่อย ๆ เอนตัวลงไปข้างหลัง เงยหน้าขึ้น หน้าท้องตึงให้ได้มากที่สุด นับเป็น 1 รอบ ทำซ้ำกัน 30 รอบ แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ นั่งตัวตรงตามปกติ

“ช่วยลดไขมันหน้าท้อง ไขมันในเลือด และอาการปวดเข้าปวดกล้ามเนื้อ ต้นคอ หลัง ต้นแขน อาการท้องอืด นอนไม่หลับ ลดความดันโลหิต และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี” ด้วยการควบคุมและปรับประสาทรับรู้สีกบริเวณไขสันหลัง การทำงานของเส้นประสาทสมอง คู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 และปรับ Baroreflex receptor ให้ไวขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ Isometric Exercise และปรับประสาทรับรู้ ที่กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น (Proprioceptors)

“ช่วยลดไขมันหน้าท้อง ลดพุงและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี”

ท่าที่ 4 (SKT 4) “ก้าวอย่างไทย เหยียวยากาย ประสานจิต”

1. ยืนตรงในท่าที่สบาย ลืมตา มือทั้งสองข้างยื่นไขว้หลังหรือด้านหน้า สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 5 รอบ

2. ยืนตัวตรง เท้าชิด สายตามองต่ำไปข้างหน้าประมาณ 2 ฟุต หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ยกเท้าขวาสูงจากพื้นเล็กน้อย กลั้นหายใจชั่วคราว ค่อย ๆ หายใจ ออกทางจมูกช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ก้าว เท้าขวาไปข้างหน้า จรดปลายเท้าแตะพื้น ตามด้วยส้นเท้าวางลงบนพื้นนับเป็น 1 รอบ เดินไปข้างหน้า 20 รอบ หยุดเดินรอบที่ 20

3. วางเท้าซ้ายชิดเท้าขวาในช่วงที่หายใจออก ยืนตรง ตามองพื้น หมุนขวาโดยหายใจเข้า วางปลายเท้าขวาลง หายใจเข้าพร้อมกับยกเท้าซ้ายลอยจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกพร้อมวางเท้าซ้าย ชิดเท้าขวา แล้วค่อย ๆ หมุนขวา โดยขยับเท้าให้เอียง 60 องศา และ 90 องศา ในท่ายืนตรง ทำซ้ำแบบเดิมโดยเดินไป -กลับ 2 เที้ยว ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

กลไกทางเทคนิคนี้ช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ และเหยียวยากายในผู้ที่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อ ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 ลดอาการ

ปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก เพิ่มภูมิต้านทาน ลดอาการหายใจลำบาก หลอดลมอุดกั้นด้วยการควบคุม และปรับการทำงานของประสาทส่วนกลาง ประสาทรับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น การทำงาน ของเส้นประสาทสมองทั้ง 12 คู่ และ Proprioceptors, Mechanoreceptors

“ช่วยเพิ่มภูมิต้านทาน กับโรคเรื้อรังทุกประเภท”

ท่าที่ 5 (SKT 5) “ยืดเหยียดอย่างไทย เหยียวยากาย ประสานจิต”

1. เริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบายเช่นท่าที่ 2 เข่าตึง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจ เข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ผีก ทั้งหมด 5 รอบ

2. สูดลมหายใจเข้า-ออกช้า ๆ 1 ครั้ง ค่อย ๆ โน้มศีรษะ ตัวและแขนลงไปพร้อม ๆ กัน ช้า ๆ นับเป็นจังหวะที่ 1 หายใจเข้า-ออก ครั้งที่ 2 ค่อย ๆ โน้มศีรษะ ตัวและแขนลงไปพร้อม ๆ กันช้า ๆ นับเป็นจังหวะที่ 2 หายใจเข้า-ออก ครั้งที่ 3 ค่อย ๆ โน้มศีรษะ ตัว และแขนลงไปพร้อม ๆ กันช้า ๆ ผีกหายใจ และโน้มตัวลงไปเรื่อย ๆ จนครบจังหวะที่ 30 ปลายนิ้วกลางจะจรดกับพื้นพอดี หายใจเข้า-ออก ปกติ 10 ครั้งในท่าก้ม ต่อจากนั้นหายใจเข้าและออกช้า ๆ 1 ครั้ง แล้วค่อย ๆ ยกตัวขึ้นเรื่อย ๆ ตามจังหวะการหายใจจนครบ 30 ครั้ง ศีรษะ แขน ต้นแขนแนบหู อยู่ในท่าตรง นับจังหวะเข่าตึง แขนตึง กลับมาอยู่ในท่าเดิม

3. สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นลมหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ผีกทั้งหมด 5 รอบ

4. ค่อย ๆ แยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียดในท่าหงายมือค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไป 1 จังหวะ นับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 เช่นเดียวกับท่าที่ 2

5. ปฏิบัติวันละ 1-2 รอบสำหรับผู้สูงอายุหรือ ผู้ที่ร่างกายไม่พร้อม ให้ผีกในท่านั่งก็ได้ ถ้าผีกในท่านั่งต้องนั่งเก้าอี้ครั้งกั้น ขาของเก้าอี้ต้องมั่นคง วางขาหลังของเก้าอี้ให้ชิดผนัง เพื่อป้องกันการลื่นขณะก้มและโน้มตัวลง เท้าต้องวางราบขนานกับพื้น ผีกเช่นเดียวกับทำยืน

เทคนิค: ต้องเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ นับเลขช้า ๆ จะได้ประโยชน์สูงสุด โดยค่อย ๆ เริ่มผีกจากวันละ 10-20-30-60-120-150 รอบ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน กลไกของเทคนิคนี้ จะช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ และเียวยายให้ผู้มีปัญหาระบบกล้ามเนื้อ ช่วยลด ความดันโลหิต ลดน้ำตาลในเลือด ลดอาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก เพิ่มภูมิต้านทาน ลดอาการ หายใจลำบาก หลอดลมอุดกั้นด้วยการ ควบคุมและปรับการทำงานของประสาทส่วนกลาง ประสาทรับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อ ต่อ เอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมอง ทั้ง 12 คู่ ร่วมกับการกดจุด และการออกกำลังกายแบบ Isometric exercise

“เทคนิค : ต้องเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ หายใจช้า ๆ จึงจะได้ประโยชน์สูงสุดโดยเริ่มจากวันละ 30 จังหวะ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในวันต่อ ๆ ไป ช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพได้ดี”

ท่าที่ 6 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิการเหี่ยวยาไทยจินตภาพ”

1. นอนบนพื้นเรียบ แขนสองข้างวางแนบลำตัว ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3-5 รอบ

2. แล้วให้ความรู้สึกจดจ่ออยู่ที่อวัยวะที่เราพูดถึง พร้อมกับท่องในใจว่า “ศิระะเราเริ่ม ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย 3 รอบ รอบที่ 4 และรอบที่ 5 ประโยคสุดท้ายให้ท่องว่าผ่อนคลายลง ไปเรื่อย ๆ” พร้อมกับกำหนดความรู้สึกจดจ่อไปที่อวัยวะที่เราพูดถึง เริ่มตั้งแต่ศิระะ หน้าผาก ขมับ หน้าตา แก้ม คาง ริมฝีปาก คอ ไหล่ ต้นแขน แขน มือ หน้าอก หลัง หน้าท้อง ต้นขา หัวเข่า น่อง เท้า และตัวเราทั้งตัว

3. เมื่อครบแล้วให้หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ กลั้นลมหายใจ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เหมือนตอนเริ่มต้นอีก 3 ครั้ง

“เทคนิคนี้เหมาะสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อัมพาต และผู้ที่มีปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต”

ท่าที่ 7 (SKT 7) “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก”

1. ยืนตัวตรง แยกเท้าทั้งสองข้างพอประมาณ ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 5 รอบ

2. ค่อย ๆ ยกมือ แขน ข้อศอกทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว โดยหันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือ เข้าหากันช้า ๆ นับ 1-3 และขยับฝ่ามือออกช้า ๆ นับ 1-3 ทำทั้งหมด 30-40 รอบ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม

3. หายใจเข้าลึก ๆ นับ 1-5 ค่อย ๆ ยกมือขึ้นเหนือศีรษะคล้าย ๆ กับกำลังประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ แล้วค่อย ๆ ยกมือลงในท่าประคองแจกันเช่นกัน นับเป็น 1 รอบ ทำทั้งหมด 30-40 รอบ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม ลดอาการท้องผูก นอนไม่หลับ อาการปวดเรื้อรัง/เฉียบพลัน และภูมิแพ้ หิด ไทรอยด์เป็นพิษ โคเลสเตอรอลสูง นอนไม่หลับ ท้องผูก ด้วยการปรับการทำงานของเส้นประสาทสมอง 12 คู่ การรับรู้ของ Proprioceptors, hemoreceptors, Photoreceptors, Mechanoreceptors

“ลดอาการท้องผูก นอนไม่หลับ อาการปวดเรื้อรัง/เฉียบพลัน และภูมิแพ้”

ท่าที่ 8 (SKT 8) “เทคนิคสมาธิในผู้ป่วยหนัก ไม่รู้ตัว ไม่เกรน ออทิสติก”

เป็นเทคนิคที่ผู้เฝ้ายาปฏิบัติให้กับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายราบกับที่นอน แขนอยู่ข้างลำตัว ผู้เฝ้ายาปฏิบัติดังนี้

1. กำปั้นหลวม ๆ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างมาชิดกัน วางไว้ตรงกลางระหว่างคิ้วของผู้ป่วยค่อย ๆ ลากนิ้วชี้เบา ๆ ตั้งแต่คิ้วลงไปถึงไผ่ผมหงอก ทำทั้งนิ้วชี้ขวาและซ้ายสลับกันทำ 40 ครั้ง
2. กำปั้นหลวม ๆ นิ้วโป้งมาแตะกัน วางไว้ตรงกลางเหนือคิ้วผู้ป่วยค่อย ๆ ลากออกไปที่ขมับทั้งสองข้างเบา ๆ ทำ 40 ครั้ง
3. แบบมือ ใช้นิ้วกลางทั้งสองข้างแตะที่หางคิ้ว บริเวณขมับ แล้วลากเบา ๆ เข้าหาตัวเรา ทำ 40 รอบ
4. กำมือหลวม ๆ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างไปแตะที่ไผ่ผมหงอกข้างหูข้างขวา แล้วค่อย ๆ ใช้นิ้วลูบไล่ระดับตามไผ่ผมหงอกข้างขวามาข้างซ้าย ทำ 40 ครั้ง
5. กำมือหลวม ๆ ใช้นิ้วโป้งสองข้างแตะที่ไผ่ผมหงอกตรงกลางหน้าผาก ค่อย ๆ ลากนิ้วโป้งลงมาที่กลางกระหม่อม โดยไม่จำเป็นต้องให้สัมผัสหนังศีรษะ ให้สัมผัสแค่เส้นผม ทำ 40 ครั้ง
6. ใช้นิ้ว 10 นิ้ว แตะเส้นผมเบา ๆ (คล้ายกับการสระผม แต่แตะเบา ๆ ไม่โดนหนังศีรษะ) แตะที่เส้นผมเบา ๆ ทำ 40 ครั้ง
7. ใช้นิ้วมือทั้งสองข้างซ้อนผมตั้งแต่ข้างใบหู แล้วกำมือกระตุกผมเบา ๆ ทั้งสองมือพร้อมกัน 3 ครั้ง แล้วไล่มือนิ้วจิ้มผมขึ้น-ลง เรื่อย ๆ จนครบ 40 ครั้ง

2. ประโยชน์ของสมาธิบำบัด SKT ทั้ง 8 ท่า

ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” ช่วยลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน นอนไม่หลับ ด้วยการปรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 10 เคโมรีเซพเตอร์ (Chemoreceptors) ตัวรับสารเคมี และโฟโตรีเซพเตอร์ (Photoreceptors) ตัวรับแสง ในช่วงหายใจเข้าลึกและรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาท กัสเทชัน (Gustation) การรับรู้รสและเส้นประสาทสมอง คู่ที่ 7, 9, 10

ท่าที่ 2 (SKT 2) “ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” ช่วยลดความดันโลหิตและลดน้ำตาลในเลือดได้ดี ด้วยการควบคุมและปรับประสาทรับรู้สื่อบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อข้อต่อ เอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10 และปรับบาโรรีเฟล็กส์ รีเซพเตอร์ (Baroreflex Receptor) ตัวรับเปลี่ยนแปลงความดันให้ไวขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เอ็กเซอร์ไซส์ (Isometric Exercise) การออกกำลังกายอยู่กับที่

ท่าที่ 3 (SKT 3) “นั่งยืด-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” ช่วยลดไขมันหน้าท้อง ไขมันในเลือดและอาการปวดเข่า ปวดกล้ามเนื้อต้นคอ หลัง ต้นแขน อาการท้องอืด นอนไม่หลับ ลดความดันโลหิตและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี ด้วยการควบคุมและปรับประสาทรับรู้สื่อบริเวณโรรีเฟล็กส์ รีเซพเตอร์ (Baroreflex Receptor) ตอบรับเปลี่ยนแปลง

ความดันให้ไวขึ้นร่วมกับการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เอ็กเซอร์ไซส์ (Isometric Exercise) การออกกำลังกายอยู่กับที่และปรับประสาทรับรู้ที่กล้ามเนื้อ ข้อต่อเอ็นโพรปริโอเซพเตอร์ (Proprioceptors) ปลายประสาทรับรู้

ท่าที่ 4 (SKT 4) “ก้าวอย่างไทย เหยียวยากาย ประสานจิต” กลไกของเทคนิคนี้จะช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพและเหยียวยาในผู้ที่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 ลดอาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก เพิ่มภูมิคุ้มกัน ลดอาการหายใจลำบาก หลอดลมอุดกั้นด้วยการควบคุม และปรับการทำงานของประสาทส่วนกลาง ประสาทรับรู้ความรู้สึกบริเวณ ไช้สันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมองทั้ง 12 คู่ โพรปริโอเซพเตอร์ เมคาโนรีเซพเตอร์ (Proprioceptors Mechanoreceptors) ปลายประสาทรับรู้ ปลายประสาทรับแรงกล

ท่าที่ 5 (SKT 5) “ยืดเหยียดอย่างไทย เหยียวยากาย ประสานจิต” เทคนิคนี้ต้องเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ นับเลขช้า ๆ หายใจช้า ๆ จะได้ประโยชน์สูงสุด โดยค่อย ๆ เริ่มฝึกจากวันละ 10-20-30-60-120-150 รอบ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน กลไกของเทคนิคนี้จะช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ และเหยียวยาในผู้ที่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อ ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในเลือด ลดอาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก เพิ่มภูมิคุ้มกัน ลดอาการหายใจลำบาก หลอดลมอุดกั้นด้วยการควบคุมและปรับการทำงานของประสาทส่วนกลาง ประสาทรับรู้ความรู้สึกบริเวณไช้สันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมองทั้ง 12 คู่ ร่วมกับการกดจุด และการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เอ็กเซอร์ไซส์ (Isometric Exercise)

ท่าที่ 6 (SKT 6) “เทคนิคการฝึกสมาธิการเหยียวยาไทยจินตภาพ” เทคนิคนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี อัมพาตและผู้ที่มีปัญหาระบบไหลเวียนโลหิต

ท่าที่ 7 (SKT 7) “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง” ช่วยลดอาการท้องผูก นอนไม่หลับ อาการปวดเรื้อรังหรือเฉียบพลันและภูมิแพ้ หิด ไทรอยด์เป็นพิษ โคเลสเตอรอลสูงด้วยการปรับการทำงานของเส้นประสาทสมองทั้ง 12 คู่ การรับรู้ของโพรปริโอเซพเตอร์ เคโมรีเซพเตอร์ โฟโตรีเซพเตอร์ เมคาโนรีเซพเตอร์ (Proprioceptors Chemoreceptors Photoreceptors, Mechanoreceptors) ปลายประสาทรับรู้ ตัวรับสารเคมี ตัวรับแสง ปลายประสาทรับแรงกล

ท่าที่ 8 (SKT 8) “เทคนิคสมาธิในผู้ป่วยหนัก ไม่รู้ตัว ไม่เกรน ออทิสติก” ช่วยให้ผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรังหรือปวดไมเกรน จะมีการตอบสนองต่อเทคนิคนี้ ป้องกันในคนที่เสี่ยงต่อภาวะฉุกละหุน เช่น เส้นโลหิตในสมองแตก ในเด็กออทิสติก เด็กจะนอนหลับได้ดี ลดอาการก้าวร้าว มีการพัฒนาการเรียนรู้ได้ดีขึ้น เป็นเทคนิคที่ผู้เหยียวยาปฏิบัติให้กับผู้ป่วย โดยให้ผู้ปวยนอนหงายราบกับพื้นนอนแขนอยู่ข้างลำตัว

ในการศึกษาวิจัยนี้จะใช้ 2 ท่า ประกอบไปด้วย ท่าที่ 1 (SKT 1) และท่าที่ 2 (SKT 2) ซึ่งมีผลเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 5, 7, 9, 10, 11, 12 และพัสัญญาณคู่ 2, 3, 4, 6, 8 เปลี่ยนอาร์ทีเรียเพรสเชอร์ (Arterial Pressure) ความดันซิสโตลิกของเลือดแดง กระตุ้นบาโรรีเฟล็กส์ รีเซพเตอร์ (Baroreflex Receptor) ตัวรับเปลี่ยนแปลงความดันให้เร็วขึ้นและเน้นการออกกำลังแบบไม่ใช้ออกซิเจน

3. กลไกการปฏิบัติสมาธิ

3.1 การปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาทและสมอง (Meditation and Nervous System)

การมีสติคอนเชียเนส (Consciousness) เป็นการทำงานของระบบประสาทขั้นสูง และเป็นพื้นฐานของการรับรู้เพอเซพชัน (Perception) และความจำเมมโมรี (Memory) บริเวณของสมองที่เป็นแหล่งของการมีสติตั้งอยู่เป็นบริเวณที่เป็นเครือข่ายของเส้นใยประสาทที่ทำงานประสานกันตั้งแต่บริเวณก้านสมองเบรน สเต็ม (Brain Stem) บริเวณสมองส่วนกลางเซนทรัล เนอร์ฟเวส ซิสเท็ม (Central Nervous system) ไปจนถึงส่วนทาลามัส (Thalamus) เรียกว่า Reticular Formation ซึ่งบริเวณของสมองส่วนนี้จะทำหน้าที่หลาย ๆ อย่าง เช่น การรู้สึกตัวหรือการตื่นตัว เวคฟูลเนสหรืออะโรซาล (Wakefulness or Arousal) ความตั้งใจ (Attention) จากการศึกษาวิจัยในผู้ที่ปฏิบัติสมาธิจนจิตใจสงบ เยือกเย็นไมนด์ฟูลเนส (Mindfulness) จะพบว่าสมองมีการทำงานดีขึ้น โดยแปลผลจากการวัดคลื่นสมองอิเล็กโทรเอนเซฟาโลแกรม (Electroencephalogram: EEG) ในผู้ปฏิบัติสมาธิพบว่าเป็นคลื่นสมองขนาดใหญ่ 10–150 mv (มิลลิโวลต์) เรียกคลื่นสมองชนิดนี้ว่า คลื่นแอลฟา แอลฟาเวฟ (Alpha Wave) มีความถี่คลื่น 8-13 Hz ส่วน ผู้ที่ปฏิบัติสมาธิในระดับ ผ่อนคลาย จะมีคลื่นสมองแบบเบต้าเบต้าเวฟ (Beta wave) มีความถี่คลื่นที่ระดับ 14-30 Hz อย่างไรก็ตามการปฏิบัติสมาธิแบบอื่น ๆ เช่น การปฏิบัติสมาธิแบบทรานสเซนเดนทอลเมดิเทชันที่เอ็ม (Transcendental Meditation: TM) ซึ่งเป็นการปฏิบัติสมาธิแนวตะวันตก พบว่า มีผลทำให้การไหลเวียนในหลอดเลือดในสมองเพิ่มขึ้น และลดแรงต้านของหลอดเลือดที่บริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal Cortex) ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับความคิดอ่านเรคคิโนชัน (Recognition) การรับรู้เพอเซพชัน (Perception) และสมองส่วนท้ายทอย ค็อกซิพิทอล คลอเท็กซ์ (Occipital Cortex) ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและสายตา นอกจากนั้นกลไกของการปฏิบัติสมาธิยังมีส่วนต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ อัตโนโนมิก เนป ซิสเท็ม (Autonomic Nervous System) โดยเฉพาะการปฏิบัติสมาธิที่ใช้เทคนิคการหายใจเป็นพื้นฐานบริธธิง เมดิเทชัน (Breathing Meditation) โดยในช่วงการหายใจเข้าและช่วงการหายใจออก จะทำให้เกิดความสมดุล ในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (สมพร เจริญชัยศรี, 2560)

การปฏิบัติสมาธิ จนกระทั่งเข้าสู่สภาวะสมาธิ ระยะที่ 4 ของการรู้สึกตัว ดิฟอร์ธ สเตทออฟ คอนเชียนส (The Fourth State of Consciousness) เป็นภาวะของการรู้สึกตัวที่สูงสุด ในการทำงานของสมองมนุษย์ คือการรู้ตัวเมื่ออยู่ในสภาวะที่มีความว่าง ธอสลิส อะแวร์นิส (Thoughtless Awareness) ภาวะนี้จะต้องอาศัยการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งของสมอง ซึ่งมีกลไก ซับซ้อนยุ่งยากทั้งด้านโครงสร้างของสมองเอง เซลล์สมอง เซลล์คำจุน เซพอร์ทดิง เซลล์ (Supporting Cells) ในสมองการเชื่อมต่อการสื่อสารของเซลล์สมอง และ สารสื่อประสาทหลาย ๆ ชนิด รวมทั้งวิธีการ กระตุ้นในรูปแบบต่าง ๆ

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งของการปฏิบัติสมาธิ คือ การปฏิบัติสมาธิมีผล ต่อการเปลี่ยนแปลงของการหลั่งสารสื่อประสาทในสมองนิวโรทรานสมิตเตอร์ (Neurotransmitters) จากผลการวิจัยเมื่อ 33 ปีที่ผ่านมา พบว่า การปฏิบัติสมาธิทำให้ระดับของสารสื่อประสาท 5-HIAA ไฟไฮโดรอกซี อิน โดล อะซิติก อะซิด (Five-Hydroxy Indole Acetic Acid) ซึ่งเป็น Serotonin Metabolite ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทช่วยในการนอนหลับดีขึ้นลดความซึมเศร้าในทางตรงกันข้าม ทำให้สารสื่อประสาท VMA หรือวานิลลิแมนดิลิกอะซิด (Vamillylmandelic Acid) แคทีคอลเอมีน เมตาโบไลต์ (Catecholamine Metabolites) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดการตื่นตัวลดลง ซึ่งสารสื่อประสาท แคทีโคลามีนส์ (Catecholamines) นี้มีความสัมพันธ์กับความเครียดของคนทั่วไป การที่ปริมาณของสารสื่อประสาทแคทีโคลามีนส์ แกลแวนนิค สกิน รีซิสเทนซ (Galvanic Skin Resistance) มีความสัมพันธ์กับความเครียดของคนทั่วไป การที่ปริมาณของสารสื่อประสาทชนิดนี้ ลดลง อาจจะมีผลทำให้ความเครียดของคนปกติลดลง อย่างไรก็ตามการทดลองของคูเปอร์และคณะ ยังมีข้อโต้แย้งว่าระยะเวลาของการปฏิบัติสมาธิช่วงสั้น ๆ ภายในเวลา 40 นาที อาจจะทำให้ระดับ แคทีโคลามีนสูงขึ้นในผู้ที่เริ่มปฏิบัติ ส่วนผู้ที่ปฏิบัติสมาธิมาเป็นเวลานาน ตั้งแต่ 5-25 ปี พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนแปลงของแคทีโคลามีนน้อยมากต่อการทำงานของระบบประสาท อัตโนมัตติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจความต้านทานไฟฟ้าที่ผิวหนัง แกลแวนนิค สกิน รีซิสเทนซ (Galvanic Skin Resistance) ทำนองเดียวกันในการศึกษาผู้ที่มีการปฏิบัติสมาธิแบบอื่น เช่น ราชาโยคะบราห์มาคุมารี ราชาโยคะ (Brahmakumaris Raja Yoga) ของอินเดียเป็นเวลานาน ๆ ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัตติมี 2 รูปแบบ คือ ทั้งการกระตุ้นและการผ่อนคลาย และมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจในช่วงปฏิบัติ แต่หลังจากปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ในผู้ปฏิบัติสมาธิแบบที่เอี่ยม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองชนิดแอลฟาสูงขึ้น การทำงานของหัวใจลดลง ผลของการปฏิบัติสมาธิแบบใช้ต้นเถียนหรือตันตริกโยคะ ตันตริกโยคะ (Trantic Yoga) ในผู้ที่ปฏิบัติสมาธิ จนมีความชำนาญ พบว่า มีการทำงานของประสาทอัตโนมัตติเพิ่มขึ้นในช่วงปฏิบัติสมาธิ คลื่นสมอง

แอลฟาและธีตา เพิ่มขึ้นมีคลื่นสมองที่บอกว่ามีการหลับเล็กน้อย นอกจากนั้นพบว่ามีการตอบสนองต่อการกระตุ้นจากภายนอกต่ำ ส่วนผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ปฏิบัติสมาธิมาก่อน ถ้าให้ปฏิบัติสมาธิ พบว่าประสาทอัตโนมัติมีการผ่อนคลายผลของสมาธิต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง ส่วนใหญ่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบประสาทอัตโนมัติ ผู้ปฏิบัติสมาธิจะรู้สึกผ่อนคลาย โดยมีคลื่นสมองแบบแอลฟาเพิ่มขึ้น อัตราการทำงานของหัวใจลดลง มีปริมาณของสารสื่อประสาท 5-HIAA ไฟว ไฮดรอกซี อินโดลอะซิติก อะซิติก (Five hydroxyl Indole Acetic Acid) เพิ่มขึ้น ช่วยในการนอนหลับได้ดีขึ้น นอกจากนั้นผลของการปฏิบัติสมาธิหลากหลายรูปแบบจะมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมองไม่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเวลาของการปฏิบัติและความชำนาญ (สมพร เจริญชัยศรี, 2560)

3.2 การปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดของโลหิต

ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีผลการวิจัยที่เป็นประเด็นที่สำคัญในด้านรูปแบบของการปฏิบัติ ระยะเวลาของการปฏิบัติ และผลของการปฏิบัติในคนปกติ เช่น การปฏิบัติสมาธิแบบทีเอ็ม ช่วยป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในคนปกติ ทำให้ความดันโลหิตตัวล่างหรือไดแอสโตลิก ลดลงในช่วงการฝึกในระยะ 4 เดือน นอกจากนั้นยังนำมาใช้ด้านการรักษาผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุระดับก้ำกึ่งบอร์ดเดอร์ไลน์ ไฮเปอร์เทนชัน (Borderline Hypertension) โดยให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิทีเอ็ม วันละ 2 ครั้ง ที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (Systolic & Diastolic) ลดลงในช่วงที่ทำการฝึกส่วนความดันไดแอสโตลิกลดลงเรื่อย ๆ ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ แต่ความดันโลหิตซิสโตลิกยังคงอยู่ในระดับเท่าเดิมไม่มีการลดลงอีกส่วนความดันโลหิตที่ลดลงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติก ลดลงมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง

ในด้านการรักษา การปฏิบัติสมาธิสม่ำเสมอใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในระยะเวลา 8 เดือน โดยลดการกระตุ้นการทำงานของร่างกาย ได้แก่ การลดอัตราการเต้นของหัวใจ แรงต้านไฟฟ้าที่ผิวหนัง อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ทั้งซิสโตลิก ความดันโลหิต ไดแอสโตลิกและความรู้สึกตื่นตัวจากคำบอกเล่าในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านจิตใจ ร่างกาย การผ่อนคลาย

การปฏิบัติสมาธิช่วยลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติสมาธิในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง ถ้าปฏิบัตินานถึง 4 ปี ทำให้ความดันโลหิตลดลง ระดับโคเลสเตอรอลและการสูบบุหรี่ลดลง ภายในระยะเวลา 2-8 เดือน

ดังนั้น ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อสภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดในคนปกติและผู้ที่มีปัญหา สามารถสรุปได้ว่า การปฏิบัติสมาธิได้รับการยอมรับและประยุกต์ใช้

ในการควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ต้องใช้ยา การปฏิบัติสมาธิสามารถนำไปใช้เป็นกลยุทธ์ทั้งการป้องกันการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพได้ในเวลาเดียวกัน นอกจากนั้นการปฏิบัติสมาธิในระยะเวลายาวนาน ๆ ไม่มีผลในการลดการทำงานของประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติก (สมพร เจริญชัยศรี, 2560)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาออกแบบกิจกรรมโปรแกรมฯ รวมทั้งศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

งานวิจัยในประเทศ

ปิยรัตน์ ชลสินธุ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตต่อความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปริมาณโซเดียมที่ได้รับ และระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมควบคุมความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ($p < 0.01$) และมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมถึงมีปริมาณโซเดียมที่ได้รับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พิเชษฐ์ หอสูติสิมา (2562) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ตำบลจระเข้หิน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560 โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค รวมทั้งศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ในการศึกษา โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 70 คน แยกเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงใช้ระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถในการตอบสนอง และพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ธีรพิชชา โกสม (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเค็มต่อระดับความดันโลหิต โซเดียมและความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลง 14.53 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลง 6.93 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยเกลือโซเดียมในอาหารลดลง 0.57 กรัม ค่าเฉลี่ยเกลือโซเดียมในปัสสาวะลดลง 2.88 ค่าเฉลี่ยความเครียดลดลง 4.86 เมื่อเทียบกับก่อนทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเค็มมีประสิทธิภาพสามารถลดความดันโลหิต ความเครียดได้

วรารณ คัมภีร์ และสมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดระดับความดันโลหิตในพระสงฆ์ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) 8 สัปดาห์ ประเมินผลหลังดำเนินโปรแกรม พระสงฆ์มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.008$) และพระสงฆ์มีระดับความดันโลหิต Systolic เฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รวมถึงพระสงฆ์มีระดับความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT)

วิไลวรรณ ภูศรีเทศ (2564) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) และ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) เพื่อเปรียบเทียบความรู้การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35-59 ปี ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นสูง ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น

พนิตนันท์ พรหมดำ และนิตยา สุขชัยสงค์ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทาน

ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกรุงเทพมหานคร โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคมและระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองโปรแกรมรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน หลังและติดตามผลการทดลอง โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) 2 กลุ่มวัดก่อน-หลังและติดตามผลการทดลอง กลุ่มละ 22 คน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความสามารถตนเองการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์พฤติกรรมรับประทานยาและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญลี (2565) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ (2566) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ในการคัดกรอง โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

มิตรธิดา แจ่มใส และธิดิรัตน์ ราศิริ (2566) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่มารับบริการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .05$ สรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี ถือเป็นโปรแกรมที่ความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อันทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการผู้ป่วย

วีรวุฒิ ทางธรรม และคณะ (2566) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคกับที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรค ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สุภาณี โสทัน (2566) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลพาคา จังหวัดอุดรธานี ได้นำการทำสมาธิ SKT มาออกแบบกิจกรรมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลองลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ระดับมากที่สุด ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและประชาชนทั่วไปสามารถนำสมาธิบำบัดไปประยุกต์ใช้ที่บ้านได้

นันทยา นนเลาพล (2567) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพสสวรรค์ ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน เปรียบเทียบก่อนและหลัง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยต่างประเทศ

Chunhua (2018) ได้ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในคนหนุ่มสาวและวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูงโดยอาศัยแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ คัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจำนวน 382 คน จากโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรู้สึกล่อนไหว ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 47.0 ของความแปรปรวนทั้งหมด

Felicia, et al. (2021) ได้ศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนและการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงอาหาร

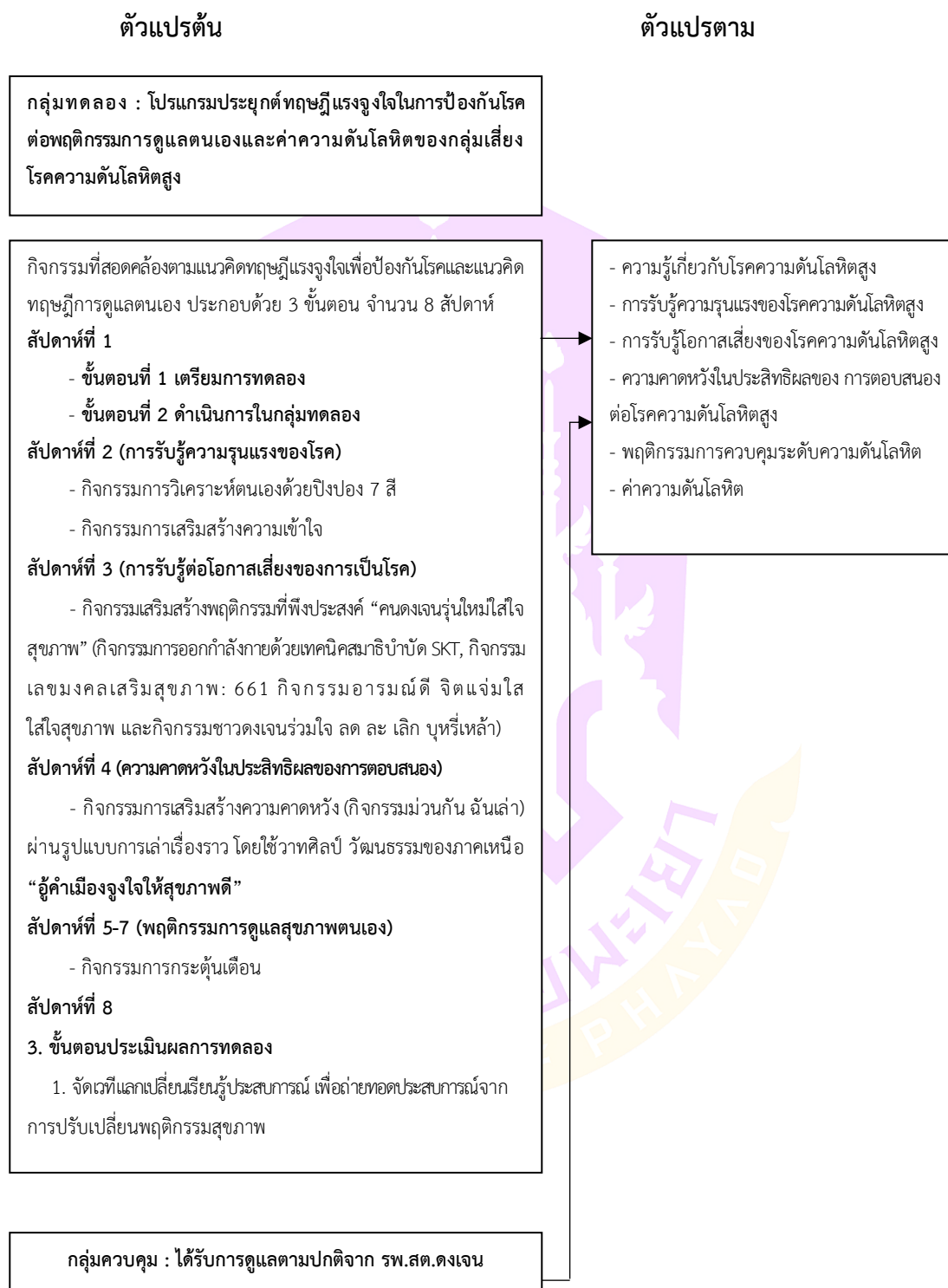
Saeid, et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมตามทฤษฎีแรงจูงใจเชิงป้องกันต่อการปรับปรุงพฤติกรรมโภชนาการและกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของทหารเกณฑ์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ระหว่างคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบทั้งหมดของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนเฉลี่ยของโครงสร้างทั้งหมดของทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันก่อนและหลังการทดลองทางการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความกลัว ประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความรุนแรงและ โครงสร้างความรู้ในการรับรู้ก่อนและหลังการทดลองทางการศึกษา ฮีโมโกลบิน Glycated (Hb-A1c) และน้ำหนักของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการทดลอง นอกจากนี้ยังเพิ่ม ความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

Eslamimehr, et al. (2024) ได้ศึกษา เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: แบบจำลองบูรณาการของทฤษฎี “พฤติกรรมตามแผน” และ “แรงจูงใจในการป้องกัน” กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 344 ราย จากเขตคามิร์ ในจังหวัดฮอรัโมซกัน ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษา พบว่า แบบจำลอง การถดถอยเชิงเส้น แสดงให้เห็นว่าความเชื่อเชิงพฤติกรรม ($\beta = 0.366, P < 0.001$) การรับรู้ ($\beta = -0.248, P < 0.001$) ความเชื่อในการควบคุม ($\beta = 0.133, P = 0.013$) และความเชื่อเชิงบรรทัดฐาน ($\beta = 0.143, P = 0.025$) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และปรับปรุงการยอมรับทางสังคมต่อพฤติกรรมและการพัฒนาพฤติกรรมในสังคม และปรับปรุง ความเชื่อในการควบคุมของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคถูกนำมาประยุกต์ใช้กับงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับแนวคิดและทฤษฎี อื่น ๆ ที่เอื้อต่อการออกแบบให้เหมาะสม ภายใต้รูปแบบการจัดกิจกรรม แบบบูรณาการ อย่างหลากหลายตามบริบทพื้นที่ให้ สอดคล้องกับวัฒนธรรม และวิถีชีวิตในท้องถิ่น ซึ่งส่งผลทำให้วิจัย มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1975, 1983) เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Janz & Becker, 1984) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1997) ซึ่งสอดคล้องตามองค์ประกอบของการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง ของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถสนับสนุนซึ่งกันและกัน นำมาออกแบบ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตชุมชน เพื่อลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง รายใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 7 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

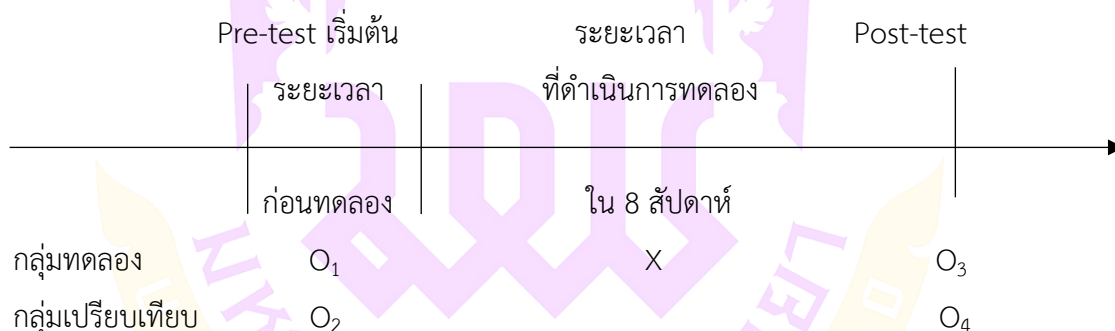
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา มีกระบวนการการวิจัย ดังนี้

รูปแบบงานวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อน-หลังการทดลอง (Quasi-experimental study pretest and posttest design with non-equivalent group) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน-หลัง จำนวน 8 สัปดาห์ ได้แก่ ก่อนการทดลอง และหลังการดำเนินกิจกรรม มีรูปแบบดังนี้



ภาพ 8 แสดงแบบแผนการทดลองการวิจัย

- O₁ O₂ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ การวัดระดับค่าความดันโลหิต และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
- O₃ O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ได้แก่ การวัดระดับค่าความดันโลหิต และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

X หมายถึง การเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับทฤษฎี
ที่ศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)
จำแนกตามองค์ประกอบของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived
severity) ประกอบไปด้วยกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองด้วยปิงปอง 7 สี (วิชัย เทียนถาวร, 2556)
และการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริง ตามคำแนะนำ
อย่างเหมาะสม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) ประกอบไปด้วย
กิจกรรมรู้เท่าทันเข้าถึงสื่อ ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบ
ไปด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ “คนดงเจนรุ่นใหม่ ใส่ใจสุขภาพ” (กิจกรรม
การออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT (Somporn Kantharadus-sadee Triamchaisri)
(สมพร เตรีมชัยศรี, 2560) กิจกรรมเลขนวงกลมเสริมสุขภาพ: 661 (น้ำตาล 6 ช้อนชา ไขมัน 6 ช้อนชา
และเกลือ 1 ช้อนชา) กิจกรรมอารมณ์ดีจิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ และกิจกรรมชาวดงเจนร่วมใจ ลด ละ
เลิกบุหรี่เหล้า) เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม
และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) ประกอบไปด้วยกิจกรรม
สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนเองในการควบคุมระดับ ความดันโลหิต
กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง (กิจกรรมม่วนกัน ฉันทเล่า) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ การดูแลตนเอง จากบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านรูปแบบการเล่าเรื่องราวโดยใช้วาทีศิลป์ วัฒนธรรมของภาคเหนือ
“อู้คำเมืองจูงใจ ให้สุขภาพดี” เพื่อเสริมสร้างความคาดหวัง ความตระหนัก และความตั้งใจ
ต่อการปฏิบัติเหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2566 ในพื้นที่ตำบลดงเจน
อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยา จำนวน 654 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน, 2566)

2. กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม
สำเร็จรูปจีเพาเวอร์เวอร์ชัน (G*Power Version 3.1) โดยจากการศึกษา ชีร์พิชชา โกสม (2563)
จากการประเมินค่าโดยกำหนดความเชื่อมั่นความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือ 0.05

ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.8 และกำหนดขนาดอิทธิพลของประชากร (Effect Size) เท่ากับ 0.8 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.8 สำหรับการทดสอบด้วยสถิติที แบบ 2 กลุ่มที่ระดับมาก (Large Effect Size) คือระดับ 0.8 (Cohen, 1988) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายไป หรือกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่มาตามนัดอีก 15 เปอร์เซ็นต์ประมาณ คิดเป็น 8 คน ดังนั้นต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

3. การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 3.1.1 เป็นบุคคลที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-59 ปี
- 3.1.2 มีค่าระดับความดันโลหิตบีบตัว (SBP) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตคลายตัว (DBP) ในช่วง 85-89 mmHg และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์
- 3.1.3 อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงเจนอนเภฏกามยาว จังหวัดพะเยา อย่างน้อย 6 เดือน
- 3.1.4 มีสติสัมปชัญญะ อ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้ปกติ การได้ยินปกติ การมองเห็นปกติ และเคลื่อนไหวได้ปกติ มีสภาพร่างกายไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด
- 3.1.5 ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 3.2.1 มีความประสงค์ขอลถอนตัวจากการวิจัย
- 3.2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด

3.3 เกณฑ์การถอนอาสาสมัคร (Withdrawal criteria)

- 3.3.1 กลุ่มตัวอย่างประสงค์ที่จะถอนตัวในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
- 3.3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์และครบถ้วนจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3.4 เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination of study criteria)

- 3.4.1 อาสาสมัครมากกว่าร้อยละ 50 ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกประชากร

ที่ศึกษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทั้งหมด จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) จำแนกตามองค์ประกอบของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการวิเคราะห์ตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง และกิจกรรมกระตุ้นเตือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว ประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และบทบาทในชุมชน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายการให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

หัวข้อแบบสอบถาม ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 17 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมเป็น 17 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 14-17 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 (ช่วงคะแนน 10-13) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-9) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best & Kahn (1997) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผล การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (35 - 7) / 3 \\ &= 9.33\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
25.67–35.00 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง
16.34–25.66 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง
7.00–16.33 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best & Kahn (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\
 &= (5 - 1) / 3 \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง รายข้อ
ได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best & Kahn (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\
 &= (30 - 6) / 3 \\
 &= 8
 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้
ดังนี้

คะแนน	แปลผล
22.01–30.00 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง

14.07–22.00 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง
6.00–14.00 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยซึ่งอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best & Kahn (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รายข้อ ได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33	ข้อนั้น ๆ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best & Kahn (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผล

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (35 - 7) / 3 \\ &= 9.33\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
25.67–35.00 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง
16.34–25.66 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง
7.00–16.33 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best & Kahn (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง รายข้อ ได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00	ข้อนั้น ๆ มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66	ข้อนั้น ๆ มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33

ข้อนั้น ๆ มีความคาดหวังในประสิทธิผลของ

การตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง

อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต รวม 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์ และพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่พึงประสงค์ จำนวน 20 ข้อ มี 5 ตัวเลือก ด้านบวกและด้านลบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของความถี่ในการปฏิบัติตัวต่อสัปดาห์ ดังนี้

	การปฏิบัติในทางบวก	การปฏิบัติในทางลบ
ปฏิบัติทุกวัน	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติ 5–6 วัน	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติ 3–4 วัน	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติ 1–2 วัน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็นระดับช่วง (Interval scale) โดยคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเกณฑ์แปลความหมายคะแนนระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้หลักการแบ่งแบบของ Best & Kahn (1977) ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลผล การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนน ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\
 &= (100 - 20) / 3 \\
 &= 26.67
 \end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
73.36–100.03 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง
46.68–73.35 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง
20.00–46.67 คะแนน	กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ

การหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม รายข้อ ใช้การแบ่งระดับ แบบอิงเกณฑ์ โดยซึ่งอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best & Kahn (1977) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33\end{aligned}$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตรายข้อ ได้ดังนี้

คะแนน	แปลผล
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00	ข้อนั้น ๆ มีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66	ข้อนั้น ๆ มีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33	ข้อนั้น ๆ มีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต การบันทึกค่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (ความดันซิสโตลิก) และค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (ความดันไดแอสโตลิก) ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกสัปดาห์ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ดงเจน เพื่อติดตามประเมินผลการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการติดตามการปฏิบัติสมาธิบำบัด การติดตามการปฏิบัติสมาธิบำบัด โดยมีการบันทึกช่วงเวลา ระยะเวลาปฏิบัติ และผลที่เกิดหลังจากการปฏิบัติสมาธิบำบัดของผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกสัปดาห์ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ดงเจน เพื่อติดตามประเมินผลควบคู่กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่อง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 8 สัปดาห์

โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม จำนวน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1. กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจ (กิจกรรมโรคความดัน นั้นเป็นอย่างไร) 2. กิจกรรมวิเคราะห์ความเสี่ยงตนเองด้วยปิงปอง 7 สี 3. กิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวัง (กิจกรรมม่วนกัน ฉันทเล่า) 4. กิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ “คนดงเจนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ” (กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT, กิจกรรมเลฆมวงกลมเสริมสุขภาพ: 661

(น้ำตาลไม่เกิน 6 ซ่อนชา ไขมันไม่เกิน 6 ซ่อนชา เกลือ ไม่เกิน 1 ซ่อนชา) กิจกรรมอารมณ์ดี จิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ และกิจกรรมชาวดวงใจร่วมใจ ลด ละ เลิก บุหรี่เหล้า) และ 5. กิจกรรมกระตุ้นเตือน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) นำมาประยุกต์ใช้ในแต่ละกิจกรรมต่อสัปดาห์ และมีการประยุกต์ใช้การออกกำลังกายสมาธิบำบัด SKT มาร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ดังตารางกิจกรรม 8 สัปดาห์ ต่อไปนี้



ตาราง 1 แสดงโปรแกรมประยุกต์ทางสุขภาพในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี			
			แรงจูงใจ	แบบแผนความเชื่อ	การรับรู้ความสามารถ	การประเมิน
1	ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 1. นัดประชุมผู้ช่วยดำเนินงานวิจัย (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.) เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และการสุ่มจับฉลาก พร้อมกับการอธิบายให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานให้ผู้วิจัยทราบเพื่อนำข้อมูลวิเคราะห์ต่อไป 2. ดำเนินการสำรวจกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในครั้งนี้	1-2 ชั่วโมง	- การรับรู้ความรุนแรงของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค - การรับรู้ในประสิทธิภาพของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค - การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง ได้แก่ การพูดชักจูงใจและการกระตุ้นทางอารมณ์	- การรับรู้ความรุนแรงของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค - การรับรู้ถึงประโยชน์ในการเรียนรู้ - การปฏิบัติให้กับตัวเอง - การรับรู้ภาษาและป้องกันโรค - การรับรู้ต่ออุปสรรค - สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	- การรับรู้ความสามารถของตนเอง - เพิ่มทักษะความสามารถในการเรียนรู้	รวบรวมข้อมูลครบถ้วนสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
1	3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนแล้ว ชี้แจงการเข้าร่วม การศึกษา วิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียด ของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และรับสมุด บันทึกประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง 4. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม โดยการตอบแบบสอบถาม 5. บันทึกค่าระดับความดันโลหิตสูง วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ก่อนได้รับโปรแกรม 6. สร้างกลุ่มไลน์ในการประสานงาน เพื่อติดต่อ สื่อสารระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ อสม. และกลุ่มตัวอย่าง				

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี			การประเมิน
			แรงจูงใจในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	
2	ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย	2 ชั่วโมง	- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	- ความคาดหวังในความสามารถ	กลุ่มทดลองสามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง อธิบายแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น และสรุปสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการปฏิบัติตนและ การกระตุนทางอารมณ์
	1. กิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองด้วยป้อง 7 สี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้		- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	- ความคาดหวังในผลลัพธ์	
	1.1 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเงิน เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป พร้อมเก็บวัดระดับความดันโลหิตซึ่งนำนักวิจัย		- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	- การรับรู้ความคาดหวังของตนเอง	
	1.2 วิเคราะห์ความเสี่ยงด้วยป้อง 7 สี โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้นำค่าความดันโลหิตของแต่ละบุคคล มาวิเคราะห์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบระดับความเสี่ยงของตนเองเป็นรายบุคคล จากนั้นรับฟังการบรรยาย ให้ความรู้ที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคตามระดับความเสี่ยงแบบรวมกลุ่ม เกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหาร		- การรับรู้ต่ออุปสรรค	- การรับรู้ต่ออุปสรรค	- การรับรู้ความสามารถในการเรียนรู้	
			- สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	- สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	- การปฏิบัติให้กับตัวเองได้แก่ การปฏิบัติงานให้สำเร็จด้วยตนเอง	
					การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น การสื่อสารชักจูงใจ และการกระตุ้นทางอารมณ์	

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อลดความเสี่ยง โดยใช้เวลาระยะเวลา 1 ชั่วโมง				เพื่อนำไปสู่ การปฏิบัติความ ระมัดระวังตนให้สูง ได้อย่างเหมาะสม
	2. กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจ (โรคความดันนั้นเป็นอย่างไร) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดกิจกรรมอยู่ดังนี้				
	2.1 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องอันตราย จากโรคความดันโลหิตสูงผ่านการนำเสนอสื่อ วีดีโอ พร้อมการบรรยาย ให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการของโรค อันตรายของโรค โดยใช้เวลาระยะเวลา 1 ชั่วโมง				

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	2.2 การให้ความรู้ การดูแลตนเอง ในการปฏิบัติ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกรมอนามัย โดยใช้เวลา ระยะเวลา 1 ชั่วโมง				
3	1. กิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ “คนคงเจนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ” (กิจกรรม การออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT, กิจกรรมเลฆมงคลเสริมสุขภาพ: 661 (น้ำตาล ไม่เกิน 6 ช้อนชา ไขมันไม่เกิน 6 ช้อนชา เกลือ ไม่เกิน 1 ช้อนชา) กิจกรรมอารมณ์ดี จิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ และกิจกรรมชาวดวงใจร่วมใจ ลด ละ เลิก บุหรี่ เหล้า) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ตนเอง ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร อาหาร การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2-3 ชั่วโมง	- การรับรู้ความรุนแรง ของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรค	- การรับรู้ความรุนแรง ของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรค - การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการรักษาและ ป้องกันโรค - การรับรู้ต่ออุปสรรค - สิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติ	- ความคาดหวัง ในความสามารถ - ความคาดหวัง ในผลลัพธ์ - การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง - เพิ่มทักษะ ความสามารถในการ เรียนรู้ - การปฏิบัติให้กับตัวเอง
					กลุ่มทดลองเข้าใจ และสามารถนำผล จากการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การดูแลตนเอง ไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ อย่างถูกต้อง เหมาะสม และ สามารถวัดผลได้ จากการติดตาม

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี			การประเมิน
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	
	มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ 1.1 จัดกิจกรรมส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการให้ความรู้เรื่อง การออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT เลือกเฉพาะท่าที่เหมาะสมสำหรับการใช้ลดความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ท่า คือ ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต” เป็นการนั่งหรือนอน ปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ 1. ถ้าหากนั่งให้หายใจเข้าท้องข้าง วางบนหัวเข่า ท่านอนหงาย ให้วางแขนข้างลำตัว หายใจเข้าหรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง				อีกทั้งยังมีแนวทาง ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ของตนเองที่เป็น อุปสรรคต่อ การปฏิบัติ สามารถ สาธิตกลับและ อธิบายวิธีการปฏิบัติ ได้	

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	2. ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกกลืน ๆ ช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 กลืนหายใจ นับ 1-3 ช้า ๆ (3 วินาที) แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30-40 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ 3. ให้ปฏิบัติวันละ 3 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร 30 นาที “ลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานนอนไม่หลับ” ด้วยการปรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 10 (Chemoreceptors และ Photoreceptors) ในช่วงการหายใจเข้าลึก และปรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาท Gustation และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, 10 “ลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี”				

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับที่ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	ท่าที่ 2 (SKT 2) “ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” 1. ยืนตรงในท่าที่สบายสวมนหรือไม่สวม รองเทาก็ได้แยกเท้าห่างเท่ากับช่วงไหล่ ถ้าสวม รองเท้าต้อง เป็นรองเท้าแบน ค่อย ๆ หลับตาลง ช้า ๆ 2. ค่อย ๆ ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือ สองข้างประกบกัน ต้นแขนแนบศีรษะ 3. สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจ ออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ ทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อยล้มตัวขึ้นช้า ๆ				

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับที่ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	4. ค่อยแยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียด ในท่าหงายฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียด และมือลงไป 1 จังหวะนับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะ นับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงช้า ๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดี คว่ำฝ่ามือชิดต้นขา ขยับมือและขา เท้า เล็กน้อย ในท่ายืนตรง 5. ปฏิบัติวันละ 3 รอบ สำหรับผู้สูงอายุ ให้ฝึกในท่านั่งหรือท่านอนก็ได้ 6. ถ้าฝึกในท่านั่ง ต้องนั่งเก้าอี้ครึ่งก้น เท้าต้องวางราบขนานกับพื้นหลังตรง แล้วค่อย ๆ ยกมือขึ้น ฝ่ามือประกบกัน และฝึกเช่นเดียวกับท่าอื่น				

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	7. ถ้าฝึกในท่านอน ต้นแขน 2 ข้าง ต้องแนบไปหู ฝ่ามือที่ประกบกันต้องไม่ปล่อยหลุด ไปถึงระดับพื้นหลังศีรษะ 30 รอบ การลดระดับ แขนลงต้องทำช้า ๆ ค่อย ๆ ลดแขนลง ข้อศอกพับและค่อย ๆ ลดมือลงจนถึง ต้นขา นับ 1-30 จังหวะเช่นเดียวกันกับท่านยืนหรือท่านั่ง ช่วยลดความดันโลหิต และลดน้ำตาลในเลือดได้ดี ด้วยการควบคุมและปรับปรุงสภาพ รับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 และปรับ Baroreflex receptor ให้ไวขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ Isometric Exercise “ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี และควบคุมการทำงาน ของไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ”				

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	1.2 จัดกิจกรรมส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารลดหวาน มัน เค็ม 6:6:1 ที่พึงสุขภาพดีของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ผ่านการนำเสนอสื่อวีดิโอพร้อมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหรือ DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet) คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลลง และเพิ่มการรับประทานที่มีใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ อย่างโปแตสเซียมและแมกนีเซียม ได้แก่ ถั่ว ถั่วลิสง ธัญพืชไม่ผ่านการขัดสี (Whole Grains) ปลา ไขมันไม่อิ่มตัว และลดการบริโภคเนื้อแดง งดการรับประทานหวาน และ น้ำอัดลมโดยใช้เวลาระยะเวลา 1 ชั่วโมง				

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	1.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องอารมณ์ดี จิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ ทำอารมณ์ให้แจ่มใส ไม่เครียด เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน เป็นต้น 1.4 จัดกิจกรรมควบคุมพฤติกรรมหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โดยผ่านการเล่าเรื่องและสื่อการสอนสู่ศึกษา 1.5 ติดตามเยี่ยมบ้านหรือทางกลุ่มไลน์ เพื่อประเมินการดูแลสุขภาพตนเอง โดยจะมี อสม. เข้าไปสอบถามพูดคุยเน้นย้ำการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2ส. อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม เช่น เน้นอาหารประเภทไม่ใส่กะทิ ไม่ใช้น้ำมัน ไม่ทานอาหารสำเร็จรูป ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง				

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
4	หรือมีรสเค็ม มีการออกกำลังกายแบบ SKT หรือ ปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวหรือไม่ การผ่อนคลายความเครียดด้วยกิจกรรม ที่เหมาะสมหรือไม่โดยการสอบถามและสังเกต	3 ชั่วโมง	- การรับรู้ ในประสิทธิภาพของ การปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค	- การรับรู้ความรุนแรง ของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรค	กลุ่มทดลองสามารถ อธิบายและบอก วิธีการดูแลตนเอง อย่างเหมาะสม ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับ วิธีการปฏิบัติ
	1.6 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตและ การออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิ SKT พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกประจำวัน ของแต่ละคน				
4	1. กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง (กิจกรรมร่วมกัน ฉันทะ) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหารออกกำลังกาย และ การจัดการความเครียด จากบุคคลต้นแบบ ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่าง มีประสิทธิภาพ ผ่านรูปแบบการเล่าเรื่องราว โดยใช้วาทีศิลป์ วัฒนธรรมของภาคเหนือ		- การรับรู้ ในประสิทธิภาพของ การปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค	- ความคาดหวัง ในความสามารถ - ความคาดหวังในผลลัพธ์ - การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง - เพิ่มทักษะ ความสามารถ ในการเรียนรู้	

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	“ผู้คำเมืองใจให้สุขภาพดี” เพื่อเสริมสร้าง ความคาดหวัง ความสนใจต่อการปฏิบัติในกลุ่มเสี่ยง มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้ 1.1 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลดงเจน ร่วมรับฟัง การถ่ายทอด ประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติจากบุคคลต้นแบบ เพื่อแลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนเองในการควบคุม ระดับความดันโลหิตสูง ที่ได้ผลและเป็นต้นแบบ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที 1.2 จัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิด แรงจูงใจ ให้เกิดการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสมแก่กลุ่มเสี่ยงโดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่				

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	1.2.1 ทดสอบความเค็ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้วัดปริมาณโซเดียมในแก้วน้ำที่ตนเองได้ปรุงระดับความเค็มรายบุคคลด้วยเครื่องทดสอบปริมาณโซเดียมในอาหาร (Saltmeter) 1.2.2 การออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT โดยมีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมออกกำลังกายด้วยเทคนิค SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 ตามวิธีดีโอและการสาธิต 1.2.3 การผ่อนคลายอารมณ์ด้วยวิธีไอที่เป็นการผ่อนคลายอารมณ์ โดยเลือกเนื้อหาสาระที่น่าสนใจตามความเหมาะสมในช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 1.2.4 ติดตามวัดระดับความดันโลหิต และการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิ SKT พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกประจำวันของแต่ละคน				

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับที่ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี			
			แรงจูงใจ	แบบแผนความเชื่อ	การรับรู้ความสามารถ	การประเมิน
			ในการป้องกันโรค	ทางสุขภาพ	ของตนเอง	
5-7	1. กิจกรรมการกระตุ้นเตือน โดยมีวัตถุประสงค์ 1 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองและเพื่อติดตามให้กำลังใจ พร้อมกับสอบถามปัญหาอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีรายละเอียดกิจกรรมอยู่ดังนี้ 1. ติดตามเพื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายอารมณ์ พุดคุยให้กำลังใจและแจ้งผล การควบคุมระดับความดันโลหิตเทียบจากครั้งก่อนผ่านช่องทางกลุ่มไลน์โดยเจ้าหน้าที่และผู้วิจัย เพื่อกระตุ้นเตือนเสริมแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลา 10-20 นาที	- การรับรู้ความรุนแรงของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค - การรับรู้ ในประสิทธิภาพของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค - การรับรู้ความสามารถของตนเอง	- การรับรู้ความรุนแรงของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค - การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค - การรับรู้ต่ออุปสรรค - สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	- ความคาดหวังในความสามารถ - ความคาดหวังในความสำเร็จ - ผลลัพธ์ - การรับรู้ความสามารถของตนเอง - การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเรียนรู้ - การปฏิบัติให้กับตัวเอง	กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีการติดตามผล	

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี			
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	การประเมิน
8	2. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องอันตราย จากโรคความดันโลหิตสูงผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ โดยเจ้าหน้าที่และผู้วิจัย เพื่อกระตุ้นเตือนเสริม แรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
	3. ติดตามวัดระดับความดันโลหิตและ การออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิ SKT พร้อมทั้ง บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกประจำวันของแต่ละคน					
	ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง ลำดับที่ 8 ประกอบด้วย 1. กิจกรรมประเมินผลการทดลอง 1.1 นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจัดเวที การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และถ่ายทอด ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมกับ คัดเลือกต้นแบบในกลุ่มทดลอง มอบใบประกาศ และของรางวัล เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ ให้ตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3 ชั่วโมง	- การรับรู้ความรุนแรง ของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรค - การรับรู้ใน ประสิทธิภาพของ การปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรค	- การรับรู้ความรุนแรง ของโรค - การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรค - การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการรักษาและ ป้องกันโรค - การรับรู้ต่ออุปสรรค - สิ่งที่ทำให้เกิดการใช้ปฏิบัติ	- ความคาดหวัง ในความสามารถ - ความคาดหวัง ในผลลัพธ์ - การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง - เพิ่มทักษะ การความสามารถ ในการเรียนรู้	รวบรวมข้อมูล ครบถ้วนสามารถนำ ข้อมูลวิเคราะห์ ได้

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตองเงิน 1.2 เก็บข้อมูล ทัศนคติความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งนำหนัก วัดรอบเอว และสอบถามปัญหาอุปสรรคของ กลุ่มตัวอย่าง และประเมินตนเองความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว พร้อมบันทึกค่าระดับ ความดันโลหิต หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้ แบบสอบถาม พร้อมแจ้งการสิ้นสุดการเข้าร่วม โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของ กลุ่มเสี่ยง 1.3 เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลหลังได้รับ โปรแกรม เพื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุม ระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ในครั้งนี้ โดยในแต่ละครั้งดำเนินการจัดกิจกรรม ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ		แรงจูงใจ - การรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง - การปฏิบัติให้กับตัวเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประยุกต์ใช้ทฤษฎี		
			แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	แบบแผนความเชื่อ ทางสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
	เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ภายหลัง การจัดกิจกรรม ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการจัดกิจกรรม ทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อนำข้อมูลมาปรับกิจกรรมครั้งต่อไป ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น				

หมายเหตุ: 1. หากกลุ่มทดลองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ผู้วิจัยจะมอบหมายให้เจ้าหน้าที่หรือ อสม. เข้าติดตามผลที่บ้านหรือติดตามในกลุ่มไลน์ ซึ่งจะต้องวัดระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์นั้น ๆ

2. หากกลุ่มทดลองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ได้และไม่ยินยอมให้ผู้วิจัยเข้าติดตามผลที่บ้าน ถือว่ากลุ่มทดลองสละสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมโปรแกรม

3. กลุ่มทดลองสามารถอยู่ดูการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเวลา โดยผู้วิจัยยินดีที่จะทำตามคำขอของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเงินจะไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินโดยการวัดแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยวัดระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

อุปกรณ์ที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบสอดแขน ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือทางการแพทย์ ยี่ห้อ Omron รุ่น HBP-9020 เพื่อวัดหาระดับความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในท่าที่สบายและ ผ่อนคลายและวางแขนบนพนักเก้าอี้หรือบนโต๊ะสักระยะ แล้วให้ทำตามขั้นตอนการวัดความดันโลหิต ดังนี้

แนะนำผู้ป่วยให้ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที หากมีอาการปวดปัสสาวะควรแนะนำให้ไปปัสสาวะก่อน ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังพินึกเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยทั้งก่อนหน้าและขณะวัดความดันโลหิต วางแขนซ้ายหรือขวาที่จะทำการวัดอยู่บนโต๊ะ โดยให้บริเวณที่จะพัน arm cuff อยู่ระดับเดียวกับระดับหัวใจ และไม่เกร็งแขนหรือกำมือ ในขณะที่ทำการวัดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1.1 เริ่มจากการยื่นแขนข้างหนึ่งออกไปในระดับเดียวกับหัวใจ ซึ่งจะนิยมทำกับแขนข้างที่มีความดันโลหิตสูงกว่า แล้วใช้ปลอกแขนวัดความดันโลหิตพันรอบต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร โดยให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งจะมีเครื่องหมายบ่งบอกเป็นวงกลมเล็ก ๆ ที่ขอบวางอยู่บนหลอดเลือดแดงแขน

1.2 หลังจากพันปลอกแขนหรือสอดแขนเข้าไปเสิร์จกดปุ่มที่เครื่องเพื่อเริ่มวัดได้ทันที และรอให้แรงดันที่เครื่องคลายตัวลงจนเป็นปกติ เมื่อเครื่องทำงานเสร็จสิ้นก็จะได้อ่านค่าความดันโลหิตตัวบนซึ่งหมายถึงความดันสูงสุดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตตัวล่างซึ่งเป็นความดันต่ำสุดในหลอดเลือดแดงขณะที่หัวใจคลายตัวรวมถึงอัตราการเต้นของหัวใจ โดยจะแสดงผลเป็นตัวเลขอยู่บนหน้าจอ แล้วบันทึกผลลงแบบวัดความดันโลหิต อ้างอิงตามเกณฑ์ระดับความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนี้

1.2.1 ระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 120/น้อยกว่า 80 = ดีมาก (Optimal)

1.2.2 ระดับความดันโลหิต 120-129/80-84 = ปกติ

1.2.3 ระดับความดันโลหิต 130-139/85-89 = ปกติค่อนข้างสูง

1.2.4 ระดับความดันโลหิต 140-159/90-99 = ความดันโลหิตสูงระดับ 1

1.2.5 ระดับความดันโลหิต 160-179/100-109 = ความดันโลหิตสูงระดับ 2

1.2.6 ระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 180/มากกว่าหรือเท่ากับ 110 = ความดันโลหิตสูงระดับ 3

1.2.7 ระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/น้อยกว่า 90 = ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าบน

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย ซึ่งจัดทำขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้คณะกรรมการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ภายหลังการปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นของคณะกรรมการแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับแก้ไขความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาอีกครั้งก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งข้อคำถามมีค่าความเที่ยงตรงอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 สามารถนำไปใช้ได้

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไข โดยคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแก้ว ตำบลห้วยแก้ว อำเภอภูเกตุ ยาว จังหวัดพะเยา จำนวน 30 ตัวอย่าง จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นคูเตอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson [KR-20]) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.8

วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่ามากกว่า 0.70 สรุปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.760

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.746

3. ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.760

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.800

3. การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

3.1 การตรวจสอบโปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบรูปแบบกิจกรรม การจัดลำดับ ความเหมาะสมของภาษาตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม

3.2 นำเสนอโปรแกรมและเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย และนำเสนอต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา เพื่อพิจารณาขออนุญาตในการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

ก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/140/66 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2566 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1.1 นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1.1.1 ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

1.1.2 เข้าร่วมกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองพร้อมรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคตามระดับความเสี่ยงแบบรวมกลุ่ม

1.1.3 การให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ อสม. ในการติดตามกระตุ้นเตือนเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.1.4 เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความคาดหวัง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.1.5 ตอบแบบประเมินผลการจัดกิจกรรมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

1.2 ประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 สํารวจรายชื่อกลุ่มเสี่ยง จากทะเบียนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (Pre-hypertention) ต่อโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงเจน เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ขั้นตอนดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง

2.1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรม และทำแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว พร้อมบันทึกข้อมูลสุขภาพ และสร้างกลุ่มไลน์ในการประสานงานระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และกลุ่มทดลอง

2.2 สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองด้วยปิงปอง 7 สี (วิชัย เทียนถาวร, 2556) และการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริงตามคำแนะนำอย่างเหมาะสม

2.3 สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) จัดกิจกรรมรู้เท่าทันเข้าถึงสื่อ ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ “คนดงเจนรุ่นใหม่ ใส่ใจสุขภาพ” (กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT (Somporn Kantharadus-sadee Triamchaisri) (สมพร เตรียมชัยศรี, 2560), กิจกรรมเลขนวมคลเสริมสุขภาพ: 661 (น้ำตาล 6 ช้อนชา ไขมัน 6 ช้อนชา และเกลือ 1 ช้อนชา) กิจกรรมอารมณ์ดีจิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ และกิจกรรมชาวดงเจน ร่วมใจ ลด ละ เลิก บุหรี่เหล้า) เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

2.4 สัปดาห์ที่ 4 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดยจัดกิจกรรมเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง (กิจกรรมม่วนกัน ฉันทเล่า) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง จากบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านรูปแบบการเล่าเรื่องราวโดยใช้วาทีศิลป์ วัฒนธรรมของภาคเหนือ “อู้คำเมืองงูใจ ให้สุขภาพดี” เพื่อเสริมสร้างความคาดหวัง ความตระหนัก และความตั้งใจต่อการปฏิบัติเหมาะสม 2.5 สัปดาห์ที่ 5-7 การกระตุ้นเตือนให้เกิดแรงงูใจในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยการติดตามให้กำลังใจ บันทึกค่าความดันโลหิต

และการออกกำลังกายสมาธิบำบัด SKT (Somporn Kantharadus-sadee Triamchaisri) พร้อมกัน ให้ความรู้ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อติดตามผลระหว่างดำเนินการทดลองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม.

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

3.1 สัปดาห์ที่ 8 จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน โดยการพูดคุย แสดงความคิดเห็น แบ่งปันแนวทางและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ จากการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ และตระหนักรู้สู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และเป็นต้นแบบ ด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่นต่อไป หลังจากนั้น ทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมการวิจัยและเก็บข้อมูล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อประเมินผลของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test กรณีเป็นเปรียบเทียบ ระหว่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้สถิติ paired sample t-test กรณีเป็นกลุ่มเดียวกัน เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพ และวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา ตามเอกสารรับรอง โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/140/66 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม โครงการด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ถ้าต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอ ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างและการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารเข้าร่วม การวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล และทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60 คน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					0.196
ชาย	13	43.30	18	60.00	
หญิง	17	56.70	12	40.00	
2. อายุ					0.249
35-39 ปี	1	3.30	0	0.00	
40-44 ปี	0	0.00	1	3.30	
45-49 ปี	2	6.70	3	10.00	
50-54 ปี	14	46.70	8	26.70	
55-59 ปี	13	43.30	18	60.00	
อายุเฉลี่ย (S.D.)	53.17 (4.33)		53.80 (4.49)		
3. สถานภาพ					0.910
โสด	2	6.70	2	6.70	
สมรส	19	63.30	21	70.00	
หม้าย	9	30.00	7	23.30	
4. ระดับการศึกษา					0.792
ประถมศึกษา	19	63.30	17	56.70	
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	36.70	12	40.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0	0.00	1	3.00	
5. อาชีพ					0.792
เกษตรกร	17	56.70	18	60.00	
ค้าขาย	13	43.30	11	36.70	
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0	0.00	1	3.30	

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	(n = 30)		(n = 30)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
6. รายได้ต่อเดือน					0.069
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	20	66.70	13	43.30	
5,001–10,000 บาท	10	33.30	17	56.70	
รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย (S.D.)	2,365 (241.21)		4,053.28 (398.99)		
7. ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว					1.000
มี	30	100.00	30	100.00	
ไม่มี	0	0.00	0	0.00	
8. ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					0.273
มี	22	73.30	18	60.00	
ไม่มี	8	26.70	12	40.00	
9. โรคประจำตัว					0.754
มี	6	20.00	7	23.30	
ไม่มี	24	80.00	23	76.70	
10. การสูบบุหรี่					0.369
สูบ	6	20.00	9	30.00	
ไม่สูบ	24	80.00	21	70.00	
11. การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์					0.791
ดื่ม	11	36.70	12	40.00	
ไม่ดื่ม	19	63.30	18	60.00	
12. บทบาทในชุมชน					0.335
อสม.	4	13.30	3	10.00	
แกนนำในชุมชน	2	6.70	3	10.00	

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	(n = 30)		(n = 30)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้นำชุมชน	1	3.30	5	16.70	
อื่น ๆ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน หรือสมาชิกในชุมชน	23	76.70	19	63.30	

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 และเพศหญิง ร้อยละ 40.00 มีอายุเฉลี่ย 53.80 ปี (S.D.= 4.49) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,833.33 บาท (S.D. = 1,288.77) มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.70 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 60.00 และมีบทบาทในชุมชน อื่น ๆ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้านหรือสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 63.30

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 และเพศชาย ร้อยละ 43.30 มีอายุเฉลี่ย 53.17 ปี (S.D. = 4.33) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.30 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,066.67 บาท (S.D. = 1,546.59) มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 63.30 และมีบทบาทในชุมชน อื่น ๆ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้านหรือสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 76.70

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับ ความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง								
- ต่ำ	13	43.30	0	0.00	11	36.67	6	20.00
- ปานกลาง	14	46.70	10	33.30	17	56.67	21	70.00
- สูง	3	10.00	20	66.70	2	6.66	3	10.00
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง								
- ต่ำ	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
- ปานกลาง	17	56.70	0	0.00	21	70.00	19	63.30
- สูง	13	43.30	30	100.00	9	30.00	11	36.70
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง								
- ต่ำ	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
- ปานกลาง	18	60.00	0	0.00	21	70.00	19	63.30
- สูง	12	40.00	30	100.00	9	30.00	11	36.70
4. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง								
- ต่ำ	0	0.00	0	0.00	1	3.33	0	0.00
- ปานกลาง	25	83.30	0	0.00	22	73.34	24	80.00
- สูง	5	16.70	30	100.00	7	23.33	6	20.00

ตาราง 3 (ต่อ)

แรงจูงใจ ในการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. พฤติกรรม								
การควบคุมระดับ								
ความดันโลหิต								
- ต่ำ	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
- ปานกลาง	28	93.30	0	0.00	30	100.00	28	93.30
- สูง	2	6.70	30	100.0	0	0.00	2	6.70

กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.30 ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.70 และระดับสูง ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1.67 (S.D. = 0.66) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.30 และระดับสูง ร้อยละ 66.70 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 2.67 (S.D. = 0.48) อยู่ในระดับสูง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 1.00 หลังได้รับโปรแกรม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.70 และระดับสูง ร้อยละ 43.30 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.43 (S.D. = 0.50) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.00 (S.D. = 0.00) อยู่ในระดับสูง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 0.57 หลังได้รับโปรแกรม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 และระดับสูง ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.40 (S.D. = 0.50) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.00 (S.D. = 0.00) อยู่ในระดับสูง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 0.60 หลังได้รับโปรแกรม

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.30 และระดับสูง ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.17 (S.D. = 0.38) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ค่าเฉลี่ย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.00 (S.D. = 0.00) อยู่ในระดับสูง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของ การตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 0.83 หลังได้รับโปรแกรม

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.30 และระดับสูง ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เท่ากับ 2.07 (S.D. = 0.25) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เท่ากับ 3.00 (S.D. = 0.00) อยู่ในระดับสูง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 0.93 หลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.67 ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.67 และระดับสูง ร้อยละ 6.66 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.70 (S.D. = 0.60) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 และระดับสูง ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.90 (S.D. = 0.55) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 0.20 หลังได้รับโปรแกรม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 และระดับสูง ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.30 (S.D. = 0.47) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30 และระดับสูง ร้อยละ 36.70 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.37 (S.D. = 0.49) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 0.07 หลังได้รับโปรแกรม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 และระดับสูง ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.30 (S.D. = 0.47) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30 และระดับสูง ร้อยละ 36.70 ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.37 (S.D. = 0.49) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 0.07 หลังได้รับโปรแกรม

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 3.33 ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.34 และระดับสูง ร้อยละ 23.33 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.20 (S.D. = 0.48) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 และระดับสูง ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.20 (S.D. = 0.41) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง หลังได้รับโปรแกรม

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เท่ากับ 2.00 (S.D. = 0.00) อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.30 และระดับสูง ร้อยละ 6.70 ค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เท่ากับ 2.07 (S.D. = 0.25) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 0.07 หลังได้รับโปรแกรม ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ตาราง 4 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 60 คน)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	10.00	2.79	14.13	1.81	-7.719	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	10.43	1.83	10.80	1.77	-1.884	0.070
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	25.27	2.61	31.37	1.99	-11.950	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	24.00	2.82	24.53	2.62	-1.944	0.062

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	21.83	2.29	26.90	1.66	-12.460	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	21.30	2.29	21.57	2.25	-1.765	0.088
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	23.93	1.60	31.30	2.10	-17.024	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	22.90	3.17	23.10	2.77	-1.140	0.264
พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต						
กลุ่มทดลอง (n = 30)	65.37	4.89	82.23	2.69	-17.130	<0.01*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	66.23	4.99	67.90	3.78	-1.907	0.066

หมายเหตุ: * p-value < 0.05 โดยใช้สถิติ paired t-test

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.00 (S.D. = 2.79) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 25.27 (S.D. = 2.61) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 21.83 (S.D. = 2.29) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง 23.93 (S.D. = 1.60) และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต 65.37 (S.D. = 4.89) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 14.13 (S.D. = 1.81) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 31.37 (S.D. = 1.94) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 26.90 (S.D. = 1.66) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง 31.30 (S.D. = 2.10) และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต 82.23 (S.D. = 2.69)

ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.43 (S.D. = 1.83) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 24.00 (S.D.=2.82) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 21.30 (S.D.=21.57) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง 22.90 (S.D. = 3.17) และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต 67.33 (S.D. = 5.55) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.80 (S.D. = 1.77) การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 24.53

(S.D. = 2.62) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง 21.57 (S.D. = 2.25) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง 23.10 (S.D. = 2.77) และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต 67.90 (S.D. = 5.25) โดยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ตาราง 5 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุม ระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	10.00	2.79	10.43	1.83	-1.264	0.211
หลังได้รับโปรแกรม	14.13	1.81	10.80	1.77	7.204	<0.01*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	25.27	2.61	24.00	2.82	1.806	0.076
หลังได้รับโปรแกรม	31.37	1.94	24.53	2.62	11.477	<0.01*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	21.83	2.29	21.30	2.29	0.902	0.371
หลังได้รับโปรแกรม	26.90	1.66	21.57	2.25	10.417	<0.01*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	23.93	1.60	22.90	3.167	1.596	0.116
หลังได้รับโปรแกรม	31.30	2.10	23.10	2.77	12.910	<0.01*

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการควบคุม						
ระดับความดันโลหิต						
ก่อนได้รับโปรแกรม	65.37	4.89	66.23	4.99	-0.679	0.500
หลังได้รับโปรแกรม	82.23	2.69	67.90	3.78	16.924	<0.01*

หมายเหตุ: * p-value < 0.05 โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 10.00 (S.D. = 2.79) และ 10.43 (S.D. = 1.83) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.211) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 14.13 (S.D. = 1.81) และ 10.80 (S.D. = 1.77) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 25.27 (S.D. = 2.61) และ 24.00 (S.D. = 2.82) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.076) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 31.37 (S.D. = 1.94) และ 24.53 (S.D. = 2.62) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 21.83 (S.D. = 2.29) และ 21.30 (S.D. = 2.29) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.371) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 26.90 (S.D. = 1.66) และ 21.57

(S.D. = 2.25) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 23.93 (S.D. = 1.60) และ 22.90 (S.D. = 3.17) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.116$) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 31.30 (S.D. = 2.10) และ 23.10 (S.D. = 2.77) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 65.37 (S.D. = 4.89) และ 66.23 (S.D. = 4.99) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.500$) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 82.23 (S.D. = 2.69) และ 67.90 (S.D. = 3.78) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ตาราง 6 แสดงเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	p-value
	โปรแกรม		โปรแกรม			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ขณะหัวใจบีบตัว	138.00	0.94	130.57	2.63	14.231	<0.01*
ขณะหัวใจคลายตัว	88.10	1.06	80.63	4.82	8.615	<0.01*

ตาราง 6 (ต่อ)

ค่าความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	p-value
	โปรแกรม		โปรแกรม			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ขณะหัวใจบีบตัว	137.97	0.93	137.80	1.00	1.720	0.096
ขณะหัวใจคลายตัว	87.67	1.15	87.00	1.41	1.904	0.067

หมายเหตุ: * p-value < 0.05 โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวก่อนการทดลองและหลังการทดลองเฉลี่ย 138.00 mmHg (S.D. = 0.94) และ 130.57 mmHg (S.D. = 2.63) ตามลำดับ โดยที่ค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวก่อนการทดลองและหลังการทดลองเฉลี่ย 137.97 mmHg (S.D. = 0.93) และ 137.80 mmHg (S.D. = 1.00) ตามลำดับ โดยที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว พบว่ากลุ่มทดลองค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเฉลี่ย 88.10 mmHg (S.D. = 1.06) และ 80.63 mmHg (S.D. = 4.82) ตามลำดับ โดยที่ค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนการทดลองและหลังการทดลองเฉลี่ย 87.67 mmHg (S.D. = 1.15) และ 87.00 mmHg (S.D. = 1.41) ตามลำดับ โดยที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.067)

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตาราง 7 แสดงเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ขณะหัวใจบีบตัว						
ก่อนได้รับโปรแกรม	138.00	0.94	137.97	0.93	0.138	0.891
หลังได้รับโปรแกรม	130.57	2.63	137.80	1.00	-14.063	<0.01*
ขณะหัวใจคลายตัว						
ก่อนได้รับโปรแกรม	88.10	1.06	87.67	1.15	1.513	0.136
หลังได้รับโปรแกรม	80.63	4.82	87.00	1.41	-6.946	<0.01*

หมายเหตุ: * p-value <0.05 โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ย 138.00 mmHg (S.D. = 0.94) และ 137.97 mmHg (S.D. = 0.93) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.891) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ย 130.57 mmHg (S.D. = 2.63) และ 137.80 mmHg (S.D. = 1.00) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ย 88.10 mmHg (S.D. = 1.06) และ 87.67 mmHg (S.D. = 1.15) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.136) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ย 80.63 mmHg (S.D. = 4.82) และ 87.00 mmHg (S.D. = 1.41) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบค่าความดันโลหิต เปลี่ยนแปลงหลังการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

สรุปผลงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลทำให้สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา การศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาศึกษา 8 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของลักษณะทั่วไปทางประชากร ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง

ของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้มาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว ประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และบทบาทในชุมชน จำนวน 12 ข้อ โดยแบบสอบถามได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 17 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson [KR-20]) มีค่าเท่ากับ 0.8 เครื่องมือครั้งนี้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ ส่วนที่ 3-4 ได้ดังนี้ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.760 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.746 และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.760 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต รวม 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์ และพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.800 สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นทฤษฎีหลักร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ในรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกันโดยเป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง อธิบายแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นและสรุปสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการปฏิบัติตนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

สรุปรายละเอียดแผนการเรียนรู้ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมและทำแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ ความเข้าใจ

และการปฏิบัติตัวพร้อมบันทึกข้อมูลสุขภาพ และสร้างกลุ่มไลน์ในการประสานงานระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองด้วยปิงปอง 7 สี (วิชัย เทียนถาวร, 2556) และการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริง ตามคำแนะนำอย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) จัดกิจกรรมรู้เท่าทันเข้าถึงสื่อ ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ “คนดงเจนรุ่นใหม่ ใส่ใจสุขภาพ” (กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT (Somporn Kantharadus-sadee Triamchaisri) (สมพร เจริญชัยศรี, 2560) กิจกรรมเลขมงคลเสริมสุขภาพ: 661 (น้ำตาล 6 ซ่อนชา ไข่ม้วน 6 ซ่อนชา และเกลือ 1 ซ่อนชา) กิจกรรมอารมณ์ดีจิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ และกิจกรรมชาวดงเจนร่วมใจ ลด ละ เลิก บุหรี่เหล้า) เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง (กิจกรรมม่วนกัน ฉันทเล่า) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง จากบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านรูปแบบการเล่าเรื่องราวโดยใช้วาทศิลป์ วัฒนธรรมของภาคเหนือ “อุ้มคำเมืองจูงใจ ให้สุขภาพดี” เพื่อเสริมสร้างความคาดหวัง ความตระหนัก และความตั้งใจต่อการปฏิบัติเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 5-7 การกระตุ้นเตือนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยการติดตามให้กำลังใจ บันทึกค่าความดันโลหิต และการออกกำลังกายสมาธิบำบัด SKT (Somporn Kantharadus-sadee Triamchaisri) พร้อมกับให้ความรู้ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อติดตามผลระหว่างดำเนินการทดลองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม.

สัปดาห์ที่ 8 จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน โดยการพูดคุย แสดงความคิดเห็น แบ่งปันแนวทางและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ และตระหนักรู้สู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่นต่อไป หลังจากนั้น

ทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมการวิจัยและเก็บข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อประเมินผลของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลและสถิติ Chi-square test และ Fisher exact test วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังระยะเวลา 8 สัปดาห์ การทดลองด้วยสถิติ Independent t-test ซึ่งวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปบน Microsoft Windows 10 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิต

สรุปผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 53.80 ปี (S.D. = 4.49) ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 53.17 (S.D. = 4.33) ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ด้านสถานภาพ พบว่า ส่วนมากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 63.30 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 และร้อยละ 63.30 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนมากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 56.70 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในด้านของรายได้ต่อเดือน ในกลุ่มทดลองจะมีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท รายได้เฉลี่ย 4,833.33 บาท (S.D. = 1,288.77) ส่วนกลุ่มควบคุม มีรายได้ในช่วงต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รายได้เฉลี่ย 4,066.67 บาท (S.D. = 1,546.59) ทั้งสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 73.30 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จากโรคประจำตัว พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.70 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในด้านการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม

ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในด้านการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.30 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และบทบาทในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นคณะกรรมการหมู่บ้านหรือสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 63.30 และร้อยละ 76.70 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้กลุ่มอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลที่เหมือนกัน (Homogeneity)

อภิปรายผลการศึกษา

ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.00 (S.D. = 2.79) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 25.27 (S.D. = 2.61) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 21.83 (S.D. = 2.29) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง 23.93 (S.D. = 1.60) และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต 65.37 (S.D. = 4.89) ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทั้งสองหลังจาก 8 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.01 และ <0.01 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่า หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ตามลำดับ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนในกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้อง ผลการศึกษาได้สนับสนุนทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่ได้ออกแบบกิจกรรมทฤษฎีการเรียนรู้

ควบคู่กับการปฏิบัติจริง ซึ่งมีวิธีการ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การนำเสนอข้อมูล พร้อมกับการซักถามแบบรายบุคคลและอภิปรายรายกลุ่ม กิจกรรมให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ที่ถูกต้อง ซึ่งจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมอันจะส่งผลให้กลุ่มทดลองได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้ พร้อมฝึกปฏิบัติจริง และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพทำให้พัฒนา ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ์ หอสูติสีมา (2562) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ตำบลจระเข้หิน อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560 และวิไลวรรณ ภูศรีเทศ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่า กลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เป็นผลจากประสิทธิภาพ ของโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวน การเรียนรู้ และเกิดความคาดหวังในการทบทวนการเรียนรู้ ผลการศึกษาได้สนับสนุนทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคของโรเจอร์ และทฤษฎีการเรียนรู้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ผ่านกิจกรรม การวิเคราะห์ตนเองด้วยปม 7 สี โดยให้กลุ่มทดลองนำรายชื่อของตนเองไปติดที่กระดานปม 7 สี จราจร 7 สี ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง มีความเข้าใจที่ชัดเจน เกิดความตระหนักและ สนใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้และ ฝึกปฏิบัติจริงตามคำแนะนำอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ (2566) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง ของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติจริงใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้ ผลการศึกษาได้สนับสนุนทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์และทฤษฎีการเรียนรู้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ผ่านกิจกรรมรู้เท่าทันเข้าถึงสื่อ ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ “คนดงเจนรุ่นใหม่ ใส่ใจสุขภาพ” (กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT ของสมพร กันทรดุษฎี เติริยมชัยศรี เป็นความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาท จากงานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การทำสมาธิแบบสมถะ หายใจเข้า พุทฺธ หายใจออก โธ นั้น สามารถช่วยให้คลายเครียดได้ดี โดยการทำสมาธิบำบัด SKT1 และ SKT2 เพื่อลดค่าความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมเลฆมงคลเสริมสุขภาพ: 661 (น้ำตาล 6 ช้อนชา ไขมัน 6 ช้อนชา และเกลือ 1 ช้อนชา) นำเสนอการรับประทานอาหารที่ตรงกับโรคกลุ่มตัวอย่างออกมาแลกเปลี่ยนถึงเมนูอาหารที่ตนเองชื่นชอบ และรับประทานอยู่เป็นประจำรวมถึงบอกปริมาณที่ทานอย่างเหมาะสม กิจกรรมอารมณ์ดีจิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ รู้จักผ่อนคลาย พักผ่อนให้เพียงพอและกิจกรรมชาวดงเจนร่วมใจ ลด ละ เลิก บุหรี่เหล้า) ซึ่งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติจริงเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค รับทราบ

ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลด ความรุนแรงของการเกิดโรคได้ ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนสถานการณ์ ผลการศึกษาได้สนับสนุนทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของแบนดูรา โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง (กิจกรรมม่วนกัน ฉันทเล่า) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง จากบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านรูปแบบการเล่าเรื่องราวโดยใช้วาทีศิลป์ วัฒนธรรมของภาคเหนือ “อุ้มคำเมืองจูงใจ ให้สุขภาพดี” เพื่อเสริมสร้างความคาดหวัง ความตระหนัก และความตั้งใจต่อการปฏิบัติเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ (2566) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมเรียนรู้ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติจริง ผลการศึกษาได้สนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ซึ่งมีการติดตามให้กำลังใจ บันทึกค่าความดันโลหิต และการออกกำลังกายสมารถบำบัด SKT พร้อมกับให้ความรู้ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อติดตามผลระหว่างดำเนินการทดลองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองมีความมุ่งมั่นตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความตระหนักและแรงจูงใจจากกลุ่มทดลองด้วยกัน และได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้เข้าใจสาเหตุ ความรุนแรงโอกาสเสี่ยงของการเกิด

โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงได้ร่วมกิจกรรมส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและรู้วิธีการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพ ทำให้ค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิตรธิดา แจ่มใส และธิดิรัตน์ ราศิริ (2566) ได้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.01$)

และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองมีความมุ่งมั่นตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถประเมินวิเคราะห์ตนเองด้วยปิงปอง 7 สี เกิดความตระหนักและแรงจูงใจจากกลุ่มทดลองด้วยกัน และได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้เข้าใจสาเหตุความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงได้ร่วมกิจกรรมส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องวิธีการดูแลตนเอง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและรู้วิธีการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพทำให้ค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย มีการจัดกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคทุกกิจกรรม ทำให้ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น (วิไลวรรณ ภูศรีเทศ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทยา นนเลาพล (2567) ได้ศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในอนาคตควรเน้นไปที่การศึกษาในระยะยาวของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนมาออกแบบ และกำหนดการจัดกิจกรรมร่วมกันทุกภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ สู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งนี้จะต้องมีการปฏิบัติและติดตามอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนและวัดผลได้ ในขณะที่การศึกษานี้ได้ใช้สื่อการเรียนรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จึงจำเป็นจะต้องศึกษาและปรับให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้มีความสนุกสนาน น่าสนใจ เข้าใจง่าย และแสดงให้เห็นถึงผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่เน้นการเรียนรู้ภาคทฤษฎีควบคู่กับการปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีสื่อที่หลากหลายทั้งบุคคลต้นแบบผ่านการเล่าเรื่องราวด้วยภาษาถิ่นที่ฟังเข้าใจง่าย สามารถ คล้อยตามจนเกิดความประทับใจและโน้มน้าวใจอยากปฏิบัติตาม เช่น สื่อ YouTube, Smart phone, info graphic, VDO และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ซึ่งปรับไปตามบริบทของชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1-8 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายและการสนับสนุนทุนสำหรับสถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อเพิ่มกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนได้มาร่วมพบปะแลกเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ มีการระดมความคิดเห็น และมีการติดตามระดับความดันโลหิต ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และความคาดหวังในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้สามารถเรียนรู้ จดจำและนำไปใช้อย่างเหมาะสม เกิดความภาคภูมิใจและตั้งใจจะเป็นแกนนำต้นแบบด้านสุขภาพ ของคนในชุมชนต่อไป ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ ในการสร้างความเป็นเจ้าของของโครงการเพื่อให้ประสบความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. สถานบริการสุขภาพควรนำโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ไปขยายผลและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน รวมทั้งการนำโปรแกรมประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปใช้ในการวางแผน ดูแลสุขภาพ และเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น
2. สถานบริการสุขภาพควรมีการกำหนดแผนงาน โครงการ บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ เพื่อจัดโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้กับประชาชนทั่วไปและ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

3. สถานบริการสุขภาพควรมีการติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรม เพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ

4. สถานบริการสุขภาพควรมีการวัดผล ติดตามประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น



บรรณานุกรม

- กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*
ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา นุ่นยะพริก และคณะ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา. *วารสารสุศึกษา*,
42(1), 190-203.
- จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน
โรคการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุน
ทางสังคม. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 19(1), 11-25.
- ฉัตรสกุล แมบจันทิก และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ
และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโนนสูง
จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก*, 40(1), 195-219.
- เฉลิมพล แซ่โล้ว และชรากร บุญลี. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลสุสิงห์อำเภอสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและ*
สุขภาพชุมชน, 10(1), 172-177.
- โชติรส พลไชยมาตย์ และเสนอห์ แสงเงิน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก
อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา*,
10(1), 172-177.
- ธีรพิชชา โกสุม. (2563). ผลของโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยน
การบริโภคอาหารเค็มต่อระดับความดันโลหิต โซเดียมและความเครียดในผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่].
- นลินี หนูห้วง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 264-274.

- นันทยา นนเลาพล. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลโพธารณ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(4), 575-584.
- ประเสริฐ เล็กสรเสริญ. (2565). การพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารศาสตร์*,
22(2), 10-22.
- ปิยรัตน์ ชลสินธุ์, จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, นริมาลย์ นิละไพจิตร, & นพวรรณ เปียชื้อ. (2559).
ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิต ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ
ปริมาณโซเดียมที่ได้รับ และระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 63-75.
- พนิตนันท์ พรหมดำ และนิตยา สุขชัยสงค์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี
แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทานยา
ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกรุงเทพมหานคร โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี
แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทาน
ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 131-145.
- พิเชษฐ์ หอสูติสีมา. (2562). ผลของโปรแกรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง
ตำบลจระเข้หิน อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560. *วารสารวิชาการสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 25(2), 56-66.
- มิตรธิดา แจ่มใส และธิดิรัตน์ ราศิริ. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 6(1), 58-69.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ระดับเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 10 กรกฎาคม).
อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ข้อมูล HDC) ในช่วงปี 2563-2565
https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282f
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน. (2566). รายงานผลการคัดกรองตรวจสุขภาพประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี 2564-2565. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน.
- วรารณ คำรศ และสมฤดี ชื่นกิตติยานนท์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT)
ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดระดับความดันโลหิตในพระสงฆ์. *วารสารคุณภาพชีวิต
กับกฎหมาย*, 16(2), 65-78.

- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตร แห่งประเทศไทย.
- วิไลวรรณ ภูศรีเทศ. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุม ระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์].
- วีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน : กรณีศึกษา. *Journal of Roi Kaensarn Academi* 8(7), 211-225.
- ศตพร ศิลปะการสกล และวิราสิริ วสิริสิริ. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร*, 15(1), 166-183.
- สมพร เจริญชัยศรี. (2560). การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา. สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society).
- สุภาณี ไสทัน. (2566). ผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มารับบริการ โรงพยาบาลพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 468-478.
- โสพิน ศรีสมโภชน์ และรัชนิ หลงสวาสดี (2564). ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(2), 135-145.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and company.
- Becker, H. M., & Maiman, L. A. (1974). The Health Belief Mode l: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-347.

- Becker, M. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of dietary Compliance: A field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1997). *Research in Education* (8th ed). Allyn & Bacon.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Chunhua, M. (2018). An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & lung*, 47(2), 136-141.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Eslamimehr, F., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., Nikparvar, M., & Ghanbarnejad, A. (2024). Predictors of self-care behaviors in patients with hypertension: The integrated model of theories of “planned behavior” and “protection motivation. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 213.
- Felicia, C. J. H. T., Prawira, O., Hajira D., & Ngiap, C., T., . (2021). The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension a systematic review. *BMC Family Practice*, 22(44), 1-12.
- Janz, N. K., & Becker, H. M. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Lori, W. T., Sharon. B. H., Ro. D., & Ches. J. (2013, March 16). *Health Belief Model* <http://www.jblearning.com>
- Marikyan, D., & Papagiannidis, S. (2023). Protection Motivation Theory: A review. In S. Papagiannidis (Ed.), *TheoryHub Book*. <https://open.ncl.ac.uk/theories/10/protection-motivation-theory/>
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd Ed.). Appleton & Lange.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change¹. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.

- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change : A Revised theory of protection motivation.
In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-177). Guilford Press.
- Saeid, D., Parviz, D., & Shahnaz, T. (2020). The effectiveness of training program based on protective motivation theory on improving nutritional behaviors and physical activity in military patients with type 2 diabetes mellitus. *J Family Med Prim Care*, 9(7), 3328-3332.
- Stretcher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Quarterly*, 13(1), 73-92.
- Stretcher, V. J., Rosenstock, I. M., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*, 15(2), 175-183.
- World Health Organization. (2023, 16 March). *Hypertension*
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE
19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ประสิทธิภาพของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา
: EFFECTIVENESS OF APPLYING THE PROTECTION MOTIVATION THEORY AND SELF-CARE BEHAVIOR IN CONTROLLING BLOOD PRESSURE LEVELS AMONG INDIVIDUALS WITH PRE-HYPERTENSION IN DONGCHEN SUB DISTRICT, PHUKAMYAO DISTRICT, PHAYAO PROVINCE.

เลขที่โครงการวิจัย : HREC-UP-HSST 1.2/140/66

ผู้วิจัยหลัก : นายธนญภัสร์ ไชยมงคล

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา : นายแพทย์สรวิศ บุญญะ

สังกัดหน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราภรณ์ ดวงใจ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับรอง : 13 สิงหาคม 2566

วันหมดอายุ : 13 สิงหาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

วันที่เก็บข้อมูล

แบบสอบถามวัด ☐ ก่อน ☐ หลัง เข้าร่วมการวิจัย



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลดงเจน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดพะเยา

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นเครื่องมือการวิจัยของนิสิตปริญญาโท แผนก ข หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา
2. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามความคิดเห็นของท่านในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นตัวอย่างศึกษาที่มีความประสงค์และมีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมของมหาวิทยาลัยพะเยา ดังนั้น การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด
3. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวัง
ในประสิทธิผลของการตอบสนอง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ

คำอธิบาย

เกณฑ์การให้คะแนนในการตอบคำถาม ส่วนที่ 3 มีดังนี้

ลักษณะคำตอบ	เชิงบวก	เชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	5 คะแนน

ในการตอบคำถาม ส่วนที่ 4 มีดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามข้อคำถามต่อสัปดาห์
เป็นประจำทุกวัน

ปฏิบัติ 5-6 วัน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามข้อคำถามต่อสัปดาห์
บ่อยครั้งมาก

ปฏิบัติ 3-4 วัน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามข้อคำถามต่อสัปดาห์
ปานกลาง

ปฏิบัติ 1-2 วัน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามข้อคำถามต่อสัปดาห์
น้อยครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามข้อคำถามต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ

การสรุปผลการวิจัยในภาพรวม ซึ่งไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อท่าน เกิดประโยชน์และคุณค่า
ในการเสนอแนวทางกิจกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงา อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา จึงขอความกรุณา
ท่านตอบคำถามเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่ได้สละเวลา
อันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม มา ณ โอกาสนี้

ธนัญญ์นภสรร์ ไชยมงคล

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุปีบริบูรณ์
3. สถานภาพ
 - () 1. โสด () 2. สมรส
 - () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
 - () 5. อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () 4. อนุปริญญา/ปวส.
 - () 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - () 1. เกษตรกร () 2. ค้าขาย
 - () 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 4. รับจ้าง
 - () 5. ว่างาน () 6. แม่บ้าน
 - () 7. อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ย/เดือน ประมาณ บาท
7. ปัจจุบันท่านมีผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว หรือไม่ () 1. มี () 2. ไม่มี
8. ประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง () 1. มี () 2. ไม่มี
9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () 1. มี (โปรดระบุ) () 2. ไม่มี
10. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ () 1. ไม่สูบ () 2. สูบ (ประจำ) () 3. สูบ (นาน ๆ ครั้ง)
11. ท่านดื่มสุราหรือไม่ () 1. ไม่ดื่ม () 2. ดื่ม (ประจำ) () 3. ดื่ม (นาน ๆ ครั้ง)
12. บทบาทในชุมชน
 - () 1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน () 2. แกนนำในชุมชน
 - () 3. ผู้นำชุมชน () 4. คณะกรรมการหมู่บ้าน
 - () 5. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน เพียงข้อเดียว

ข้อความถาม	ใช่	ไม่ใช่
2.1 ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม		
1) การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงหรือมีรสเค็ม เป็นประจำจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
2) การรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่มีไขมันสูง เป็นประจำจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
3) การรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำ จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
4) การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
2.2 ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย		
1) การออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน เป็นประจำวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
2) การออกกำลังกายประเภทที่เหมาะสมเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
3) ถ้าระดับความดันโลหิต สูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่ควรออกกำลังกาย		
4) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง (ตีบ ตัน แตก) ได้		
2.3 ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด		
1) การที่มีความเครียดเป็นประจำจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ง่าย		
2) การระงับอารมณ์ไม่ให้ความเครียดในแต่ละวัน จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
3) การพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดความเครียด จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
2.4 ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่		
1) การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแข็งและอุดตัน		
2) การสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะสารนิโคตินจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานหนัก		
3) การสูบบุหรี่จะช่วยให้สบายใจขึ้น ลดความรู้สึกกดดัน เป็นการระงับอารมณ์ความเครียด สามารถลดความดันโลหิตได้		
2.5 ความรู้เรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
1) เมื่อเกิดความเครียด แล้วดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยให้ คลายกังวล และจะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้		
2) การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในปริมาณมากและติดต่อกัน จะส่งผลต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ เกิดความดันในเลือดสูง		

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
3) พฤติกรรมดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของท่าน ตามข้อคำถามที่เป็นจริงมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
3.1 การรับรู้ความรุนแรง					
1) การที่ท่านมีอาการปวดหัว เวียนหัว มึนงง หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยง่ายบ่อย ๆ คือ อาการที่แสดงถึงการมีระดับความดันโลหิตสูง					
2) การที่ท่านไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย ไม่ผ่อนคลายความเครียด จะส่งผลให้อาการของโรคความดันโลหิตสูง รุนแรงมากขึ้น					
3) การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตของท่านได้					
4) การที่ท่านควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคได้					
5) การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เป็นโรคหัวใจ หรือไตวายได้					
6) การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เส้นเลือดในสมองแตกกะทันหันและเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้					
7) การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้					
3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
1) การที่ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม เป็นประจำ เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลากระป๋อง จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น					

ข้อคำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
2) การที่ท่านรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูงและ คลอเลสเทอรอลสูง เช่น กุ้ง เนื้อหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอย เป็นต้น จะส่งผลให้ ระดับ ความดันโลหิตสูงมากขึ้น					
3) การที่ท่านเลือกวิธีออกกำลังกายที่หนักเกินไป หรือไม่เหมาะสม จะส่งผล ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตของท่านได้					
4) การที่ท่านรู้ตนเองว่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 180 และตัวล่างมากกว่า 110 ควรรีบพบแพทย์เพื่อลด ความเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค					
5) การที่ท่านระงับอารมณ์ไม่ได้ จนเกิด ความเครียด จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูง มากขึ้น					
6) การที่ท่านนอนหลับไม่สนิทตลอดคืนเป็น ประจำ หรือนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง จะส่งผลให้ระดับ ความดันโลหิตสูงมากขึ้น					
3.3 การคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง					
1) หากท่านรับประทานอาหาร ประเภท ต้ม ตูน นึ่ง ปิ้ง ลวก เช่น ผักต้ม ผักลวก ผักผลไม้สด ตามฤดูกาล จะช่วยควบคุม ระดับความโลหิต ให้เป็นปกติได้					
2) หากท่านเน้นรับประทานผักผลไม้ และ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติ เค็ม หวาน มัน จะช่วย ควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้					
3) หากท่านงดการรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ผลไม้ดอง จะช่วยควบคุมระดับ ความดัน โลหิตให้เป็นปกติได้					
4) หากท่านออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ จะช่วย ควบคุมระดับ ความดันโลหิตให้เป็นปกติได้					
5) หากท่านออกกำลังกายเป็นประจำท่านจะนอน					

ข้อคำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
หลับง่าย และหลับสนิท มากกว่า 8 ชั่วโมง จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้					
6) หากท่านไม่มีความเครียด จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้					
7) หากท่านมีปัญหาหรือความเครียด จะพูดคุยกับครอบครัวหรือรับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อผ่อนคลายความเครียด มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้					

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของท่านในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาของแต่ละสัปดาห์ตามข้อคำถามที่เป็นจริงมากที่สุด

ข้อคำถาม	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติ 5-6 วัน	ปฏิบัติ 3-4 วัน	ปฏิบัติ 1-2 วัน	ไม่เคยปฏิบัติ
4.1 การบริโภคอาหารที่เหมาะสม					
1) ท่านรับประทานอาหารที่มี โซเดียม (เครื่องปรุงต่าง ๆ เช่น เกลือ รสดี) มากกว่าวันละ 1 ช้อนชา					
2) ในการรับประทานอาหารของท่านแต่ละมื้อ ท่านมักจะเติมน้ำปลา น้ำพริกปลา ซีอิ้ว ซอสมะเขือเทศ เพิ่มลงในอาหารก่อนทุกครั้ง					
3) ท่านรับประทานอาหารคาวหรือหวานที่ใส่กะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงกะทิ ผักต้มกะทิ ขนมหวานที่ใส่กะทิ ขนม เบเกอรี่ เครื่องดื่มกาแฟสำเร็จรูป ชาไข่มุก เป็นต้น					
4) ท่านรับประทานผัก/ผลไม้ที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักบุ้ง ตำลึง ถั่วงอก แครอท มะเขือเทศ มะละกอ สับปะรด ส้ม ผักกาด ถั่วลิสง รวมกันมากกว่า ครึ่งกิโลกรัมต่อวัน					
5) ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมูติดมัน เนื้อวัว เกินกว่าวันละ 9 ช้อนโต๊ะ (ช้อนกินข้าว)					

ข้อคำถาม	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติ 5-6 วัน	ปฏิบัติ 3-4 วัน	ปฏิบัติ 1-2 วัน	ไม่เคยปฏิบัติ
6) ท่านรับประทานอาหาร สำเร็จรูป เช่น ข้าวกล่องสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ขนมกรุบกรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น					
4.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสม					
1) เมื่อท่านออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ รำวง รำไม้พอง ปั่นจักรยาน หรืออื่น ๆ ท่านจะสวมรองเท้าผ้าใบที่พอดีกับเท้า เพื่อให้การเคลื่อนไหวร่างกายคล่องตัว					
2) ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ รำวง รำไม้พอง ปั่นจักรยาน หรืออื่น ๆ ครั้งละ 30 นาที					
3) ท่านเลือกออกกำลังกายระดับ ปานกลาง คือ เคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยพอควร โดยหายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย แต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยค					
4) ท่านจะใช้เวลาในการทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ทำสวน ล้างรถ หรือ กิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ร่างกายมีเหงื่อออก แทนการออกกำลังกาย					
5) ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกาย หลังอาหารมื้อหลัก 2 ชั่วโมง					
6) ท่านสังเกตอาการตนเอง ระหว่างออกกำลังกาย เช่น อาการ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น					
7) เมื่อท่านออกกำลังกาย ท่านจะมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายที่เหมาะสมกับท่าน					
4.3 การจัดการความเครียด					
1) เมื่อท่านมีเรื่องกังวลใจ ไม่สบายใจ หรือมีความเครียด ท่านจะไปปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือโทรสายด่วน 1323					
2) เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจจะหากิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดด้วยการเล่นกีฬา ไปวัดทำบุญ ฟังเพลง เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด					
3) เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ทุกข์ ใจ มักจะดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด					
4) เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจ เบื่อ ชีวิต ไม่อยากทำอะไร ท่านมักจะเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่ต้องการพูดคุยกับใคร					
5) ทุกครั้งที่ท่านมีเรื่องทุกข์ใจ หรือ มีความเครียด ท่านสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้					

ข้อคำถาม	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติ 5-6 วัน	ปฏิบัติ 3-4 วัน	ปฏิบัติ 1-2 วัน	ไม่เคยปฏิบัติ
4.4 การสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์					
1) ท่านสามารถ ลด ละ เลิก หรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และปฏิเสธการสูบบุหรี่ทุกครั้ง เมื่อมีบุคคลอื่นชักชวน					
4.5 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์					
1) ท่านสามารถ ลด ละ เลิก หรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และปฏิเสธการดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ทุกครั้ง เมื่อมีบุคคลอื่นชักชวน					

แบบบันทึกระดับความดันโลหิต

การบันทึกค่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (ความดันซิสโตลิก) และค่าความดันขณะหัวใจคลายตัว (ความดันไดแอสโตลิก) ของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย ผู้ดูแลในครอบครัว อสม. หรือเจ้าหน้าที่

หมายเลข..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
รอบเอว.....ซม. ค่าดัชนีมวลกาย ซีพจร..... ครั้ง/นาที เวลาที่วัด.....น.

ครั้งที่	ว/ด/ป	ความดันซิสโตลิก (ตัวบน) (mmHg)	ความดันไดแอสโตลิก (ตัวล่าง) (mmHg)	ผู้ตรวจวัด	หมายเหตุ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

ครั้งที่	ว/ด/ป	ความดันซิสโตลิก (ตัวบน) (mmHg)	ความดันไดแอสโตลิก (ตัวล่าง) (mmHg)	ผู้ตรวจวัด	หมายเหตุ
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

แบบบันทึกการติดตามการปฏิบัติสมาธิบำบัด

วันที่	การปฏิบัติ สมาธิบำบัด (ก่อนหรือหลัง รับประทานอาหาร)	ช่วงเวลาใน การปฏิบัติ สมาธิบำบัด	ระยะเวลาในการปฏิบัติสมาธิบำบัด			ผลที่เกิดขึ้นหลังจาก การปฏิบัติสมาธิบำบัด
			10-20 นาที	20-40 นาที	45 นาที	
		เช้า				() ผ่อนคลาย เบาสบาย
		กลางวัน				() คลายความเครียด
		เย็น				() นอนหลับสนิท
		เช้า				() รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด
		กลางวัน				() มีนเวียนศีรษะ
		เย็น				
		เช้า				() ผ่อนคลาย เบาสบาย
		กลางวัน				() คลายความเครียด
		เย็น				() นอนหลับสนิท
		เช้า				() รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด
		กลางวัน				() มีนเวียนศีรษะ
		เย็น				
		เช้า				() ผ่อนคลาย เบาสบาย
		กลางวัน				() คลายความเครียด
		เย็น				() นอนหลับสนิท
		เช้า				() รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด
		กลางวัน				() มีนเวียนศีรษะ
		เย็น				
		เช้า				() ผ่อนคลาย เบาสบาย

วันที่	การปฏิบัติ สมาธิบำบัด (ก่อนหรือหลัง รับประทานอาหาร)	ช่วงเวลาใน การปฏิบัติ สมาธิบำบัด	ระยะเวลาในการปฏิบัติสมาธิบำบัด			ผลที่เกิดหลังจาก การปฏิบัติสมาธิบำบัด
			10-20 นาที	20-40 นาที	45 นาที	
		กลางวัน				() คลายความเครียด () นอนหลับสนิท
		เย็น				() รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด () มีนเวียนศีรษะ
		เช้า				() ผ่อนคลาย เบาสบาย
		กลางวัน				() คลายความเครียด () นอนหลับสนิท
		เย็น				() รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด () มีนเวียนศีรษะ
		เช้า				() ผ่อนคลาย เบาสบาย
		กลางวัน				() คลายความเครียด () นอนหลับสนิท
		เย็น				() รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด () มีนเวียนศีรษะ
		เช้า				() ผ่อนคลาย เบาสบาย

ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้านความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงหรือมีรสเค็มเป็นประจำจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.67	0.48	0.70	0.47	-0.273	0.786
หลังได้รับโปรแกรม	0.90	0.30	0.73	0.45	1.680	0.098
ข้อ 2 การรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่มีไขมันสูงเป็นประจำ จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.63	0.49	0.73	0.45	-0.823	0.414
หลังได้รับโปรแกรม	0.87	0.35	0.87	0.35	0.000	1.000
ข้อ 3 การรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำ จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.63	0.49	0.63	0.49	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	0.87	0.35	0.70	0.47	1.573	0.121
ข้อ 4 การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.70	0.47	0.60	0.49	0.803	0.425
หลังได้รับโปรแกรม	0.90	0.30	0.60	0.49	2.812	0.007

จากตาราง 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทุกข้อคำถาม ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 4

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 การออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ปั่นจักรยาน เป็นประจำวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.63	0.49	0.63	0.49	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	0.90	0.30	0.67	0.48	2.249	0.028
ข้อ 2 การออกกำลังกายประเภทที่เหมาะสม เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.70	0.47	0.63	0.49	0.540	0.591
หลังได้รับโปรแกรม	0.93	0.25	0.63	0.49	2.977	0.005
ข้อ 3 ถ้าระดับความดันโลหิต สูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่ควรออกกำลังกาย						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.60	0.50	0.57	0.50	0.258	0.798
หลังได้รับโปรแกรม	0.83	0.38	0.63	0.49	1.768	0.082

ด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 4 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง (ตีบ ตัน แตก) ได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.57	0.50	0.70	0.47	-1.064	0.292
หลังได้รับโปรแกรม	0.83	0.38	0.57	0.50	2.316	0.024

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทุกข้อคำถาม ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 1, 2 และ 4

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อความรู้เรื่องการจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อความรู้เรื่องการจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้านความรู้เรื่องการจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 การที่มีความเครียดเป็นประจำ จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ง่าย						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.57	0.50	0.63	0.49	-0.519	0.605
หลังได้รับโปรแกรม	0.83	0.38	0.57	0.50	2.316	0.024
ข้อ 2 การระงับอารมณ์ไม่ให้มีความเครียดในแต่ละวัน จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.53	0.51	0.60	0.50	-0.513	0.610
หลังได้รับโปรแกรม	0.77	0.43	0.67	0.48	0.850	0.399

ด้านความรู้เรื่องการจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 3 การพยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ ที่จะทำให้เกิดความเครียดจะช่วยควบคุม ระดับความดันโลหิตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.53	0.51	0.57	0.50	-0.255	0.799
หลังได้รับโปรแกรม	0.77	0.43	0.50	0.51	2.193	0.032

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการจัดการความเครียด ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทุกข้อคำถาม ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 1 และ 3

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อความรู้เรื่องการสูบบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อความรู้เรื่องการสูบบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสื่อมของ หลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแข็ง และอุดตัน						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.53	0.51	0.57	0.50	-0.255	0.799
หลังได้รับโปรแกรม	0.77	0.43	0.57	0.50	1.653	0.104
ข้อ 2 การสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะสารนิโคติน จะทำให้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น และทำงานหนัก						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.60	0.50	0.60	0.49	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	0.60	0.49	0.83	0.38	1.494	0.141

ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 3 การสูบบุหรี่จะช่วยให้สบายใจขึ้น ลดความรู้สึกกดดัน เป็นการระงับอารมณ์ ความเครียด สามารถลดความดันโลหิตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.47	0.51	0.53	0.50	-0.509	0.613
หลังได้รับโปรแกรม	0.73	0.45	0.57	0.50	1.351	0.182

จากตาราง 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการสูบบุหรี่ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ในทุกข้อคำถาม ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทุกข้อคำถาม ($p\text{-value} > 0.05$)

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อความรู้เรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อความรู้เรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้เรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 เมื่อเกิดความเครียด แล้วดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้คลายกังวล และจะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.50	0.51	0.60	0.50	-0.769	0.445
หลังได้รับโปรแกรม	0.77	0.43	0.57	0.50	1.653	0.104
ข้อ 2 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในปริมาณมากและติดต่อกันจะส่งผลต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ เกิดความดันในเลือดสูง						

ความรู้เรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.60	0.50	0.57	0.50	0.258	0.798
หลังได้รับโปรแกรม	0.83	0.38	0.53	0.51	2.594	0.012
ข้อ 3 พฤติกรรมดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	0.53	0.51	0.57	0.50	-0.255	0.799
หลังได้รับโปรแกรม	0.80	0.41	0.77	0.43	0.308	0.759

จากตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทุกข้อคำถาม ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้เรื่องการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 2

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 การที่ท่านมีอาการปวดหัว เวียนหัว มึนงง หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยง่ายบ่อย ๆ คืออาการที่แสดงถึงการมีระดับความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.03	0.76	3.40	0.67	-0.933	0.355
หลังได้รับโปรแกรม	4.53	0.68	3.27	0.58	7.735	0.000*

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 2 การที่ท่านไม่ควบคุมอาหารไม่ออก กำลัง กายไม่ผ่อนคลายความเครียด จะส่งผลให้อาการ ของโรคความดันโลหิตสูง รุนแรงมากขึ้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.20	0.96	3.33	0.96	-0.253	0.801
หลังได้รับโปรแกรม	4.40	0.77	3.43	0.73	4.996	0.000*
ข้อ 3 การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจ ส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือการดำเนิน ชีวิตของท่านได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.27	1.08	3.30	0.84	1.808	0.076
หลังได้รับโปรแกรม	4.60	0.62	3.37	0.67	7.400	0.000*
ข้อ 4 การที่ท่านควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ได้จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ของโรคได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.70	0.88	3.27	0.91	2.017	0.048
หลังได้รับโปรแกรม	4.40	0.62	3.67	0.76	4.097	0.000*
ข้อ 5 การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจ ส่งผลให้เป็นโรคหัวใจ หรือไตวายได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.70	0.75	3.57	0.97	0.595	0.554
หลังได้รับโปรแกรม	4.33	0.71	3.60	0.72	3.958	0.000*
ข้อ 6 การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจ ส่งผลให้เส้นเลือด ในสมองแตก กะทันหัน และ เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.70	0.75	3.57	0.86	0.609	0.545
หลังได้รับโปรแกรม	4.60	0.67	3.67	0.80	4.877	0.000*
ข้อ 7 การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจ ส่งผลให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.70	0.93	3.57	0.82	4.955	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	4.50	0.63	3.57	0.73	5.311	0.000*

จากตาราง 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value < 0.05) ในข้อคำถามที่ 4 และ 7 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 4 และ 7 มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นจากโปรแกรมที่ได้รับ

7. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 การที่ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม เป็นประจำ เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ปลากระป๋อง จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.33	0.88	3.67	0.88	-1.460	0.150
หลังได้รับโปรแกรม	4.57	0.63	3.77	0.82	4.256	0.000*
ข้อ 2 การที่ท่านรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูงและคอเลสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง เนื้อหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอย เป็นต้น จะส่งผลให้ระดับ ความดันโลหิตสูงมากขึ้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.83	0.79	3.63	0.85	0.943	0.350
หลังได้รับโปรแกรม	4.47	0.63	3.60	0.67	5.147	0.000*
ข้อ 3 การที่ท่านเลือกวิธีออกกำลังกายที่หนักเกินไป หรือไม่เหมาะสม จะส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.53	1.01	3.57	0.77	-0.144	0.886
หลังได้รับโปรแกรม	4.53	0.63	3.57	0.77	5.310	0.000*

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 4 การที่ท่านรู้ตนเองว่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 180 และตัวล่างมากกว่า 110 ควรรีบพบแพทย์ เพื่อลดความเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.77	0.97	3.47	0.86	1.266	0.210
หลังได้รับโปรแกรม	4.37	0.56	3.40	0.81	5.372	0.000*
ข้อ 5 การที่ท่านระงับอารมณ์ไม่ได้ จนเกิดความเครียด จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.83	0.83	3.50	1.01	1.395	0.168
หลังได้รับโปรแกรม	4.37	0.61	3.63	0.76	4.093	0.000*
ข้อ 6 การที่ท่านนอนหลับไม่สนิทตลอดคืนเป็นประจำ หรือนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.53	0.94	3.46	0.86	0.287	0.775
หลังได้รับโปรแกรม	4.60	0.56	3.60	0.77	5.741	0.000*

จากตาราง 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม

8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 หากท่านรับประทานอาหาร ประเภท ต้ม ตุ่น นึ่ง ปิ้ง ลวก เช่น ผักต้ม ผักลวก ผักผลไม้สด ตามฤดูกาล จะช่วยควบคุมระดับความโลหิตให้เป็นปกติได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.70	0.79	3.47	0.82	1.120	0.267
หลังได้รับโปรแกรม	4.47	0.63	3.47	0.73	5.683	0.000*
ข้อ 2 หากท่านเน้นรับประทานผักผลไม้ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติ เค็ม หวาน มัน จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.97	0.81	3.40	0.77	2.779	0.007
หลังได้รับโปรแกรม	4.53	0.63	3.30	0.65	7.462	0.000*
ข้อ 3 หากท่านงดการรับประทานอาหารหมัก ดอง เช่น ผักกาดดอง ผลไม้ดอง จะช่วยควบคุมระดับ ความดันโลหิตให้เป็นปกติได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.97	0.61	3.13	0.90	4.189	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	4.43	0.73	3.23	0.68	6.603	0.000*
ข้อ 4 หากท่านออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.00	0.64	3.13	0.82	4.557	
หลังได้รับโปรแกรม	4.53	0.82	3.23	0.63	6.905	

ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ของการตอบสนอง ต่อโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 5 หากท่านออกกำลังกายเป็นประจำ ท่านจะนอนหลับง่าย และหลับสนิท มากกว่า 8 ชั่วโมง จะช่วยควบคุมระดับ ความดันโลหิตให้เป็นปกติได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.93	0.52	3.00	0.74	5.635	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	4.43	0.73	3.17	0.75	6.653	0.000*
ข้อ 6 หากท่านไม่มีความเครียด จะช่วย ควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.13	0.57	3.37	0.96	3.746	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	4.46	0.73	3.40	0.81	5.344	0.000*
ข้อ 7 หากท่านมีปัญหาหรือความเครียด จะพูดคุยกับครอบครัวหรือรับคำปรึกษา จากบุคลากรทางการแพทย์ หรือสายด่วน สุขภาพจิต 1323 เพื่อผ่อนคลายความเครียด มีผลทำให้ระดับความดัน โลหิตลดลงได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.93	0.52	3.40	0.97	2.657	0.010
หลังได้รับโปรแกรม	4.43	0.73	3.30	0.75	5.940	0.000*

จากตาราง 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 2-7 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 2-7 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นไปจากโปรแกรมที่ได้รับ

9. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การบริโภคอาหารที่เหมาะสม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 ท่านรับประทานอาหารที่มี โซเดียม (เครื่องปรุงต่าง ๆ เช่น เกลือ รสดี) มากกว่าวันละ 1 ช้อนชา						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.17	0.65	3.57	0.77	-2.171	0.034
หลังได้รับโปรแกรม	4.43	0.68	3.67	0.61	4.613	0.000*
ข้อ 2 ในการรับประทานอาหารของท่านแต่ละมื้อ ท่านมักจะเติมน้ำปลา น้ำพริกปลา ซิอิ้ว ซอสมะเขือเทศ เพิ่มลงในอาหารก่อนทุกครั้ง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.20	0.85	3.23	0.97	-0.142	0.888
หลังได้รับโปรแกรม	4.23	0.73	3.53	0.82	3.498	0.001
ข้อ 3 ท่านรับประทานอาหารคาวหรือหวานที่ใส่กะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงกะทิ ผักต้มกะทิ ขนมหวานที่ใส่กะทิ ขนมหอม เบเกอรี่ เครื่องดื่มกาแฟสำเร็จรูป ชาไข่มุก เป็นต้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.30	0.75	3.30	0.91	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	4.03	0.89	3.50	0.78	2.473	0.016
ข้อ 4 ท่านรับประทานผัก/ผลไม้ที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักบุ้ง ตำลึง ถั่วงอก แครอท มะเขือเทศ มะละกอ สับปะรด ส้ม ผักกาด ถั่วลิสง รวมกันมากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน						

การบริโภคอาหารที่เหมาะสม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.23	0.86	3.36	0.67	-0.671	0.505
หลังได้รับโปรแกรม	4.07	0.74	3.27	0.74	4.189	0.000*
ข้อ 5 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู ติดมัน เนื้อวัว เกินกว่าวันละ 9 ช้อนโต๊ะ						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.43	0.77	3.43	0.68	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	4.10	0.71	3.33	0.80	3.915	0.000*
ข้อ 6 ท่านรับประทานอาหาร สำเร็จรูป เช่น ข้าวกล่องสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ขนมกรุบกรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.07	0.87	3.07	0.78	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	3.93	0.69	3.33	0.80	3.103	0.003

จากตาราง 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 1 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 1 มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นจากโปรแกรมที่ได้รับ

10. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

การออกกำลังกายที่เหมาะสม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 เมื่อท่านออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ รำวง รำไม้พอง ปั่นจักรยาน หรืออื่น ๆ ท่านจะสวมรองเท้าผ้าใบที่พอดีกับเท้า เพื่อให้การเคลื่อนไหวร่างกายคล่องตัว						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.27	0.87	3.27	0.87	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	3.83	0.87	3.30	0.60	2.761	0.008
ข้อ 2 ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ รำวง รำไม้พอง ปั่นจักรยาน หรืออื่น ๆ ครั้งละ 30 นาที						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.27	0.87	3.23	0.77	0.157	0.876
หลังได้รับโปรแกรม	3.67	0.84	3.43	0.68	1.180	0.243
ข้อ 3 ท่านเลือกออกกำลังกายระดับปานกลาง คือ เคลื่อนไหวร่างกาย จนรู้สึกเหนื่อยพอควร โดยหายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย แต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยค						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.30	0.79	3.27	0.91	0.151	0.880
หลังได้รับโปรแกรม	3.70	0.53	3.30	0.70	2.482	0.016
ข้อ 4 ท่านจะใช้เวลาในการทำงานบ้าน ปลุกต้นไม้ ทำสวน ล้างรถ หรือกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อให้ร่างกายมีเหงื่อออก แทนการออกกำลังกาย						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.73	0.94	3.33	0.84	1.730	0.089
หลังได้รับโปรแกรม	4.10	0.61	3.37	0.67	4.446	0.000*

การออกกำลังกายที่เหมาะสม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 5 ท่านมีการเคลื่อนไหวร่างกาย หลังอาหารมื้อหลัก 2 ชั่วโมง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.27	0.78	3.27	0.87	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	4.33	0.61	3.33	0.66	6.106	0.000*
ข้อ 6 ท่านสังเกตอาการตนเอง ระหว่าง ออกกำลังกาย เช่น อาการ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.33	0.71	3.20	0.80	0.680	0.499
หลังได้รับโปรแกรม	4.07	0.69	3.37	0.67	3.986	0.000*
ข้อ 7 เมื่อท่านออกกำลังกาย ท่านจะมีการยืด เหยียดกล้ามเนื้อ อบอุ่นร่างกายก่อนออก กำลังกายที่เหมาะสมกับท่าน						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.17	0.91	3.13	0.90	0.142	0.887
หลังได้รับโปรแกรม	4.10	0.71	3.27	0.69	4.599	0.000*

จากตาราง 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม

11. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการจัดการความเครียดเหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการจัดการความเครียดเหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 เมื่อท่านมีเรื่องกังวลใจ ไม่สบายใจ หรือมีความเครียด ท่านจะไปปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือโทรสายด่วน 1323						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.20	0.71	3.20	0.71	0.000	1.000
หลังได้รับโปรแกรม	4.27	0.64	3.37	0.67	5.327	0.000*
ข้อ 2 เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ จะหากิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย ความเครียด ด้วยการเล่นกีฬา ไปวัดทำบุญฟังเพลง เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.20	0.92	3.37	0.93	-0.697	0.489
หลังได้รับโปรแกรม	4.27	0.52	3.40	0.62	5.854	0.000*
ข้อ 3 เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ทุกข์ใจ มักจะดื่มสุรา หรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.17	0.75	3.68	0.80	-2.499	0.015
หลังได้รับโปรแกรม	4.40	0.56	3.27	0.69	6.960	0.000*
ข้อ 4 เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจ เบื่อชีวิต ไม่อยากทำอะไรท่านมักจะเก็บตัว อยู่คนเดียว ไม่ต้องการพูดคุยกับใคร						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.10	0.71	3.23	0.77	-0.694	0.490
หลังได้รับโปรแกรม	4.07	0.52	3.50	0.68	3.616	0.001

การจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 5 ทุกครั้งที่ท่านมีเรื่องทุกข์ใจหรือมีความเครียดท่านสามารถจัดการกับความเครียดของท่านเองได้						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.17	0.87	3.33	0.76	-0.789	0.433
หลังได้รับโปรแกรม	4.37	0.56	3.53	0.90	4.316	0.000

จากตาราง 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการจัดการความเครียด ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในข้อคำถามที่ 3 และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านการจัดการความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม ซึ่งในข้อคำถามที่ 3 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นสูงขึ้นจากโปรแกรมที่ได้รับ

12. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 ท่านสามารถ ลด ละ เลิก หรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และปฏิเสธการสูบบุหรี่ทุกครั้ง เมื่อมีบุคคลอื่นชักชวน						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.57	0.73	3.43	0.86	0.649	0.519
หลังได้รับโปรแกรม	4.20	0.71	3.50	0.78	3.633	0.001

จากตาราง 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อ ด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

13. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ข้อ 1 ท่านสามารถ ลด ละ เลิก หรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และปฏิเสธการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกครั้ง เมื่อมีบุคคลอื่นชักชวน						
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.23	0.82	3.33	0.84	-0.466	0.643
หลังได้รับโปรแกรม	4.07	0.83	3.33	0.76	3.579	0.001

จากตาราง 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้อด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้านพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ธนญญ์นภสสร ไชยมงคล
วัน เดือน ปี เกิด	17 สิงหาคม 2541
สถานที่เกิด	พะเยา
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2560 ส.บ.(สาธารณสุขชุมชน), วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, พิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	122 หมู่ 8 ตำบลห้วยยางงาม อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

