

# ประสิทธิผลการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

## THE EFFECTIVENESS FOR COMPLICATIONS PREVENTION IN ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS, BANG SAI DISTRICT, AYUTTHAYA PROVINCE

กรองทอง คมรัตน์ปัญญา (Krongthong Komrattanapanya)<sup>1\*</sup>  
ชัยยง ขามรัตน์ (Chaiyong Khamrat)<sup>2</sup>  
ทองหล่อ เดชไทย (Thonglaw Dejthai)<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการจัดการคุณภาพของเคมิ่งในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูง อำเภอบางไทร อายุ 40 ปี ขึ้นไป ระดับความดันโลหิตระหว่าง 120/80 มิลลิเมตรปรอท ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 70 คน เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวม 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จึงควรสนับสนุนรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆ ที่มีลักษณะประชากรและบริบทที่ใกล้เคียงกันต่อไปได้

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนลี้คางจี้ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
นิติติปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

\* Corresponding author, e-mail: kongtong.2008@gmail.com

## ABSTRACT

This quasi-experimental research study aimed to examine and compare knowledge of hypertension, perceptions of complications, and practices for complication prevention of essential hypertension patients in Bang Sai District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The study was conducted by applications of Health belief model theory, Social support theory, and Demming's quality cycle for organization of activities. The sample consisted of 70 patients purposively selected according to the established requirements : patients at Amphoe Bang Sai hypertension clinic, aged 40 years and older with hypertension levels ranging 120/80-160/95 mmHg, and without complications. Thirty-five patients were assigned into an experimental group receiving organization of complication prevention activities for 12 weeks, and the other 35 patients were assigned into a comparison group. Data were collected twice, before and after the experiment using a questionnaire. The collected data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, paired samples t-test, and independent samples t-test.

The study findings revealed that after the experiment the experimental group had a mean score on knowledge of hypertension condition, perceptions of severity, perceptions of risk opportunity to generate complications, perceptions of usefulness of practice for complication prevention, and practice for complication prevention at a high level; increased from before the experiment, and significantly higher than the comparison group ( $p < 0.05$ ). Therefore, the mentioned model should be supported to apply to other communities with demographic characteristics and contexts close to one another in the future.

**คำสำคัญ :** ประสิทธิผลการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

**Keywords :** The effectiveness for complications prevention , Essential hypertensive patient

## บทนำ

ในปีพ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้ภาวะความดันโลหิตสูงเป็น 1 ใน 6 โรค ที่ให้มีการรณรงค์และควบคุมเพื่อลดภาวะที่ทำให้คนไทยมีอัตราป่วยหรือตายสูง และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อระบบต่างๆของร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา จากสถิติจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2550) พบว่าอัตราป่วยภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก

ที่สุดในระดับเขต โดยเพิ่มขึ้นจาก 3,788 เป็น 3,935 และ 4,505 ต่อแสนประชากร ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ สถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2550) สูงเป็นอันดับ 3 จาก 10 อันดับโรคที่สำคัญ และสำหรับสถิติผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงเป็นอันดับ 3, 2 และ 1 โดยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 755.5 เป็น 792.7 และ 910.1 ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ อัตราส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน กับไม่มีภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 1 : 9.1 อัตราภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ สำหรับอำเภอบางไทร สถานการณ์ผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นจาก 4,555 เป็น 5,262 และ 7,344 ในปี 2548 , 2549 และ 2550 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางไทร, 2550) และในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังกล่าว มีความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพียงร้อยละ 54.9 ส่วนที่เหลือร้อยละ 45.1 ไม่สามารถควบคุมได้ พบอัตราภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดในสมองสูงสุดจากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 30 ราย ถึงสาเหตุหรือปัจจัยต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ถึงสาเหตุอาการ การรักษา รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ อีกทั้งยังมีปัญหาอุปสรรคในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาต่อเนื่อง การจัดการความเครียด และรวมถึงการมาพบเจ้าหน้าที่ตามนัดในบางครั้ง นอกจากนี้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าหลังจัดกิจกรรมให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่มเรื่องภาวะความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รวมถึงการรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (รัตน, 2546) หลังการใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมพลังความคิด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (จินตนา, 2545) นอกจากนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

(วรรณ, 2549) พบว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากสภาพปัญหา ร่วมกับการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยทราบว่า ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ต้องเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยอยู่เป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดความเครียดสูงในการที่ต้องพบกับความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสามารถคุกคามชีวิตได้ตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศในอนาคต ภาวะดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และญาติหรือผู้ดูแลก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม พัฒนาคำความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม พร้อมศึกษาและเปรียบเทียบผลหลังการจัดกิจกรรมดังกล่าว เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ทั้งนี้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้แนวคิดการจัดการคุณภาพของเดิม เป็นกรอบในการศึกษา

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Two Group Design) คือ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัย

เป็นผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบางไทรอีกทั้งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตระหว่าง 120/80 มิลลิเมตรปรอทถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งสิ้นจำนวน 280 ราย สุ่มเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ได้แก่ สามารถอ่านออกเขียนได้, สติสัมปชัญญะดี, มีญาติหรือผู้ดูแลติดต่อสื่อสารได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย คัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 70 ราย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 ราย จากตำบลช้างใหญ่ และตำบลสนามไชย ตามลำดับ

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการสอนผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง, PowerPoint, เครื่องชั่งน้ำหนัก/เครื่องวัดส่วนสูง, สายวัดรอบเอว และเครื่องวัดความดันโลหิตที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ, คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ชุดเมนูตัวอย่างอาหารสำหรับผู้ป่วย, อุปกรณ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและอุปกรณ์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลความรู้, การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน, การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

**การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ** ศึกษาทฤษฎีเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหาตามความมุ่งหมาย ถูกต้องตามเกณฑ์และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา และความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาความ

เชื่อมั่นของแบบสอบถาม ที่วัดความรู้ด้วย Kuder Richardson (KR.20) ได้ค่าเท่ากับ .821 สำหรับข้อมูลการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงตามหมวดต่างๆ ดังนี้ การรับรู้ความรู้แรง  $\alpha = .8059$  การรับรู้โอกาสเสี่ยง  $\alpha = .8406$  การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ  $\alpha = .8982$  การรับรู้อุปสรรค  $\alpha = .8505$  และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน  $\alpha = .8018$  ปรับปรุงแก้ไขจนได้เครื่องมือที่มีความสมบูรณ์ และนำเครื่องมือไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล การแปลผลคะแนนความรู้เป็นร้อยละ และนำมาจัดระดับแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80), ปานกลาง (คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-80) และระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) ส่วนข้อมูลการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนน (วรพจน์, 2544) คิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนและนำมาจัดระดับ คิดคะแนนจากคะแนน (สูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับขั้น ระดับมาก (ค่าเฉลี่ยของคะแนน = 2.34-3.00), ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยของคะแนน = 1.67-2.33) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยของคะแนน = 1.00-1.66)

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### 1. ระยะเตรียมการ ก่อนการทดลอง

1.1 ประชุมผู้เกี่ยวข้องชี้แจงวัตถุประสงค์ วางแผนและขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ประชุมกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ วางแผนและขอความร่วมมือในการวิจัย

1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองโดยตรวจสอบภาพเบื้องต้นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต

### 2. ระยะดำเนินการทดลอง จัดกิจกรรมโดยใช้

กระบวนการกลุ่ม ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ โดย

การนำเสนอ PowerPoint ร่วมกับอภิปรายกลุ่มพร้อม แจกเอกสารคู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ทั้งนี้มีการทดสอบก่อน – หลัง เพื่อประเมินส่วนขาด และความต้องการพัฒนาความรู้ของกลุ่มทดลอง)

**ครั้งที่ 2** จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการรับรู้โดยการ นำเสนอ PowerPoint ร่วมกับอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการนำเสนอตัวแบบด้านบวกด้านลบ

**ครั้งที่ 3** จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาและฝึกทักษะการปฏิบัติป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้วยการนำเสนอ Power Point การสาธิตรวมถึงการฝึกทักษะทดลองปฏิบัติจริง ร่วมกับอภิปรายกลุ่มถึงข้อจำกัดหรือปัญหาในการดำเนินการพร้อมร่วมเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (การออกกำลังกายการจัดการความเครียดการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด)

**ครั้งที่ 4** จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาและฝึกทักษะการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ต่อ) นำเสนอ Power Point และอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงวิธีการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ปัญหาในการดำเนินการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ไข ปัญหา(การควบคุมอาหาร)

หลังจัดกิจกรรมครบ 4 ครั้งมีการติดตามและสังเกตเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตัวผู้ป่วยและการได้รับแรงสนับสนุนจากญาติหรือผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยทีมผู้วิจัย

### 3. ระยะเวลาหลังการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูล หลังสิ้นสุดการทดลอง โดยแบบสอบถามชุดเดิม รวมทั้งตรวจสุขภาพเบื้องต้นสรุปและอภิปรายถึงผลการเปลี่ยนแปลงหลังดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานและร่วมเสนอแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุงร่วมกัน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ชุดเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการทดลอง 1 สัปดาห์ หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ทำการ

เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบการสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

## สถิติที่ใช้ในการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติในการหาคุณภาพเครื่องมือได้แก่สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder & Richardson Formula 20 : KR 20)

2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย ได้แก่ สถิติ Paired  $t$ -test และ Independent  $t$ -test

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-52 ปี รองลงมามีอายุระหว่าง 66-78 ปี เพศหญิง มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 28.5 รอบเอวเกิน สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 9,000 บาท ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงนาน 1 - 7 ปี บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยได้แก่ บิดา – มารดา เป็นความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-52 ปี และอายุระหว่าง 53-65 ปี เพศหญิง มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 28.5 รอบเอวเกิน สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 9,000 บาท ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงนาน 1 - 7 ปี บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยได้แก่ บิดา – มารดา

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)				
40 – 52	14	40.0	13	37.1
53 – 65	10	28.6	13	37.1
66 - 78	11	31.4	9	25.7
	$\bar{X} = 58.38$	Min = 43	$\bar{X} = 58.01$	Min = 40
	S.D. = 13.07	Max = 78	S.D. = 13.12	Max = 76
2. เพศ				
ชาย	8	22.9	6	17.1
หญิง	27	77.1	29	82.9
3. ระดับความดันโลหิต				
ปกติ	25	71.4	24	68.6
(ต่ำกว่า 140/90 mmHg.)				
สูง	10	28.6	11	31.4
(140/90 – 159/99 mmHg.)				
4. ค่าดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่า 18.5	0	0	3	8.5
18.5 – 23.4	10	28.6	10	28.6
23.5 – 28.4	11	31.4	8	22.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 28.5	14	40	14	40
5. ค่ารอบเอว				
ปกติ	12	34.3	11	31.4
เกิน	23	65.7	24	68.6
6. สถานภาพสมรส				
โสด	1	2.9	5	14.3
คู่	25	71.4	25	71.4
หม้าย/หย่า/แยก	9	25.7	5	14.3

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ศาสนา				
พุทธ	35	100	35	100
8. การศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้ศึกษา	2	5.7	4	11.4
ประถมศึกษา	30	85.7	28	80
มัธยมศึกษา	1	2.9	2	5.7
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2	5.7	1	2.9
9. อาชีพ				
ทำงานบ้าน	15	42.9	14	40.0
รับจ้าง	16	45.7	15	42.9
ค้าขาย	3	8.6	5	14.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.9	1	2.9
10. รายได้เฉลี่ย/เดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 9,000	27	77.1	29	82.8
9,001 – 17,000	5	14.3	5	14.6
> 17,001	3	8.6	1	2.9
$\bar{X}$ , S.D.	$\bar{X} = 7,643$	Min =1,000	$\bar{X} = 7,431$	Min = 40
Min – Max	S.D.= 11,323	Max=28,000	S.D.= 13,143	Max = 76
11. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย				
เป็นความดันโลหิตสูง				
1-7 ปี	28	80	26	74.3
8-14 ปี	3	8.6	4	11.4
15 ปี ขึ้นไป	4	11.4	5	14.3
12. บุคคลในครอบครัวผู้ป่วย				
เป็นความดันโลหิตสูง				
ไม่มี	10	28.6	12	34.3
บิดา-มารดา	15	42.8	14	40
พี่น้อง (ร่วมสายโลหิต)	10	28.6	9	25.7

เป็นความดันโลหิตสูง ( ตารางที่ 1 )

## 2. ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง

เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลางไม่

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้	ก่อนทดลอง (n = 35)			หลังทดลอง (n = 35)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	11.00	2.52	ปานกลาง	13.77	0.65	สูง	-6.19	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.86	2.45	ปานกลาง	11.11	2.36	ปานกลาง	-1.79	0.091

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้	ก่อนทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ก่อนทดลอง	11.00	2.52	ปานกลาง	10.86	2.45	ปานกลาง	-0.24	0.405
หลังทดลอง	13.77	0.65	สูง	11.11	2.36	ปานกลาง	-6.42	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

แตกต่างกัน ( ตารางที่ 2,3 )

## 3. การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับสูงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนการรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูงและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4, 5)



ตารางที่ 4. ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง (n = 35)					ระดับ	t	p-value
	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
1.การรับรู้ความรุนแรง	2.43	0.45	สูง	2.98	0.46	สูง	-7.37	0.000*
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.74	0.34	สูง	3.00	0.00	สูง	-4.44	0.000*
3.การรับรู้ผลดี	2.70	0.41	สูง	2.98	0.13	สูง	-3.67	0.000*
4.การรับรู้อุปสรรค	2.24	0.48	ปานกลาง	2.91	0.26	สูง	-6.34	0.000*
การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง (n = 35)					ระดับ	t	p-value
	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง				
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
1.การรับรู้ความรุนแรง	2.54	0.45	สูง	2.58	0.36	สูง	-1.22	0.117
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.80	0.34	สูง	2.83	0.29	สูง	-1.36	0.091
3.การรับรู้ผลดี	2.73	0.42	สูง	2.76	0.40	สูง	-1.00	0.162
4.การรับรู้อุปสรรค	2.28	0.52	ปานกลาง	2.29	0.54	ปานกลาง	-1.76	0.092

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
<b>1. การรับรู้ความรุนแรง</b>								
ก่อนทดลอง	2.43	0.45	สูง	2.54	0.04	สูง	-1.06	0.146
หลังการทดลอง	2.98	0.46	สูง	2.58	0.36	สูง	6.63	0.000*
<b>2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b>								
ก่อนทดลอง	2.74	0.34	สูง	2.80	0.34	สูง	-0.64	0.262
หลังการทดลอง	3.00	0.00	สูง	2.83	0.29	สูง	3.39	0.001*
<b>3. การรับรู้ผลดี</b>								
ก่อนทดลอง	2.70	0.41	สูง	2.73	0.42	สูง	0.07	0.472
หลังการทดลอง	2.98	0.13	สูง	2.76	0.40	สูง	3.09	0.002*
<b>4. การรับรู้อุปสรรค</b>								
ก่อนทดลอง	2.24	0.48	ปานกลาง	2.28	0.52	ปานกลาง	-0.36	0.362
หลังการทดลอง	2.91	0.26	สูง	2.29	0.54	ปานกลาง	6.35	0.000*

4. การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 6, 7)

ตารางที่ 6. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติ	ก่อนทดลอง (n = 35)			หลังทดลอง (n = 35)			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	1.96	0.03	ปานกลาง	2.45	0.16	สูง	-9.13	0.0001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.94	0.13	ปานกลาง	1.95	0.12	ปานกลาง	-0.82	0.20

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 7. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติ	ก่อนทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	1.96	0.30	ปานกลาง	1.94	0.16	ปานกลาง	0.31	0.38
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.54	0.16	สูง	1.95	0.12	ปานกลาง	14.72	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## วิจารณ์

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ได้มีการวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมถึงญาติหรือผู้ดูแล อีกทั้งดำเนินการตามแผนร่วมกัน ด้วยการประเมินความรู้ผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม เพื่อค้นหาส่วนขาดของผู้ป่วย และพัฒนาความรู้ให้ตรงประเด็นตามส่วนขาดดังกล่าว ทั้งนี้มีการบรรยายประกอบ PowerPoint ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม ภายหลังการบรรยายให้ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล สรุปประเด็นสำคัญต่างๆ และเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายซักถาม สมมติสถานการณ์ในแต่ละประเด็น ให้ผู้ป่วยได้มีการถาม-ตอบทบทวนความแม่นยำ ความเข้าใจ ในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งผู้วิจัยได้สร้างเอกสารคู่มือสำหรับผู้ป่วย ประกอบการให้ความรู้และแจกให้ผู้ป่วยทุกคน ไว้สำหรับทบทวนความรู้ ทั้งนี้เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความจำและมีความเข้าใจที่ถูกต้องแม่นยำ

เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของจิรวดี (2547) พบว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรวลัย (2546) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้วยการประชุมกลุ่ม และระดมความคิดร่วมกัน ในการส่งเสริมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าหลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยด้านบวก ด้านลบ มีการเน้นบทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การสาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการจัดการความเครียด รวมถึงการฝึกทักษะการปฏิบัติ อภิปรายปัญหาการใช้ยา รวมถึงการมาตรวจตามนัด อภิปรายอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ฝึกทักษะการจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ภายหลังการอภิปรายและการจัดกิจกรรมต่างๆ มีการให้กลุ่มทดลอง และญาติหรือผู้ดูแล สรุปประเด็นสำคัญต่างๆ และเปิดโอกาสให้มีการทดลองปฏิบัติ และอภิปรายถึงปัญหาในการปฏิบัติร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ รวมทั้งการเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา การประยุกต์

กิจกรรมต่างๆให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต และสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคน เน้นบทบาทของญาติหรือผู้ดูแลที่จะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ขณะอยู่ร่วมกันภายในครอบครัว ส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะต้องกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ หรือร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลการให้การสนับสนุนของญาติหรือผู้ดูแล หลังจัดกิจกรรมเสร็จสิ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการนำปัญหาในการปฏิบัติมาอภิปรายและวางแผนแก้ไขร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง โดยให้ความรู้ผู้ป่วยร่วมกับกระบวนการประชุม เพื่อระดมพลังความคิด เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ร่วมกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภาวะความดันโลหิตสูง ถูกต้องเหมาะสมสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (จินตนา, 2545) และสอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค (รัตนา, 2550) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณ (2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและ

สมาชิกในครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วรรณ, 2549) สรุปได้ว่าการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการจัดการคุณภาพของเคมมิ่ง จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลอง มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนถูกต้องในระดับสูงเพิ่มมากขึ้น จึงควรสนับสนุนรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆ ที่มีลักษณะประชากรและบริบทที่ใกล้เคียงกันต่อไปได้

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ กล่าวคือการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดจัดการคุณภาพของเคมมิ่ง เป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชนอื่น ที่มีลักษณะพื้นที่ และประชากรใกล้เคียงกันได้

2. อาจนำคู่มือและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เช่น บุคคลในครอบครัวที่มีญาติสายตรงเป็นผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง บุคคลที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ (มีภาวะอ้วน) เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ซึ่งแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุง อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย รวมถึงนายกเทศมนตรีตำบล

ราชการาม ในการสนับสนุนงบประมาณ และสถานที่  
อบรม เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโซนสร้างสรรค์  
หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนคึกคางค์ หัวหน้าศูนย์สุขภาพ  
ชุมชนตำบลสนามชัย อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่ม  
ตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมและ  
เก็บรวบรวมข้อมูลทำให้การศึกษาครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. 2550. สถิติสาธารณสุข กรุงเทพฯ:

สำนักระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข

จินตนา วิเศษสาธิต. 2545. ผลของการใช้กระบวนการ  
ประชุมเพื่อระดมพลังความคิดโดยประยุกต์  
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อ  
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง  
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ พม. มหิดล:  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราวดี สีนไชย. 2547. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วย  
กระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้  
ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.  
วิทยานิพนธ์ พม.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น

ไพวัลย์ นรสิงห์. 2546. การประยุกต์ใช้แนวคิดเทคนิค  
AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุในตำบลเขา  
รวกอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,  
ขอนแก่น.

รัตนา เรือนอินทร์. 2550. ความเชื่อด้านสุขภาพและ  
พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะ  
ความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ  
ข่ายโรงพยาบาลจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
เชียงใหม่

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. 2550. สรุปผลงาน  
ประจำปี ปีที่ 30 (ฉบับที่ 1) : 5

วรรณภา รัชตะไพบูลย์. 2549. ความเชื่อด้านสุขภาพและ  
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิต  
สูงโรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
เชียงใหม่

วรพจน์ พรหมสัตย์พรต. 2544. เอกสารการสอนวิชา  
หลักการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่  
1. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2550.  
สรุปผลงานประจำปี ปีที่ 30 (ฉบับที่ 1) : 5

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางไทร. 2550. สรุปผลงาน  
ประจำปี ปีที่ 10 (ฉบับที่ 1) : 3