

ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย



งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเงินรายได้ประจำปี 2555 ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

มกราคม 2556

ประกาศคุณูปการ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี โดยได้รับความร่วมมือจากคณะผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี บุคลากร และหน่วยงานต่างๆ ที่อำนวยความสะดวกแก่คณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่างๆ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่เห็นความสำคัญของงานวิจัย และให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้



คณะผู้วิจัย

มกราคม 2556

ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
 คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ครอบครัว (The effects of a family nursing intervention program based on the illness belief model on the health behaviors of the Hypertensive patients and health care behaviors of their families). 106 หน้า. ปี พ.ศ. 2556

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี หมู่ 6, หมู่ 7, ตำบลองครักษ์, ตำบลชุมพล, ตำบลบึงศาล, ตำบลคลองใหญ่ จังหวัดนครนายก จำนวน 40 ครอบครัว เลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ด้วยการสนทนากับบัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ การแยกแยะปัญหา การสะท้อนคิด การสรุป โดยการทำเป็นระบบครอบครัว ทั้งหมด 20 ครอบครัว แต่ครั้งจะใช้การสนทนากับบัดทั้ง 4 ขั้นตอนตามโปรแกรมโดยใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบด้วยค่าทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้เกี่ยวข้องนำรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนำมาประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้

KEYWORDS: FAMILY NURSING INTERVENTION PROGRAM BASED ON THE ILLNESS BELIEF MODEL/ HYPERTENSIVE PATIENTS/ FAMILY

(THE EFFECTS OF FAMILY NURSING INTERVENTION PROGRAM BASED ON THE ILLNESS BELIEF MODEL ON THE HEALTH BEHAVIORS OF THE HYPERTENSIVE PATIENTS AND HEALTH CARE BEHAVIORS OF THEIR FAMILIES). 106 P. 2013.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of family nursing intervention program based on the illness belief model (FNI-IBM) on the health behaviors of the Hypertensive patients and health care behaviors of their families. The sample consisted of 40 patients and their families receiving the Moo 6, Moo7 Ongkarak township, Chumphon township, Buengsan township, Khlongyai township, HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Nakhonnayok province. The samples were randomly assigned to the control and experimental group. Twenty patients and their families of the control group received regular program and the other 20 pairs of the experimental group received the FNI-IBM. The samples received FNI-IBM with conversation therapy feature 4 procedures are; 1) Engagement 2) Assessing, uncoverage and distinguishing illness belief 3) Intervening and challenging constraining beliefs and 4) Distinguishing change: Bringing forth facilitating illness beliefs. The intervention for 20 families samples In this program 4 session ,one week for each session, one session is 2 hours for change health behaviors; eating, exercise, stress, medicine, follow up. The sample in the both groups were assessed the health behaviors at prior to the experimental and four weeks after the experimental. Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, and Independent t-test.

The results revealed that the Hypertensive patients and their families that received the FNI-IBM program had the average score of health behaviors were significantly high more than the Hypertensive patients and their families that received the regular nursing care program in the hospital. (p -value $< .01$) This finding was likely to support the Illness Belief Model program could change the health behaviors of the Hypertensive patients and their families. In consequence, the health services team especially nurse should to apply this program to care the other chronic disease example Diabetic, Heart for adjust the constraining beliefs become to facilitative beliefs for appropriate health behaviors of patients and their families.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดโรคความดันโลหิตสูง.....	8
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	12
แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ.....	15
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	19
รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย.....	22
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	35
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
บทที่	
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	44
ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว.....	49
การเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	50
การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	51
5 สรุปและอภิปรายการวิจัย.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	54
การอภิปรายผล.....	55
ข้อเสนอแนะ.....	58
บรรณานุกรม.....	59
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก.....	65
ภาคผนวก ข.....	67
ภาคผนวก ค.....	98
ภาคผนวก ง.....	100
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	105

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แนวทางการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย.....	10
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ($n = 40$).....	45
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ($n = 40$).....	49
4	การเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ในระยะก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	51
5	การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ในการดูแล ผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	52



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยมูลนิธิโรคหัวใจโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรโลก 1 ใน 3 จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ [สสส], 2551) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยจากเดิมร้อยละ 11.0 ในปี พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ใน พ.ศ. 2547 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และยังคงพบว่าเป็นปี พ.ศ.2551 มีอัตราป่วยและอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 860.53 และ 3.9 ตามลำดับ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2551) นอกจากนี้ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขคาดว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้ดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง จึงนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งหากมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (วัชชัย ภาสุรกุล, 2552) ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก มีจำนวนมาก และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังสถิติปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 14,879 คน เพิ่มขึ้นเป็น 15,187 คน ในปี พ.ศ. 2551 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 18,283 คน ในปี พ.ศ. 2552 (งานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2552)

โรคความดันโลหิตสูงยังทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและดูแลสูงถึงปีละ 79,263 ล้านบาท และจากสถิติค่ารักษาพยาบาลในปี 2551 พบว่าผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด มีค่ารักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 4,586 บาทต่อราย และเมื่อเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาจะเพิ่มเป็น 29,571 บาทต่อราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2551) นอกจากโรคความดันโลหิตสูงจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวและครอบครัวทั้งระบบด้วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จะสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัว และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้หลากหลาย และยังสามารถส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วย

ของบุคคลด้วยกัน การดูแลสุขภาพตนเองมีพื้นฐานเริ่มจากการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในส่วนตัวผู้ป่วยเอง และในส่วนของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งสามารถส่งผลให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเพิ่มขึ้น (Wright & Leahey, 2009)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีออกมา (Becker, M. H, 1974) และหากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และจากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ศศิธร อุดตะมะ, 2547) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (รัตนา เรือนอินทร์, 2550) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีการปรับบทบาทหน้าที่ และการช่วยเหลือกันทำหน้าที่ครอบครัวอย่างเหมาะสม จะทำให้ครอบครัวคงความสมดุลไว้ได้ โดยการทำหน้าที่ครอบครัวมีการยืดหยุ่นเหมาะสมตามสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Wright & Leahey, 2009)

นอกจากนี้หากสมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม มีการให้ความรัก ให้กำลังใจ มีการร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ มีการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพัน ห่วงใย เอาใจใส่ต่อกัน รวมทั้งมีการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ มีส่วนช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อโรคที่ตนเองเป็นและปรับตัวเข้ากับครอบครัวได้ดีขึ้น (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) และการทำหน้าที่ครอบครัวในเรื่องการสนับสนุนต่างๆของครอบครัวยังทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Siu & Phillips, 2002) นอกจากนี้ยัง

พบว่าปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรังได้ (Leung, Chen, Lue, & Hsu, 2007) และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่นสมาชิกคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จะเกิดผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่น ๆ ของครอบครัว (Wright & Leakey, 2009) จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม (วิริยะ สัมปทานุกุล, 2542) และครอบครัวที่มีสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย มีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี จะให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tang, & Chen, 2002) นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และค่านิยมของสมาชิกในครอบครัวยังมีส่วนช่วยในการสนับสนุนผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนสุขภาพของผู้ป่วย (Denham, Manooogian, & Schuster, 2007)

จากที่กล่าวมาข้างต้นปัจจัยผู้ป่วย และปัจจัยครอบครัวได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ล้วนมีผลและมีความสำคัญกับต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพราะหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และควบคุมไม่ได้เป็นเวลานาน ก็จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และเกิดผลกระทบมากมายหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ และยังมีผลต่อภาวะจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจด้วยเช่นกัน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก หน่วยงานการพยาบาลศูนย์มิตรภาพบำบัด และส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงได้มีการทำวิจัยเรื่องปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 47.3 ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาทำวิจัยต่อยอดเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลขั้นสูง (Illness Belief Model: IBM) (Wright, Watson, & Bell, 1996) มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และครอบครัว โดยมีเป้าหมาย คือ การสนทนากับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ

ครอบครัวยังช่วยให้ผู้วิจัยได้รู้ถึงความเชื่อที่จะนำมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining Belief) และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Belief) โดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive) ความเชื่อ (Belief) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวยังไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และครอบครัวยังมีพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่เหมาะสม ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวยังมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อของพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

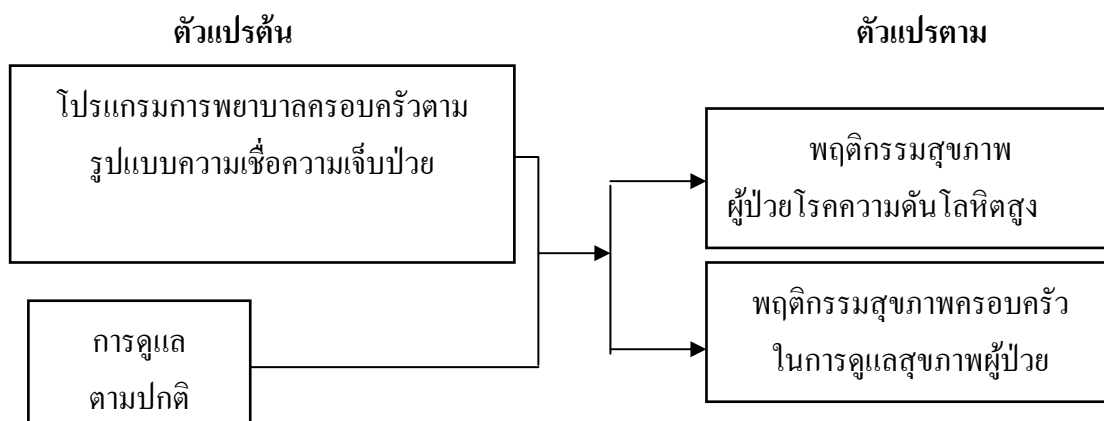
1. ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ
2. ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีระบบครอบครัว (Family System Theory) (Wright & Leahey, 2009) มาใช้ โดยแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model (Wright et al, 1996) ระบบครอบครัวประกอบด้วยหลายระบบย่อย และในระบบย่อยประกอบด้วยหน่วยย่อยบุคคล ที่มีความซับซ้อนของหน่วยย่อยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัว และระบบใหญ่ภายนอก เช่น เพื่อนบ้าน ชุมชน ในแต่ละระบบย่อยมีขอบเขตของตัวเองเพื่อแยกจากระบบอื่น ซึ่งขอบเขตมีผลต่อครอบครัวทำให้ครอบครัวอ่อนแอ หรือแข็งแรงช่วยในการพัฒนา

ครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยรวมหรือองค์รวมมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกและสิ่งแวดล้อมในครอบครัว เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย นั่นคือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว จะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและกระทบไปยังครอบครัวทั้งระบบ การที่ครอบครัวจะปรับตัวอย่างไร จัดการกับการเจ็บป่วยอย่างไร ขึ้นอยู่กับบริบทและ ความเชื่อความเจ็บป่วยของบุคคลและครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ก็เป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อเช่นเดียวกัน ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อบุคคลและครอบครัวมีความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ซึ่งช่วยให้บุคคลในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งมีผลให้บุคคลและครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามบุคคลหรือครอบครัวที่มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรค เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ก็จะมีผลให้บุคคลในครอบครัวไม่ปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการสร้างสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงตามมา

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนของครอบครัวผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อ โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแล ในเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาให้ถูกวิธีการไปตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด โดยพยาบาลทุกท่านต้องทำความเข้าใจ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาล (Nursing Intervention) ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นการสนทนาบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัว ได้เปิดเผยความเชื่อความคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและความเชื่อ ที่มีต่อการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนำไปสู่การปฏิบัติคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดง ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
2. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อของพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ Two Group Pretest - Posttest Designs มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป และครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถอ่านออกเขียนหนังสือได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบคือ หมู่ 6, หมู่ 7 ตำบลอรัญญ์ ตำบลชุมพล ตำบลบึงศาล คลองใหญ่ จ. นครนายก ระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2555

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกับผู้วิจัยจึงได้กำหนดนิยามเฉพาะที่ใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท และวัดอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ควบคุมความดันโลหิตของตน และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยด้าน การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด มีการสนับสนุน ช่วยเหลือ และแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบหน้าที่ต่อกัน กำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเอง และทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือการแต่งงาน ในการศึกษานี้ได้เลือกตัวแทนครอบครัวที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และดูแลผู้ป่วย
4. พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพ ของสมาชิกครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว
5. โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย หมายถึงการจัดกิจกรรมการพยาบาลครอบครัวชั้นสูง โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model: IBM) (Wright et al, 1996) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ การสนทนา บำบัด การสะท้อนคิด การสรุป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการวิจัยโดยแบ่งเนื้อหาเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยของโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

1. แนวคิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้แนวทางของ JNC 7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7 Report) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและนำมาสรุปเพื่อทำเป็นแนวทาง ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้คำจำกัดความและแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ (Joint National Committee, 2003) ดังนี้

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และการวินิจฉัยให้แน่นอนจำเป็นต้องนวดมาตรวัดให้ชัดเจน 2 ช่วงห่างกันช่วงละ 4 สัปดาห์ ในแต่ละช่วงต้องทำการวัด 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที

โดยการศึกษาครั้งนี้ จะใช้ค่าความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และวัด 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที เป็นเกณฑ์บ่งชี้ถึงการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์จำแนกระยะ ของโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ของ JNC 7 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (JNC 7, 2003)

Staging 1 คือ ระดับความดันโลหิตระหว่าง 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท

Staging 2 คือ ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือ 100 มม.ปรอท

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีภาวะ atherosclerosis โดยพบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 55 ปี และผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่มีโรคอ้วน ผู้ที่มี microalbuminuria และผู้ป่วยที่เป็นโรค chronic kidney disease

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

อาการของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกมักไม่ปรากฏอาการ ต่อเมื่อไม่ได้รับการรักษา จะปรากฏอาการ ซึ่งมีอาการดังนี้ มีอาการปวดมึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ วิงเวียน มักเป็นอาการเมื่อตื่นนอนช่วงเช้า และอาการทุเลาไปช่วงสาย มีอาการปวดศีรษะตื้อ ๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา ตามัว หรือมีเลือดกำเดาไหล เมื่ออาการของโรคมีระยะเวลานานขึ้นและไม่ได้รับการรักษา อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก บวม หอบเหนื่อย แขนขาอัมพาต (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2543)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำเป็นที่ต้องมีการควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต หากรักษาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะทำให้อาการของโรครุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะสำคัญต่าง ๆ ถูกทำลาย เช่น เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หลอดเลือดตีบตันหรือแตก เกิดความผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้ความทรงจำลดลง และอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเสียชีวิตได้ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่หนา แข็ง รุ หลอดเลือดตีบ ทำให้อัตราการกรองของเสียของไตลดลง แล้วไตเสื่อมสภาพทำให้ไตวายได้ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลง ทำให้มีการบวมของจอภาพนัยน์ตา ทำให้การมองเห็นลดลง และมีโอกาสตาบอดได้ หลอดเลือดในร่างกายนอกจากหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาตัว หลอดเลือดแดงแข็งตัว (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542; Hickey, 2003)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (ทรงขวัญ ศิลาภิรักษ์, 2540)

JNC 7 แนะนำให้ใช้ยาลดความดันโลหิตตามข้อบ่งชี้ หากมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้ หัวใจวาย ภาวะหัวใจขาดเลือด กลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และกลุ่มที่ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคเส้นเลือดในสมองแตก โดยการใช้ยาลดความดันโลหิตแบ่งตามระดับความดันโลหิต ดังนี้

ความดันโลหิตสูงระดับ 1 คือ ระดับความดันโลหิตระหว่าง 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท ให้เลือกใช้ยากกลุ่ม thiazide เป็นส่วนใหญ่

ความดันโลหิตสูงระดับ 2 คือ ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือ 100 มม.ปรอท ให้ใช้ยาร่วมกัน โดยใช้ยาในกลุ่ม thiazide base

หลักปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และการรักษาด้วยยา (Joint National Committee, 2003) ซึ่งแนวทางการปฏิบัติ เริ่มจากแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (life style modifications) ได้แก่ การลดน้ำหนัก การวางแผนรับประทานอาหาร การลดปริมาณเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการลดปริมาณแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (สรัญญา พิจารณ์, 2547) และเน้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญได้แก่ หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และตา โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตมีเป้าหมายการรักษา คือ ควบคุมให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยทั่วไปต้องน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ร่วมด้วยต้องน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท หากผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต แล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ตรงกับเป้าหมายการรักษาได้ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา ต่อไป ซึ่งการรักษาด้วยยาแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย แบ่งเป็น

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 คือ ความดันโลหิตตัวบน เท่ากับ 140-159 มม.ปรอท หรือ ความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับ 90-99 มม.ปรอท ให้การรักษาด้วยยากลุ่ม thiazide, diuretic หรือยากลุ่มอื่น

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 คือ ความดันโลหิตตัวบน เท่ากับหรือมากกว่า 160 มม.ปรอท และ ความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่าเท่ากับ 100 มม.ปรอท ให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมากกว่า 2 กลุ่มร่วมกัน โดยใช้ยาในกลุ่ม thiazide base

ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย มีแนวทางการรักษาด้วยยา ดังนี้

ลักษณะทางคลินิก	กลุ่มยาที่เหมาะสม					
	diuretic	Beta locker	AC	ARB	CCB	Aldosterone anagonist
1. หัวใจวาย (HF)	+	++	+	+		+
2. ภาวะหัวใจขาดเลือด (Post MI)		+	+			+
3. กลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (High risk for CAD)		+	+		+	

ลักษณะทางคลินิก	กลุ่มยาที่เหมาะสม					
	diuretic	Beta locker	AC	ARB	CCB	Aldosterone anagonist
4. โรคเบาหวาน (DM)	+	+	+	+	+	
5. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD)			+	+		
6. กลุ่มที่ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค เส้นเลือดในสมองแตก (Recurrent stroke prevention)	+		+			

ซึ่งยาที่ใช้ลดความดันโลหิต เป็นยาในกลุ่มยาขับปัสสาวะ ยาต้านเบต้า ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน ยาต้านแคลเซียม ยาต้านแอลฟา ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ และยายาขยายหลอดเลือด หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย ให้พิจารณาว่าเกิดจากสาเหตุใด และหากต้องใช้ยามากกว่า 3 ตัวในการควบคุมความดันโลหิต ควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ เช่น เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (สมชาติ โลจายะ และอรุวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536) ส่วนผลกระทบทางสังคม เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ทำให้จิตใจ พบว่าจากการเป็นโรคเรื้อรังก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (วิริยะ สัมปทานุกุล, 2542) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวและรู้สึกตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว การเข้าสังคมและกระทบต่อการทำงานตามมา (อรพินท์ ภายโรจน์, 2542) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงานและเข้าสังคมได้ตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำเมื่อมาติดตามการรักษา และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541)

2. แนวคิดพฤติกรรมของสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพมีผู้ให้ความหมายมากมาย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Harris & Guten (สุนันทา พานทอง, 2547) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน ส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันมี 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) คือ ขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมิให้ร่างกายอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรค

2. การป้องกันระดับสอง (Secondary Prevention) เป็นขั้นตอนที่เริ่มมีอาการของโรค ในระยะนี้ทำการป้องกันมิให้อาการของโรคเลวลง

3. การป้องกันระดับสาม (Tertiary Prevention) เป็นระยะที่ป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่ฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สภาพการทำงานที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้

Palank (Palank, 1991) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่ปฏิบัติแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ โดยพฤติกรรมส่งเสริมจะช่วยให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และพฤติกรรมการป้องกันโรคช่วยลดการเกิดโรค

Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อความผาสุกของชีวิต และคงไว้ หรือยกระดับภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งความมีคุณค่าในตนเองด้วย

Rimer & Lewis (Rimer & Lewis, 2002) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่สังเกตภายนอกและภายในได้ สามารถบอกและวัดได้ เป็นคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ คุณค่า เอกลักษณ์ประจำตัว รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติเพื่อสุขภาพดี

สุชาติ โสมประยูร (สุชาติ โสมประยูร, 2543) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำและสม่ำเสมอในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรค การป้องกันไม่ให้อาการเลวลง และฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ โดยมีอิทธิพลมาจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล

พฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคร่วมกัน ไป ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคเป็นวิธีที่นิยมกันมากที่สุด ในปัจจุบัน เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยเสริมให้การรักษาด້วยยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควรปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ มี 5 ด้านดังนี้ (JNC 7, 2003)

1. การควบคุมและลดน้ำหนักตัว (weight reduction) น้ำหนักตัวที่ลดลงจะมีผลต่อความดันโลหิตที่ลดลงด้วยเช่นกัน โดยควบคุมค่า BMI ให้อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 ซึ่งจะทำความดันโลหิตลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม

2. การวางแผนรับประทานอาหาร (DASH eating plan) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรวางแผนรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ ควบคุมอาหารประเภทไขมันลดอาหารประเภทเกลือ ซึ่งจะทำความดันโลหิตลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท

3. การควบคุมหรือลดอาหารรสเค็ม (sodium reduction) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารรสเค็มเพราะอาหารรสเค็มจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยลดปริมาณโซเดียมในอาหารให้เหลือน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งจะทำความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท

4. การออกกำลังกาย (Physical activity) เช่น การเดินแอโรบิก การเดินเร็วประมาณ 30 นาที มีผลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะทำความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท

5. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือลดปริมาณแอลกอฮอล์ (Moderate alcohol consumption) แอลกอฮอล์จะให้พลังงานแก่ร่างกาย จึงทำความดันโลหิตสูงขึ้น และมีให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต โดยปริมาณแอลกอฮอล์ที่รับประทานได้ คือ เบียร์ 820 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร และวีสกี 90 มิลลิลิตร ซึ่งจะทำความดันโลหิตลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท รวมถึงการไม่สูบบุหรี่ พยายามทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง เข้าใจสภาพแวดล้อมและทำจิตใจให้สงบ เช่น นั่งสมาธิ เป็นต้น แต่ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำกเว้นกรณีที่มีหัวใจวายร่วมด้วย

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ด้าน (JNC 7, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรม คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนี้

1. การรับประทานยา ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรมีพฤติกรรมในการรับประทานยา โดยรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรหยุดยาเพิ่มยา ลดยา หรือลืมรับประทานยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือผู้รักษา ไม่หยุดยา หรือซื้อยารับประทานเอง เมื่อจำเป็นต้องรักษาโรคอื่น ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้ ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน ๆ โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยา ระวังระวังอุบัติเหตุหลังรับประทานยา เพราะอาจมีอาการง่วงซึมได้ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้ และเมื่อเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อยาลดความดันโลหิตได้ (สุชาติ โสภประยูร, 2543)

2. การควบคุมอาหาร มีหลักการควบคุมอาหารตามแนวทางของ (JNC 7, 2003) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต ประกอบด้วย อาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือแร่ในอาหาร และหากลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลง น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ปัจจุบันมีการศึกษาสนับสนุนชัดเจนว่าการลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทาน จะสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติ ดังนี้ จำกัดปริมาณเกลือในอาหารให้ไม่เกิน 1 ช้อนชาของเกลือแกงต่อวัน ไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือแกงลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือในการถนอมอาหาร หรืออาหารที่มีเกลืออยู่ในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเลต่าง ๆ หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและปรุงด้วยน้ำมัน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือมีแป้งและน้ำตาลมาก และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักชนิดต่าง ๆ และผลไม้ เนื่องจากอาหารที่มีผักผลไม้ที่มีกากใยและอาหารไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้

3. การมาตรวจตามนัด ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรมาตรวจตามนัด และให้ความร่วมมือในการรักษา จึงจะทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้ และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา โดยผู้ป่วยควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และหากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ก่อนนัด (สรัญญา พิจารย์, 2547)

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความหนักเบาในระดับต่ำถึงปานกลางและควรใช้ระยะเวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (World Health Organization-International Society of Hypertension, 1999) ได้แก่ การเดินแอโรบิก การเดินเร็วประมาณ 30 นาที มีผลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) และควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้าน เช่น การยก แบก ลาก หรือ ดึงของหนัก เพราะจะทำให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

5. การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรู้จักเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการป้องกันความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด (รัตร์นตนา อัญญ, 2545) เช่น การทำจิตใจให้สงบ ควบคุมอารมณ์ ระวังความโกรธ การนั่งสมาธิ สวดมนต์ และการฝึกหายใจ โดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาท (Norepinephrine and Epinephrine) ที่หลั่งมาจากอะดรีนัล เมดูลลา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต (วิมลทิพย์ แก้วถา, 2546)

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควรปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ มี 5 ด้าน ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

3. แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

แนวคิดสำคัญของระบบครอบครัวประกอบด้วย ความเป็นองค์รวม มีผลกระทบซึ่งกันและกัน มีการสะท้อนตนเองและเสาะหาเป้าหมาย มีชั้นของระบบ เป็นทั้งระบบเปิด ระบบปิด มีขอบเขตครอบครัว มีการปรับตัวของครอบครัว มีระบบย่อยครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบัน พื้นฐานทางสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นบริบทและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการ ความผาสุก การสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคล เมื่อสมาชิก

ในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัวได้และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้หลากหลาย และระบบครอบครัวยังสามารถส่งผลกระทบต่อครอบครัวของบุคคลด้วยเช่นกัน (Wright & Leahey, 2009) การดูแลสุขภาพตนเองมีพื้นฐานเริ่มจากการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในส่วนตัวผู้ป่วยเอง และในส่วนของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งสามารถส่งผลให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นครอบครัวอาจเป็นระบบเปิด และระบบปิด หรือระบบอิสระ ขึ้นกับความเชื่อของแต่ละครอบครัวในการคงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว ครอบครัวควรมีลักษณะ ดังนี้ มีระบบเปิดทางสังคมและวัฒนธรรม มีความเป็นพลวัตร มีขอบเขต มีการสื่อสาร มีการจัดระบบภายใน มีข้อตกลงร่วมกันหรือข้อปฏิบัติ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545; Friendman, Bowden, & Jones, 2003) โครงสร้างครอบครัวประกอบด้วยโครงสร้างบทบาท หน้าที่ การสื่อสาร อำนาจ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ โดยบทบาทเป็นชุดของพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามสถานภาพหรือตำแหน่งในสังคม โดยที่พฤติกรรมนั้น ๆ ถูกกำหนดตามประเพณี วัฒนธรรม บรรทัดฐาน และความคาดหวังของสังคม บทบาทครอบครัวเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกตามสถานภาพของแต่ละคนในครอบครัวและประพฤติดูแลปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันได้อย่างสมดุล (Friendman et al., 2003)

เนื่องจากระบบครอบครัวมีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในครอบครัวเอง และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว จึงสามารถส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวของผู้ป่วยได้เช่นกัน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยเป็นเวลานานร่วมกับผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยล้วนส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญปัญหา และการปรับเปลี่ยนบทบาทในการดูแลผู้ป่วย (ชุลีกร ทาทอง, 2550) ในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงต่างๆภายในครอบครัวก็สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้เช่นกัน ดังเช่น สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (วรรณ รัชตะไพบูลย์, 2549) และครอบครัวยังมีอิทธิพลและบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พรทิพย์ เข็มเงิน, 2546)

ครอบครัวและการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สามารถผลกระทบต่อกัน และครอบครัวยังเป็นแหล่งประโยชน์หลักของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจ การร่วมมือในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

ตั้งแต่ภาวะที่ผู้ป่วยมีสุขภาพดี (การส่งเสริมและการป้องกัน) การวินิจฉัยโรค การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ บทบาทของครอบครัวเหล่านี้เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยและความร่วมมือเอาใจใส่ของครอบครัว โดยระยะต่อเนื่องของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ/ การเจ็บป่วยและครอบครัวไว้ 6 ระยะดังนี้ (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา, และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2547; Friendman et al., 2003)

1. ระยะการส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นและมีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการป้องกันหรือความเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเรียนรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว

2. ระยะประเมินอาการของการเจ็บป่วย ระยะนี้เริ่มเมื่อสมาชิกครอบครัวรู้อาการการเจ็บป่วย สาเหตุและความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งของตนเองและของคนอื่นในครอบครัว ถ้าครอบครัวสามารถประเมินความเจ็บป่วยได้ตั้งแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วย จะสามารถดูแลรักษาได้ทันที ปัญหาการเจ็บป่วยก็จะลดลงได้เร็ว ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่ละเลยไม่ประเมินการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยอาจทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นได้

3. ระยะแสวงหาวิธีการดูแลรักษา ระยะนี้เริ่มเมื่อครอบครัวลงความเห็นว่าสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ โดยครอบครัวจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

4. ระยะส่งสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ ระยะนี้เริ่มเมื่อครอบครัวไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านได้ จึงส่งไปให้บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ดูแลหลัก และครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย

5. ระยะตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยและครอบครัว ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วย และครอบครัวยอมรับความเชี่ยวชาญและความสามารถในการดูแลรักษาของบุคลากรทางสุขภาพครอบครัวแสดงบทบาทของการเป็นผู้ป่วย โดยให้ความร่วมมือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ กำหนดบทบาทและพฤติกรรมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการดูแลรักษา และคาดหวังการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่จะนำไปสู่การปรับสมดุลของครอบครัว ในระยะนี้ครอบครัวจะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว การวินิจฉัย และการรักษา ระยะนี้อาจเกิดภาวะเครียดและวิกฤตในครอบครัวได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตของสมาชิกครอบครัว

6. ระยะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและพักฟื้น เป็นกระบวนการที่ครอบครัวพยายามเผชิญปัญหา จัดการดูแล และปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวที่มีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบซึ่ง

ครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย บางครอบครัวอาจใช้เวลานานในการปรับให้เข้าสู่ภาวะปกติอีกครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของครอบครัวและระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมภายนอก

การทำหน้าที่ครอบครัว เป็นการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัว ที่มีภาระหน้าที่ ที่สมาชิกจะต้องปฏิบัติร่วมกัน ทั้งในด้านหน้าที่พื้นฐานของครอบครัว และพันธกิจ หรือหน้าที่ของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของพัฒนาการครอบครัว ซึ่งองค์ประกอบของการทำหน้าที่ครอบครัวมีดังนี้ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545)

1. การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัว ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะแก้ปัญหาย่างรวดเร็วและเป็นระบบ แต่ถ้าครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมักแก้ปัญหาย่างไม่เป็นระบบ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด

2. การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ระหว่างกันและกัน ซึ่งการสื่อสารมี 2 แบบ คือ การสื่อสาร โดยใช้ภาษาพูด และภาษากาย ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ไม่มีความคลุมเครือ

3. บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ได้แก่ บทบาทพื้นฐานที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การเลี้ยงดูและประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

4. การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ของกันและกัน และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ และแสดงออกมาในปริมาณที่เหมาะสม

5. ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ความผูกพัน ห่วงใย รวมทั้งการแสดงความรักและเห็นคุณค่าของกันและกัน ที่สมาชิกในครอบครัวมีให้กัน

6. การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

โดยสรุปแล้ว การแก้ปัญหาหรือการปรับสมดุลใหม่ของครอบครัวจะต้องปรับทั้งระบบครอบครัว ไม่ใช่ปรับเฉพาะส่วนที่มีปัญหา หรือปรับเฉพาะระบบย่อยในครอบครัวเท่านั้น แม้ว่าการปรับแก้ไขในบางครั้งอาจมีผลต่อการปรับส่วนอื่น ๆ ก็ตาม ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในครอบครัว และภายนอกครอบครัว เช่น เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ต้องใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลา

ของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวและการให้ความร่วมมือในการรักษาหากครอบครัวไม่สามารถปรับสมดุลได้ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เกิดความเครียด และก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในด้านต่าง ๆ ตามมา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ จากผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย และ ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวที่มีการสะท้อนตนเองและเสาะหาเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของตนบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้นี้ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของตนที่เจ็บป่วยดีขึ้นนั่นเอง โดยอาศัยการสื่อสารทั้งที่เป็นวัจนภาษา และอวัจนภาษา เช่น มีการสนับสนุนและตอบสนองทางอารมณ์ มีการให้ความรัก ความผูกพัน ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือด้านสิ่งของต่าง ๆ มีการให้ข้อมูลให้คำปรึกษาแนะนำ มีการแก้ปัญหาร่วมกัน มีการควบคุมพฤติกรรมของกันและกัน เป็นต้น เพื่อเป็นการแสดงให้สมาชิกได้เรียนรู้เป้าหมายของครอบครัว จึงจะทำให้ครอบครัวคงความสมดุลไว้ได้

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จะสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัว และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้หลากหลาย และยังสามารถส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลด้วยเช่นกัน การดูแลสุขภาพตนเองมีพื้นฐานเริ่มจากการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในส่วนตัวผู้ป่วยเอง และในส่วนของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งสามารถส่งผลให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น (Wright & Leahey, 2009) และจากการศึกษาวิจัยของผู้วิจัยเอง ซึ่งได้ศึกษาเรื่องปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยครอบครัว ได้แก่ การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย เป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อมีส่วนทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา โดยความเชื่อด้านสุขภาพที่สำคัญมี 4 ด้าน (Becker, 1974) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นการรับรู้ถึงการเกิดโรคของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติ ความรู้สึกที่มีต่อการวินิจฉัยโรค รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การรับรู้ด้านนี้มีความสำคัญ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นได้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยประเมินว่าความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อร่างกายนั้น สามารถก่อให้เกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาจากผลกระทบที่มีต่อตนเองและครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อประโยชน์ที่จะได้รับในการปฏิบัติ นั้น ๆ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ การที่ผู้ป่วยจะยอมรับหรือปฏิบัติสิ่งใด ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี เหมาะสมและเป็นสิ่งดีมีประโยชน์แก่ตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ถ้าบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค โดยความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่จะปฏิบัติตนและมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีต้องมีความพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งนั้น ต้องมีการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น และต้องมีสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ จึงจะเกิดการปฏิบัติให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ตนเอง (Becker, 1974)

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ศศิธร อุดตะมะ, 2547) และจากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของ

ภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคน้อยมาก โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อารักขา ใจธรรม, 2545) นอกจากนี้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่โรคที่ตนเป็น โดยการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัวจะให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและไม่เกิดโรค เช่น เลือกรับประทานผักผลไม้สดเพิ่มขึ้น ลดอาหารประเภทไขมัน เป็นต้น (รัตนา เรือนอินทร์, 2550; อารักขา ใจธรรม, 2545)

2. ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วยดังนี้

2.1 การทำหน้าที่ครอบครัว ครอบครัวมีลักษณะเป็นระบบเปิด ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน ระบบคู่สมรส ระบบพี่น้อง ซึ่งการทำหน้าที่ครอบครัวเป็นผลมาจาก การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อย ๆ แต่ละคู่ และการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ภายนอก เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน เป็นต้น ครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยแบ่งการทำหน้าที่ครอบครัวออกมาเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีการร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ มีการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพัน ห่วงใย เอาใจใส่ต่อกัน รวมทั้งมีการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ มีส่วนช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อโรคที่ตนเองเป็นและปรับตัวเข้ากับครอบครัวได้ดีขึ้น (กুমมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) และการทำหน้าที่ครอบครัวในเรื่องการสนับสนุนต่างๆของครอบครัวยังทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Siu & Phillips, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าการทำหน้าที่ครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังได้ (Leung et al., 2007)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวยังมีบทบาทในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ มีส่วนช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัว

ที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าในส่วนตัวจะเกิดผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่น ๆ ของครอบครัวด้วย แม้ในบางครั้งการปรับแก้ไขระบบครอบครัวอาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสมดุลในครอบครัวส่วนอื่น ๆ ก็ตามก็มีความจำเป็นที่ต้องเกิดการปรับเปลี่ยนเพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลในครอบครัว (Wright & Leahey, 2009) และหากครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวที่มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม (วิริยะ สัมปทานุกุล, 2542) และจากการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย มีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี จะให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tang & Chen, 2002) นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และค่านิยมของสมาชิกในครอบครัวยังมีส่วนช่วยในการสนับสนุนผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนสุขภาพของผู้ป่วย (Denham et al., 2007)

สรุปผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 47.3

5.รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ในการศึกษานี้ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ของไรท์, วัตสัน และเบลล์ (Wright et al., 1996) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงสำหรับครอบครัวที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ อันเนื่องมาจากมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลมีการใช้ องค์ความรู้จากศาสตร์ทางครอบครัวอื่นที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายมีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบเป้าหมายหลักของรูปแบบนี้คือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Belief) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล ประภาเพ็ญ สุวรรณ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) พบว่าความรู้และความเชื่อที่ดีนำมาซึ่งความตั้งใจในการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมความที่ถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวมีความรู้ความเชื่อที่ถูกต้อง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ

ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล

ในการศึกษานี้ใช้รูปแบบความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ของไรท์ และคณะ (Wright et al.,1996) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงของ Family Nursing Unit, Faculty of Nursing University of Calgary ประเทศแคนาดา ที่เปิดให้บริการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 แก่ครอบครัว ที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันเนื่องมาจากมีสมาชิกในครัวเจ็บป่วยหรือ มีปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลมีการใช้องค์ความรู้จากศาสตร์พยาบาลครอบครัวและศาสตร์ทางครอบครัวอื่นที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นรูปแบบที่ได้รับการยกย่องอย่างแพร่หลาย มีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพยาบาลและมีการประเมิน ผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบ เป้าหมายหลักของรูปแบบนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Belief) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล เป็นความรู้ที่เชื่อมั่นว่าสิ่งเหล่านั้นถูกต้อง เป็นความจริง มีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Bio-Psycho-Social-Spiritual Structures) และเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง คือ ความเชื่อของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย คือ ความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน บางความเชื่ออาจสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวแต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อของพยาบาล เนื่องจากแต่ละคนมีความรู้ ประสบการณ์ บริบทต่างกัน หรือบางครั้งอาจเป็นผลจากการปรับตัวจากความเจ็บป่วย บริเวณที่เชื่อมกัน (Intersection) จะเป็นบริเวณที่ความเชื่อของทุกฝ่ายสอดคล้องกัน ทำให้พยาบาลเข้าใจความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีที่สุด สามารถให้การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) ที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด และการหายก็เกิดขึ้นตามมา รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้เป็นการสนทนาที่ประสานความเชื่อชาญของสมาชิกครอบครัวและพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมากและเป็นวิธีที่จำเป็นต้องใช้การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง เพื่อให้มี ปฏิสัมพันธ์ที่เปี่ยมด้วยความรัก การสนทนาที่เกิดขึ้นจะเป็นการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย (Illness Narratives) ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วย การบอกเล่าจะทำให้เปิดเผยความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ครอบครัวยึดถือ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรค ศาสนา – จิตวิญญาณ ที่อยู่ของความเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งการได้รู้ถึงความเชื่อนี้จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัด

ความสำเร็จ (Constraining Beliefs) และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Belief) ของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมหรือจิตวิญญาณลดลงได้ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ผู้วิจัยจึงใช้การพยาบาลความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) มาใช้โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพราะถ้าควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาโดยการให้พยาบาลปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางสำเร็จ โดยการสนทนาให้ข้อมูลกับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว ปรับความคิดและมีความเชื่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หลังการสนทนา

รูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. ความเข้าใจบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a Context for Changing Beliefs) เป็นการค้นหาและสังเคราะห์บริบทที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การเชื่อเชิญให้ครอบครัวร่วมสนทนา (Bringing the Family Together)

1.2 การสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างพยาบาลและครอบครัว (Establishing Therapeutic Relationship Between Nurse and Family) ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่จะต้องทำโดยแนะนำตนเอง อธิบายลักษณะงาน บอกกำหนดการ บอกระยะเวลาและขอบเขตของการสนทนา เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพและศึกษาครอบครัวที่มีประโยชน์ คือ โครงสร้างพันธุกรรม (Genogram) ความผูกพันในครอบครัว (Attach) ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) หรือระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว (Social Support) ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลจากครอบครัวได้ โดยครอบครัวไม่รู้สึกว่ากำลังถูกคุกคาม

1.3 การแยกแยะปัญหา (Distinguishing the Problem) เป็นการซักถามเพื่อให้ได้ปัญหาที่ชัดเจนขึ้น เป็นการค้นหาปัญหา และให้ความหมายกับปัญหา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อมาสำหรับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสมาชิกครอบครัวในการแยกแยะปัญหา และเป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิก

ครอบครัวคำถามหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแยกแยะปัญหา คือ การถามคำถามที่ต้องการคำตอบจากการดูแลหนึ่งคำถาม (One Question Question)

1.4 การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing Obstacles to Change) ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี และการแยกแยะปัญหา มีอุปสรรคมากมายที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง อุปสรรคเหล่านี้ ได้แก่ สมาชิกครอบครัวไม่ต้องการมาร่วม สมาชิกครอบครัวไม่พอใจกับความก้าวหน้าของการบริการ ประสบการณ์ที่ไม่ดีมาก่อนกับบุคลากรสุขภาพรับบริการพร้อม ๆ กันหลายสาขาวิชาชีพ ความคาดหวังของการส่งต่ออาจไม่เหมาะสมกับความ เป็นจริง

2. การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Uncovering and Distinguishing Illness Beliefs) เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดที่ไม่ได้เกี่ยวกับอาการ หรือยา หรือการรักษา แต่เกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยเฉพาะสิ่งที่สมาชิกครอบครัวเห็นว่าเป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการจัดการกับความเจ็บป่วย คำถามนี้จะเชื่อเชิญให้ทั้งสมาชิกครอบครัว และผู้ที่เชี่ยวชาญเปลี่ยนจากการบอกเล่าเรื่องราวกับโรคและการรักษา (Medical Narratives) ไปสู่การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Narrative) โดยเป็นการเชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการในการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่น่าสนใจในการเปิดเผยและแยกแยะ มีดังนี้

2.1 การทำความเข้าใจความเชื่อการเจ็บป่วย (Drawing Forth Illness Belief) การเชื่อเชิญสมาชิกครอบครัว โดยการแสดงบทบาทผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับครอบครัว (Inviting Family Member into the Role of Expert)

2.2 การเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการวินิจฉัยโรค การเกิดของโรค การเยียวยาและการรักษา ความสามารถในการจัดการควบคุม และอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ศาสนา จิตวิญญาณ ที่อยู่ของความเจ็บป่วย

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Challenging, Altering, and Modifying Constraining Beliefs) เป็นการเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การให้คำชื่นชม (Offering Commendations) เป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยัน ให้ความรัก และความเอื้ออาทรแก่ครอบครัว เป็นการชี้จุดแข็ง ความเป็นประโยชน์ ความสามารถของบุคคลและครอบครัว การให้คำชมจะทำเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำให้อะไรจริง มิฉะนั้นแล้วครอบครัวอาจรู้สึกไม่จริงใจ และควรใช้ภาษาที่ครอบครัวใช้ ผสมผสานกับความเชื่อที่สำคัญของครอบครัวในการให้ความมั่นใจ ความเชื่อมั่น หรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ดี ควรให้คำชื่น

ชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัวเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพิ่มการยอมรับของครอบครัวทำเมื่อพบว่าครอบครัวมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ควรให้คำชื่นชมครอบครัวเมื่อเสร็จสิ้นการพบกันรวมถึงก่อนที่จะเสนอความคิดเห็นหรือคำแนะนำ

3.2 การถามคำถาม (Asking Interventive Questions) ซึ่งความเชื่อถูกรวมอยู่ในคำถามที่ใช้ถามครอบครัว เป็นการถามเพื่อให้ครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัวหรือความเจ็บป่วยโดย

3.2.1 ถามคำถามที่เชื่อเชิญให้สะท้อนคิดถึงผลที่ที่เกิดขึ้น (Asking Questions That Invite a Reflection)

3.2.2 เชิญเชิญครอบครัวให้เล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทั้งที่ครอบครัวถามตนเองและถามผู้อื่น (Inviting Family Members to Externalize Internalized Questions)

3.3 การพูดในสิ่งที่ไม่สามารถพูดได้ (Speaking the Unspeskable) เป็นการพูดแทนผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นที่ไม่สามารถพูดได้ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว เกี่ยวกับความตายและอื่น ๆ ซึ่งมีความท้าทายเป็นการเปิดเผยความเชื่อที่เป็นหัวใจของปัญหา

3.4 การใช้ทีมสะท้อน (Using Reflecting Teams) เป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายต่อสมาชิกครอบครัวโดยทีมสุขภาพ ซึ่งทำได้โดยให้สมาชิกทีมอยู่หลังกระจกที่มองเห็นด้านเดียว (One - Way Mirror) เพื่อสังเกตการณ์สนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่กับสมาชิกครอบครัว หลังจากนั้น ก็สะท้อนสิ่งที่ประ โยชน์ให้ครอบครัวได้รับรู้ ได้คิด และประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของสมาชิก จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น

3.5 การเขียนจดหมายบำบัด (Writing Therapeutic Letters) เป็นการสนทนารูปแบบหนึ่งที่ทำให้ความมั่นใจ และยืนยันกระบวนการบำบัดที่เชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนระหว่างการสนทนาหรือตอนจบ เสนอคำชื่นชม เสนอคำถามที่ให้การดูแลสามารถถามในระหว่างการสนทนาการใช้คำพูด ความคิด ที่เด่น ดึงดูด และประทับใจครอบครัว สรุปจุดเด่น จุดสำคัญของการทำงานกับครอบครัวว่าทีมสุขภาพได้เรียนรู้อะไรบ้างจากครอบครัว เป็นการเขียนสิ่งที่ท้าทายความเชื่อที่เป็นข้อจำกัดของครอบครัวและทีมสุขภาพ เป็นการเน้นจุดแข็งในความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของสมาชิกครอบครัว

3.6 การใช้ผลการวิจัย (Using Research Findings) ทำได้ 2 อย่างคือ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัยหรือการใช้กระบวนการในการท้าทายและเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ซึ่งการใช้งานวิจัยนี้จะช่วยทำให้สมาชิกครอบครัวเปิด โอกาสสำหรับการรับฟังความคิดใหม่ และยอมรับต่อความคิดนี้

3.7 การเสนอทางเลือก ความคิดความเชื่อ (Offering Alternate Belief) เป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์เพราะบ่อยครั้งที่สมาชิกครอบครัวเปิดโอกาสสำหรับความคิดหรือความเชื่อใหม่ ๆ ที่เสนอให้ เช่น การเล่าเรื่องราวที่เป็นความรู้ที่ได้จากการทำงานกับครอบครัวอื่น ๆ นอกจากนี้การให้คำยืนยันของสมาชิกที่เห็นด้วยกับความคิดที่เสนอก็มีประโยชน์สำหรับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคด้วย

4. ส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Affirming Facilitating Beliefs) เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีนั้น

4.1 การสำรวจการเปลี่ยนแปลง (Exploring Change) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่จะมีผลต่อส่วนอื่น ๆ ของระบบด้วย นั้นหมายถึงเมื่อการเปลี่ยนแปลงถูกแยกแยะความแตกต่าง ก็จะต้องการสำรวจความแตกต่างของระบบ และสำรวจจากมุมมองที่แตกต่างของระบบ และสำรวจจากมุมมองที่แตกต่างกันด้วย

4.2 การสำรวจผลการเปลี่ยนแปลง (Exploring the Effects of Change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทางหนึ่งที่จะทำให้ความเปลี่ยนแปลงนั้นมั่นคง คือการสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง การค้นหาและสะท้อนคิดก็รวมอยู่ในกระบวนการนี้ด้วย

4.3 เชื้อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting Explanations of Change) การหาคำอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นหนทางหนึ่งในการแยกแยะความเปลี่ยนแปลง และทำให้เป็นจริงขึ้นมา ซึ่งมีความเชื่อว่าถ้าการเปลี่ยนแปลงสามารถอธิบายได้ ก็คล้ายกับว่าคงอยู่ต่อไปด้วย

4.4 การส่งเสริมความเชื่อให้เกิดความสำเร็จ (Affirming Facilitating beliefs) รูปแบบ Illness Belief Model (IBM) ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและได้นำไปใช้ในหลักสูตรการเรียนการสอนรวมทั้งนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวในการวิจัยต่าง ๆ เช่น แทพพ์ ได้นำรูปแบบ IBM มาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับจรรยาบรรณของการพยาบาลครอบครัว ในเรื่องการต่อต้านมุมมองที่ว่า “พยาบาล เป็นผู้เชี่ยวชาญ” โดยการเชื่อมโยงความเชื่อของพยาบาลและความเชื่อของบุคคลที่ประสบการณจากการเจ็บป่วย จากการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจ โคโรนารี (Coronary Artery Disease: CAD) พบว่าการใช้รูปแบบจะทำให้ทราบรายละเอียดต่าง ๆ ของครอบครัวทำให้พยาบาลยอมรับความเป็นผู้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาครอบครัวและสิ่งที่พยาบาลเสนอแนะมีประโยชน์ เกิดความเหมาะสม และช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว

ได้มีผู้ศึกษาการใช้การสนทนาบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต แมคเคลาว์ และไร (McLeod & Wright, 2001) ใช้การสนทนาเพื่อการบำบัดกับครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต โดยการสนทนา 4 ครอบครัว ๆ ละ 4 ครั้ง พบว่า ครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัว และการเปิดโอกาสให้ครอบครัว พูดคุยเรื่องเกี่ยวกับจิตวิญญาณการให้อ่านคำสั่งสอนของศาสนา การทำพิธีกรรม การไปโบสถ์ และการรับฟังเรื่องทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นสามารถทำให้ความทุกข์ทรมานลดลง เนตรลาวัลย์ เกิดหอม ได้ประยุกต์รูปแบบของ IBM ไปใช้ในการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้น (เนตรลาวัลย์ เกิดหอม, 2548) พัทรินทร์ เน้นหนา ได้ประยุกต์รูปแบบ IBM ไปใช้เป็นโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่า กล่าวกลุ่มที่ได้รับรูปแบบปกติของโรงพยาบาล (พัทรินทร์ เน้นหนา, 2550)

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ การสนทนาบำบัดกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสนทนาบำบัดระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัวและผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การสร้างสัมพันธภาพ การสนทนาบำบัดประกอบด้วย สร้างบริบท แยกแยะปรับความเชื่อ การสะท้อนคิด การสรุป ซึ่งจะเป็นการบอกเล่าความคิด ความเชื่อในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยให้ผู้วิจัยได้รู้ถึงความเชื่อที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางหรือก้ำกัลดความสำเร็จ (Constraining Belief) และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Belief) โดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive) ความเชื่อ (Belief) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยโดยการสนทนากับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ Two Group Pretest - Posttest Designs มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัว ตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จ. นครนายก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบคือ หมู่ 6, หมู่ 7 ตำบลองครักษ์, ตำบลชุมพล, ตำบลบึงศาล, ตำบลคลองใหญ่ จังหวัดนครนายก (ในช่วง 1 กันยายน พ.ศ. 2555 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2555)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

1. มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป
2. มีค่าความดันโลหิตตัวบนเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

3. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4. ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างครอบครัว

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. มีความผูกพันใกล้ชิดอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และดูแลผู้ป่วย
3. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ขนาดและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ควรมีกกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มซึ่งมีประชากร จำนวนน้อยควรมีตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 10 คน (Polit & Hungler, 1995) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกในครอบครัว ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 20 ครอบครัว

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จากรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดในแต่ละวัน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และมารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ หมู่ 6, หมู่ 7 ตำบลองครักษ์ ตำบลชุมพล ตำบลบึงศาล ตำบลคลองใหญ่ จังหวัดนครนายก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกมี โอกาสถูกคัดเลือกเท่ากัน และเลือกครอบครัวตามกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่จับฉลากได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ครอบครัว ซึ่งทั้ง 40 ครอบครัวสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการวิจัย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบคือ หมู่ 6 หมู่ 7 ตำบลองครักษ์, ตำบลชุมพล, ตำบลบึงศาล, ตำบลคลองใหญ่ จังหวัดนครนายก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากนารี คงกระจำ (นารี คงกระจำ, 2551) โดยนำแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Wright et al, 1996) และการค้นคว้าตำราและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเนื้อหาในรูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ
2. การสนทนาบำบัด
3. การสะท้อนคิด
4. การสรุปผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาในการดูแลของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจากงานวิจัย (นงเยาว์ ไบยา, 2554) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาใช้ ซึ่งได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .95 แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้านคือ การควบคุมอาหาร (จำนวน 7 ข้อ) การรับประทานยา (จำนวน 4 ข้อ) การมาตรวจตามนัด (จำนวน 3 ข้อ) การออกกำลังกาย (จำนวน 6 ข้อ) และการจัดการความเครียด (จำนวน 4 ข้อ) มีการให้คะแนนโดยใช้มาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

แบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุก 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 และ 24 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ข้อ 10, 11, 14 และ 23 ผู้ตอบแบบวัดนี้จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และตอบทุกข้อโดยใช้เครื่องหมาย / ลงในช่องที่กำหนดให้

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

การแปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนแบบสอบถามที่ได้ตามเกณฑ์ของ ประคอง กรรม
สูตร (ประคอง กรรมสูตร, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวม

คะแนน 24 – 40 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 41 – 57 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 58 – 72 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการควบคุมอาหาร

คะแนน 7.00 – 11.66 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 11.67 – 16.33 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 16.34 – 21.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการรับประทานยา

คะแนน 4.00 – 6.66 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 6.67 – 9.33 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 9.34 – 12.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการตรวจตามนัด

คะแนน 3 – 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 5 – 6 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 7 – 9 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการออกกำลังกาย

คะแนน 6 – 9 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 10 – 13 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 14 – 18 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการจัดการความเครียด

คะแนน 4.00 – 6.66 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 6.67 – 9.33 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 9.34 – 12.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจากงานวิจัย (นงเยาว์ ไบยา, 2554) เรื่องพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาใช้ ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร (จำนวน 7 ข้อ) การรับประทานยา (จำนวน 4 ข้อ) การมาตรวจตามนัด (จำนวน 3 ข้อ) การออกกำลังกาย (จำนวน 6 ข้อ) และการจัดการความเครียด (จำนวน 4 ข้อ) มีการให้คะแนนโดยใช้มาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

แบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุก 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 และ 24 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ข้อ 10, 11, 14 และ 23 ผู้ตอบแบบวัดนี้จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และตอบทุกข้อโดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่กำหนดให้

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

การแปลผลคะแนน โดยรวมคะแนนแบบสอบถามที่ได้ตามเกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว โดยรวม

คะแนน 24 – 40 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 41 – 57 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 58 – 72 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการควบคุมอาหาร

คะแนน 7.00 – 11.66 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 11.67 – 16.33 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 16.34 – 21.00 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการรับประทานยา

คะแนน 4.00 – 6.66 หมายถึง ครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 6.67 – 9.33 หมายถึง ครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 9.34 – 12.00 หมายถึง ครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการตรวจตามนัด

คะแนน 3 – 4 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 5 – 6 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 7 – 9 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการออกกำลังกาย

คะแนน 6 – 9 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 10 – 13 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 14 – 18 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการจัดการความเครียด

คะแนน 4.00 – 6.66 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 6.67 – 9.33 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 9.34 – 12.00 หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐานแล้ว และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากผู้วิจัยท่านอื่น

โดยส่วนที่ 1 เครื่องมือที่มีความเป็นมาตรฐานแล้ว คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เป็นแบบวัดที่เป็นมาตรฐานและมีความตรงตามเนื้อหาอยู่แล้ว ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาหรือข้อความใด ๆ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากผู้วิจัยท่านอื่น ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากนารี คงกระจ่าง (นารี คงกระจ่าง, 2551) โดยนำแนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Wright et al, 1996) และการค้นคว้าตำราและเอกสารต่าง ๆ

ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งข้อแนะนำและข้อเสนอแนะ กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง เห็นด้วย

-1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

0 หมายถึง ไม่แน่ใจ

ผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้เท่ากับ .75 โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยวิธี Item Objective Conguence Index ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ เท่ากับหรือมากกว่า .50 ขึ้นไป

(สมนึก ภัทธิษรณี, 2544) $IOC = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญ}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$

2. ความเที่ยง

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ครอบครัว ที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี หลังจากนั้นนำแบบวัดมาหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า

ความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละชุดครั้งนี้ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.90, แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.95 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยต้องการปกป้องสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยการขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม และการได้รับความเห็นชอบจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัวตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ ให้คำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยงและการเสียสิทธิที่จะได้รับการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลทั้งหมดเพื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการเข้าร่วมวิจัย และมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยแล้ว หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกทำลายทิ้งเมื่อตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติไว้ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1) หลังจากโครงร่างงานวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อชี้แจงกลุ่มเป้าหมายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการศึกษาพร้อมทั้งให้ข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการศึกษา พร้อมกับขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการใช้โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยด้วยการสนทนาบำบัด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้ไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่บ้านจำนวน 2 ครอบครัว โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนาบำบัด กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัว ตามโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย 4 ขั้นตอน ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว โดยใช้คำถามปลายเปิด ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถตอบคำถามได้ครอบคลุมทุกเนื้อหา ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยคิดแปลงขึ้นมา และการค้นคว้าตำราและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเนื้อหารูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพ การสนทนาบำบัด การสะท้อนคิด การสรุปผล

2.2 หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายการเข้าร่วม โครงการวิจัย วัตถุประสงค์โครงการซึ่งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว สามารถขอยกเลิกออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแต่อย่างใด พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุม ครั้งแรกที่บ้าน โดยการเข้าไปแนะนำตนเอง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ทำ Pre - Test พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนัดหมายครั้งต่อไป 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวที่บ้าน เพื่อทำ Post - Test พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งแรกใช้เวลา 2 ชั่วโมง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองครั้งแรกที่บ้าน โดยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ทำ Pre - Test พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพดำเนินการตามโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 นัดหมายครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ซึ่งการพบกันครั้งนี้มีการสนทนาบำบัดดังต่อไปนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

1.1 ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่บ้านพักอาศัยด้วยท่าทางเป็นมิตร กล่าวแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและครอบครัวและให้ผู้ป่วยและครอบครัวแนะนำตนเอง

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยวิธีการดำเนินงานระยะเวลา จำนวนครั้งของการสนทนาในการดำเนินการวิจัยรวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยผู้ป่วยและครอบครัวผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยผู้สนับสนุน เป็นที่ปรึกษา ผู้ประสานงาน ผู้แนะนำแหล่งประโยชน์เสนอความคิดเห็น ให้ความรู้ให้ข้อมูล สนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวชื่นชมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อลดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือกับผู้วิจัย เล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองและผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อสมาชิกครอบครัว

2. การดำเนินการสนทนาบำบัด

2.1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เล่าเรื่องราว ความรู้สึกและสิ่งที่ปฏิบัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเป็นขั้นตอนการค้นหาซึ่งมีผลต่อความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับบริบทที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลและครอบครัวได้เห็นพลวัตของครอบครัว เข้าใจวิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว และผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย และเป็นการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่ทำให้รู้สึกที่กำลังถูกคุกคาม

2.2. ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยถึงความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สาเหตุ การเกิดโรค การรักษาที่ได้รับ การพยากรณ์โรค ความสามารถในการควบคุมโรค ศาสนาและจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยกระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าและเปิดเผยความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยใช้คำถามปลายเปิด (Opened Questioning) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนทนามากที่สุด สามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ เกิดความชัดเจนของข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่าปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือไม่ โดยการที่ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าเรื่องราวความคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามความเชื่อความเจ็บป่วยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถามคำถาม 1 คำถาม (One Question) ที่ต้องการคำตอบ จากที่จะคุยกันในครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะ พุดคุยกันในวันนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.3. ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงปัญหาและอุปสรรคเพื่อสามารถขจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพูดคุยชื่นชม และชี้จุดแข็ง ความสามารถ ของบุคคลและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้วิจัยกระตุ้นย้าให้เกิดการปฏิบัติด้านบวกต่อไป

2.4. ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุยกัน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการทบทวนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและเมื่อการเปลี่ยนแปลงได้ถูกแยกแยะว่าเป็นความจริงจะช่วยให้การปฏิบัติที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไป

3. การสะท้อนคิดเกี่ยวกับสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว เสนอความคิดเห็นในการทำสนทนากับผู้วิจัย ผู้วิจัยสะท้อนคิดเกี่ยวกับความเชื่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ ครอบครัวและผู้ป่วย ได้รับรู้ ได้คิด มองย้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง จะทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาหรือพฤติกรรมของตนเองและครอบครัวได้ชัดเจนขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยให้คำยกย่องชมเชยเสริมแรงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

4. สรุปผลการสนทนากับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว สิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว จะนำไปปฏิบัติ และควบคุมระดับความดันโลหิต นัดหมายการพบกันครั้งต่อไป ซึ่งเว้นระยะห่างเป็นเวลา 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากการพบกันครั้งที่แล้ว ใช้เวลาสนทนากับผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที ดังต่อไปนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อนโยน

2. การดำเนินการสนทนากับ

2.1 ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันศึกษาบริบทของครอบครัว เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อจากการสนทนาครั้งแรกพร้อมตั้งคำถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนความเชื่อในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติตัวหลังจากพบ

กันครั้งที่แล้ว โดยการซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลของครอบครัวต่อไป

2.2 ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากครั้งที่แล้ว เป็นการทบทวนเหตุการณ์หรือสถานการณ์ โดยใช้คำพูดกระตุ้นให้มีการระลึกถึงเหตุการณ์นั้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระลึกถึง และทบทวนเหตุการณ์ได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถามคำถาม 1 คำถาม (One Question Question) ที่ต้องการคำตอบจากที่จะพูดคุยกันในครั้งนี้ คำถามเดียวนั้นมักจะ เป็นคำถามที่สำคัญที่สุด เป็นคำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคำตอบ เป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการแยกแยะปัญหาซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาและความเชื่อของปัญหานั้น และให้ความช่วยเหลือ เรื่องการปฏิบัติตัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิต

2.3 เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดระดับความดันโลหิต ด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การลดภาวะเครียด การ ไปพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและใช้เทคนิคการสนทนา เพื่อการ บำบัดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียด ที่เกิด จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงปัญหาและอุปสรรค เพื่อสามารถจัด สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความทุกข์ทรมานในครอบครัว การเสนอข้อมูล เสนอเรื่องราว ฯลฯ เพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความทุกข์ทรมานและจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมาน ที่ต้องการถูกเล่า ถูกบอก พูดออกมา ระบายความรู้สึก ซึ่งการสนทนาสามารถช่วยลดความเครียด ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

2.4 ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุยที่ผ่านมา คำพูดชมเชยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความภูมิใจและเป็นการแยกแยะ ความเข้มแข็งนำมาซึ่งมุมมองในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและ ยั่งยืนจะเกิดขึ้นภายใต้ความเชื่อของครอบครัว เมื่อครอบครัวเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิก ครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และพฤติกรรมก็จะเกิดการ เปลี่ยนแปลงตามมา (Wright & Leahey, 2009)

3. การสะท้อนคิดเกี่ยวกับสนทนาบำบัด ในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว สะท้อนคิด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีครอบครัวเป็น ผู้ดูแล โดยการซักถามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวเกี่ยวกับความเชื่อ ในการดูแลตนเองโดยการสะท้อนถามความเชื่อที่เป็นอุปสรรคเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงว่ามี

หรือไม่ ถ้ามีผู้วิจัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว ต้องช่วยกันปรับเปลี่ยนให้ เป็นความเชื่อที่เป็นผลให้เกิดความสำเร็จ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ผู้วิจัยให้คำยกย่องชมเชยเสริมแรงบวก

4. สรุปสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะนำกลับไปปฏิบัติหลังจากนั้นนัดหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวในครั้งต่อไปอีกสองสัปดาห์ เพื่อปิดสัมพันธภาพโดยบันทึกวันนัดหมาย ไว้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งที่ควรเกิดขึ้นในครั้งนี่คือ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังจากพบกันครั้งที่แล้วทราบบริบทที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความเชื่อที่เป็นอุปสรรคที่พบ สำหรับการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง อาจทำให้เกิดขึ้นได้เมื่อพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น นัดหมายพบกันครั้งที่ 3 ซึ่งเว้นระยะห่างเป็นเวลา 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากการพบกันครั้งที่แล้ว ใช้เวลาสนทนาบำบัดเป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาทีดังต่อไปนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว กล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อนโยน

2. ดำเนินการสนทนาบำบัด

2.1 ผู้วิจัยและครอบครัวร่วมกันศึกษาบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อจากการพบกันครั้งที่ 2 จากการสนทนาครั้งก่อน พร้อมทั้งถามคำถามและเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทบทวนความเชื่อในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวตระหนักมากยิ่งขึ้น

2.2 ผู้วิจัยกับครอบครัวและผู้ป่วยพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากพบกันครั้งที่แล้วเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทบทวนเหตุการณ์ ได้ด้วยตนเองการเปิดเผยความเชื่อเป็นความรู้สึกลับใจ ในความจริงมีอิทธิพลจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของบุคคล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถามคำถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ (One Question Question) จากการพูดคุยในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว มีความเชื่อที่ทำให้เกิดผลสำเร็จและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับครอบครัวและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

2.3 เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจะเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนาบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยน ความเชื่อในการควบคุมระดับความดันโลหิตการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการทบทวนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะส่งผลไปยังความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุก ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้นตลอดไป

2.4 ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมิน การเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุยที่ผ่านมาในกรณี que ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงขึ้นผู้วิจัยต้องกระตุ้นถามต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมคุณคิดว่าในอนาคตคุณจะทำอย่างไรซึ่งความเชื่อในการปฏิบัติตนและความคาดหวังการปฏิบัติตนในอนาคตให้เหมาะสมต่อไปอย่างไร เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้คิด ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ทำให้เกิดผลสำเร็จสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องตลอดไป

3. การสะท้อนคิดคือให้ผู้ป่วย และครอบครัวสะท้อนกระบวนการสนทนาบำบัด และผลที่เกิดขึ้นจากการสนทนาบำบัดต่อความเชื่อและพฤติกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเชื่อที่ส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การซักถามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวเกี่ยวกับความเชื่อในการดูแลตนเองอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวมีความเชื่อที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. สรุปเนื้อหาที่พูดคุยทั้งหมดที่ผ่านมา ขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย ทำ Post - Test พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวผู้ป่วย ตามแบบประเมินชุดเดิม

5. ดำเนินการปิดสัมพันธภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วนตามความต้องการแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำตอบ ให้คะแนนในแต่ละส่วน นำไปลงรหัส แล้วนำไปวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อตอบวัตถุประสงค์และพิสูจน์สมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) หาข้อมูลของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) โดยใช้สถิติที่ แบบอิสระ (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผลการวิจัยนำเสนอได้เป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมี BMI มากกว่า 25 คิดเป็นร้อยละ 40 และ 50 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีความดันโลหิต 140-159 หรือ 90-99 mm.Hg. คิดเป็นร้อยละ 95 และ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 55 และ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากจบการศึกษา ชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 75 และ 95 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มควบคุมส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65 และ 100 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนมากมีสิทธิ์การรักษาเบิกได้ คิดเป็นร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุมส่วนมากมีสิทธิ์บัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 95 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 50 และ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเมื่อเจ็บป่วยคู่สมรสและบุตรหลานจะเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนมากมีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิต

สูงนาน 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มควบคุมส่วนมากมีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน 4-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มทดลองส่วนมากไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมส่วนมากมีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มทดลองส่วนมากไม่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมส่วนมากเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 95 และ 100 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 90 และ 100 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ($n = 40$)

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง ($n=20$)		กลุ่มควบคุม ($n=20$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	20	3	15
หญิง	16	80	17	85
อายุ ($\bar{X} = 64, S.D. = 10.02, Min = 40, Max = 80$)				
ต่ำกว่า 30 ปี	-	-	-	-
31 - 40 ปี	-	-	1	5
41 - 50 ปี	-	-	1	5
51 - 60 ปี	8	40	6	30
มากกว่า 60 ปี	12	60	12	60
BMI				
($\bar{X} = 25.42, S.D. = 6.30, Min = 15.23, Max = 45.72$)				
(<18.5) น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	3	15	1	5
(18.5-22.9) น้ำหนักในเกณฑ์ปกติ	7	35	4	20
(23.0-24.9) น้ำหนักเกินเกณฑ์ (ท่วม)	2	10	5	25
(>25.0) อ้วน	8	40	10	50

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิต(\bar{X} =137/80 , S.D. =21.24-13.77 , Min =90/50 , Max =187/116)				
140-159 หรือ 90-99 mm.Hg.	19	95	14	70
มากกว่าหรือเท่ากับ160 หรือ100 mm.Hg.	1	5	6	30
สถานภาพสมรส				
โสด	-	-	3	15
คู่	11	55	14	70
หม้าย/หย่า/แยก	9	45	3	15
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	5	-	-
ประถมศึกษา	15	75	19	95
มัธยมต้น	2	10	-	-
มัธยมปลาย	-	-	1	5
ปวช./ ปวส.	-	-	-	-
ปริญญาตรี	1	5	-	-
ปริญญาโท	1	5	-	-
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	65	3	15
รับจ้าง	1	5	8	40
ค้าขาย	1	5	1	5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	15	-	-
เกษตรกร	1	5	6	30
อื่นๆ	1	5	2	10

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (บาท)				
(\bar{X} =11,289.47, <i>S.D.</i> =16,088.17, <i>Min</i> =600 <i>Max</i> =60,000)				
น้อยกว่า 10,000	13	65	20	100
10001 – 25,000	2	10	-	-
25,001 – 50,000	3	15	-	-
มากกว่า 50,000	2	10	-	-
สิทธิรักษาพยาบาล				
ชำระเอง	4	20	-	-
เบิกได้	8	40	-	-
บัตรทอง	5	25	19	95
ประกันสังคม	-	-	-	-
สังคมสงเคราะห์	-	-	-	-
อื่นๆ	3	15	1	5
พักอาศัยอยู่ด้วย				
คู่สมรส	3	15	3	15
คู่สมรสและบุตรหลาน	10	50	14	70
ญาติพี่น้อง	-	-	1	5
อื่นๆ	7	35	-	-
บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย				
ไม่มี	-	-	-	-
คู่สมรส	2	10	3	15
คู่สมรสและบุตรหลาน	9	45	10	50
ญาติพี่น้อง	-	-	2	10
อื่นๆ	9	45	5	25

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (\bar{X} =8, S.D. =6.99, Min =1, Max =33)				
1 – 3 ปี	9	45	3	15
4 – 10 ปี	6	30	13	65
มากกว่า 10 ปี	5	25	4	20
ภาวะแทรกซ้อนจากโรค				
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	10	50	7	35
อัมพฤกษ์/ อัมพาต	4	20	-	-
โรคไต	-	-	1	5
โรคหัวใจ	1	5	1	5
อื่นๆ	5	25	11	55
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง				
เคย	4	20	12	60
ไม่เคย	16	80	8	40
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	19	95	20	100
สูบ	1	5	-	-
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	18	90	20	100
ดื่ม	1	5	-	-
อื่นๆ	1	5	-	-

ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 25 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ($n = 40$)

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	30	11	55
หญิง	14	70	9	45
อายุ ($\bar{X} = 46, S.D. = 14.70, Min = 15, Max = 81$)				
ต่ำกว่า 30 ปี	2	10	2	10
31 - 40 ปี	3	15	6	30
41 - 50 ปี	6	30	8	40
51 - 60 ปี	4	20	2	10
มากกว่า 60 ปี	5	25	2	10
สถานภาพสมรส				
โสด	3	15	5	25
คู่	16	80	15	75
หม้าย/หย่า/แยก	1	5	-	-
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-
ประถมศึกษา	9	45	10	50
มัธยมต้น	1	5	1	5
มัธยมปลาย	3	15	5	25

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปวช./ ปวส.	2	10	1	5
ปริญญาตรี	5	25	3	15
ปริญญาโท	-	-	-	-
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	15	-	-
รับจ้าง	3	15	13	65
ค้าขาย	5	25	1	5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	20	1	5
เกษตรกร	3	15	5	25
อื่นๆ	2	10	-	-

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาล ตาม รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 57.58 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.52 และหลังการทดลองเท่ากับ 59.61 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.44 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 2.03 ในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนที่ทดลองเท่ากับ 54.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.11 และหลังการทดลองเท่ากับ 55.43 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.61 ผลต่างเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 0.61 เมื่อนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้วยสถิติ t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=2.01, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		\bar{D}	t	df	p - Value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
กลุ่มทดลอง	20	57.58	10.52	59.61	3.44	2.03			
							2.01	18	.00
กลุ่มควบคุม	20	54.81	6.11	55.43	4.61	0.61			

* p <.01

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 54.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.72 และหลังการทดลองเท่ากับ 58.48 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.72 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนและหลังทดลองเท่ากับ 4.2 ในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนทดลองเท่ากับ 53.50 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.84 และหลังการทดลองเท่ากับ 54.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.27 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 0.53 เมื่อนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้วยสถิติ t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 0.86, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย
 ในระยะก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		\bar{D}	t	df	p - Value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
กลุ่มทดลอง	20	54.28	5.72	58.48	3.72	4.2	0.86	18	.00
กลุ่มควบคุม	20	53.50	5.84	54.04	8.27	0.53			

* p <.01



บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ two Groups Pretest - Posttest Designs เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling with out Replacement) เป็นผู้ป่วย และครอบครัวจำนวน 40 ครอบครัว และจับฉลากสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ซึ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบปกติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2555 ถึง 31 ตุลาคม 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 2 สำหรับครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อพฤติกรรมสุขภาพและครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ครอบครัว วิเคราะห์หาคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ในโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90, แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยก่อนการทดลอง ซึ่งในกลุ่มทดลองได้ให้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย 3 ครั้งห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ส่วนครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นระยะ 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และทดสอบด้วยค่าทีอิสระ (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง และอายุมากกว่า 60 ปี มี BMI มากกว่า 25 ซึ่งถือว่ามีความอ้วน มีความดันโลหิต 140-159 หรือ 90-99 mm.Hg. มีสถานภาพสมรส คู่ ส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา กลุ่มทดลองส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มควบคุมส่วนมากประกอบอาชีพ มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท กลุ่มทดลองส่วนมากมีสิทธิ์การรักษาเบิกได้ และกลุ่มควบคุมส่วนมากมีสิทธิ์บัตรทอง พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน เมื่อเจ็บป่วยคู่สมรสและบุตรหลานจะเป็นผู้ดูแล กลุ่มทดลองส่วนมากมีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน 1-3 ปี กลุ่มควบคุมส่วนมากมีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน 4-10 ปี กลุ่มทดลองส่วนมากไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมส่วนมากมีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองส่วนมากไม่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมส่วนมากเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา

ตอนที่ 2 ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนกับหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

ตอนที่ 3 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนกับหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล อาจอธิบายได้ว่าการสนทนาบำบัดที่จัดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้วิจัยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ การเชื่อเชิญผู้ป่วยให้เล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต (Wright et al.,1996) ทำให้ทราบถึงความเชื่อที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้มาเหล่านี้ช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถหาวิธีปรับเปลี่ยนความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัวที่ 7 ว่า “ป้ารู้สึกเครียดมาก ไม่รู้จะระบายให้ใครฟัง จะเล่าให้ลูกฟังก็กลัวลูกเบื่อ กลัวเป็นภาระของลูก ป้ารู้สึกสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่า.....” การตั้งใจฟังและแสดงความสนใจของผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะพูดคุยอย่างเต็มใจ เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า นับถือตนเองและเกิดพลังใจจากการได้สื่อสารความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและอาจเกิดการสะท้อนความคิด มองสถานการณ์ด้วยมุมมองใหม่ ๆ เกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้นและอาจพบวิธีการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2542) ผู้วิจัยได้ค้นหาปัญหา แยกแยะปัญหา (Distinguishing the Problem) โดยการซักถามเพื่อให้ได้ปัญหาที่ชัดเจนขึ้น และทำความเข้าใจความเชื่อการเจ็บป่วย (Drawing Forth Illness Belief) ทำให้ผู้ป่วยเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังครอบครัวที่ 1 ว่า ตนเองคิดว่าหายแล้ว และไม่เห็นมีอาการ จึงหยุดยาเองมาเป็นปี และไม่ไปตามนัด แต่ป้าก็พยายามไม่กินอาหารเค็ม และเวลาป้าเครียดป้าก็จะนึกถึงพระพุทธ พระธรรมและนั่งสมาธิ การปรับเปลี่ยนความเชื่อโดยการให้คำชื่นชมผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงความเข้มแข็งที่มีอยู่ เป็นการชี้จุดแข็งความสามารถของผู้ป่วย และนำมาเป็นจุดเด่น เช่น ชื่นชมที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร และการจัดการความเครียดได้ถูกต้อง จะเห็นได้ว่าการชื่นชมทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็งที่มีอยู่ มีความสามารถ เป็นการเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกอยากกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป (Wright et al.,1996) หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง โดยการเสนอทางเลือก ความคิดความเชื่อ (Offering

Alternate Belief) และการเล่าเรื่องราวที่เป็นความรู้ที่ได้จากผู้ป่วยอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยฟัง ผู้วิจัยได้ใช้คำถาม (Asking Interventive Questions) โดยใช้คำถาม 1 คำถาม (One Question Question) ถามผู้ป่วยต้องการคำตอบเป็นการท้าทายให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ตัวอย่างคำถามผู้ป่วยในครอบครัวที่ 18 “ผู้ป่วยถามว่า ลุงเคยล้มกินยา แล้วทำไมตอนเช้าตื่นมาจึงมีนหัว ตา มัว” จากคำถามนี้ช่วยให้ผู้วิจัยทราบถึงความต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยสามารถประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ สำหรับการถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มีความหมายมาก เพราะจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ และเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ (Wright et al., 1996) นอกจากนี้การเสนอทางเลือกความคิด ความเชื่อใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญอยู่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเปิดโอกาสสำหรับการรับความคิดใหม่ ๆ มองปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่ไม่เคยมองมาก่อน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย (อุทุมพร ตรังคสมบัติ, 2542)

2. ครอบครัวที่ได้รับผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวโดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล อาจอธิบายได้ว่าการสนทนากับญาติที่จัดขึ้นตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อมาใช้กับครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความผูกพันกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง (อุทุมพร ตรังคสมบัติ, 2542) ผู้วิจัยได้ใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ การเชื่อใจครอบครัวให้เล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต (Wright et al., 1996) ทำให้ทราบถึงความเชื่อที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้มาเหล่านี้ช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถหาวิธีปรับเปลี่ยนความเชื่อความเจ็บป่วยของครอบครัว อันจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตัวอย่างการสนทนากับครอบครัวที่ 13 “ภรรยา ลุงชอบกินปลาเค็ม หมูสามชั้น ปลาจ๋า ปลาจ่อม ปลาหมึก ผักดอง ห้ามอย่างไรก็ไม่ฟัง” ซึ่งความเชื่อนี้มีผลให้ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมภรรยาให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ การใช้เทคนิคการสนทนา การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Challenging, Altering, and Modifying Constraining Beliefs) จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการใช้คำถามเดียว (One Question Question) ที่ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องการคำตอบ เช่น ตัวอย่างจากการสนทนากับครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในครอบครัวที่

9 ที่ว่า “สามีป่ากินอาหารตามใจตัวเองมาก ชอบกินเค็ม และของทอด ...กินยาบ้างไม่กินบ้าง.....ก็
ไม่เห็นเป็นไรเลย...” จากคำถามนี้ ช่วยให้ผู้วิจัยทราบว่าครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ยังมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้
หลักให้ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เปิดเผยความเชื่อและได้สะท้อนคิด
ความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปรับความเชื่อที่
ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการช่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ
ให้คำชื่นชมครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตัวอย่าง การสนทนากับ
ครอบครัวที่ 20 “พ่อหนูกินอาหารไม่เค็ม ชอบทานผัก ผลไม้ และปลา กินยาตามหมอสั่ง และมา
ตรวจตามนัดทุกครั้งเลย อารมณ์ดี ชอบคุยตลกหยอกล้อกับแม่.....” ผู้วิจัยชื่นชมใน
ความสามารถของครอบครัวช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกมี
คุณค่าในตนเอง นำมาเป็นจุดเด่นและช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเห็นถึงความรักความผูกพันที่มีต่อ
กันภายในครอบครัว การถามถึงความเชื่อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน
การสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็น
อุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Wright, 2005) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเชื่อ โดยเชื่อเชิญให้
ครอบครัวผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายว่ามีอะไรที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น
ในครอบครัว เช่น ตัวอย่างคำพูดของภรรยาในครอบครัวที่ 11 ที่ว่า “สามีป่ามีความตั้งใจในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” ทำให้ครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง และมีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเล่าถึงผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ที่ดูแลพฤติกรรมสุขภาพดี ด้วยเหตุผลที่คล้ายคลึงกัน จะช่วยเปิดโอกาสให้ครอบครัวมี
ทางเลือกมากขึ้น และพบวิธีการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) วิธีการ
เหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีทางเลือกที่จะปฏิบัติให้เหมาะสม นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความคิด
(Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ การสนทนาระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วย นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง

2. ควรนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นจัดเป็นระบบบริการสำหรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว เพื่อให้แผนกผู้ป่วยนอก สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ และมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการสนทนาระหว่างบุคคลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จนพยาบาลเกิดความมั่นใจในศักยภาพในการใช้รูปแบบนี้ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง



บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และ การ ระบาดเจ็บ พ.ศ.2550 . นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

งานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2552). โปรแกรมสืบค้นรหัสโรค. วันที่ค้นข้อมูล 20 ธันวาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://www.medicine.swu.ac.th>.

จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา, และธิดารัตน์ สุวรรณ. (2547). ปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ และรูปแบบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับครอบครัว ในเขตจังหวัดระยอง. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชุลีกร ทาทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2540). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร, 12, 152-177.

ธวัชชัย ภาสุรกุล. (2552). รู้จักเสี่ยง ไม่เสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูง. วันที่ค้นข้อมูล 1 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://www.vcharkarn.com/vblog/62788>.

นงเยาว์ ไบยา. (2554). ปัจจัยผู้ป่วย และปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

นารี คงกระจ่าง. (2551). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เนตรลาวัลย์ เกิดหอม. (2548). ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

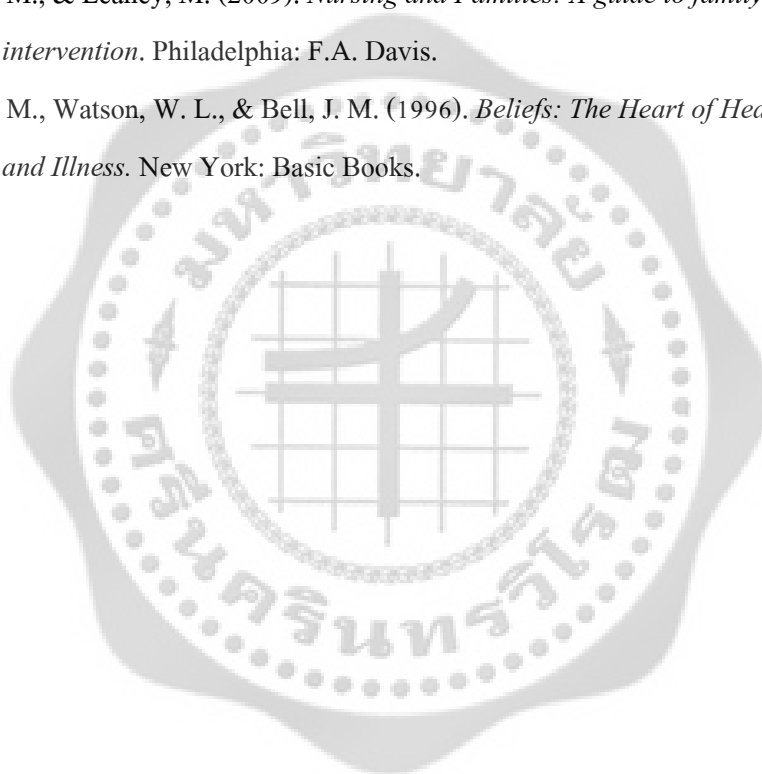
ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์จำกัด.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ เข็มเงิน. (2546). *บทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ:กรณีศึกษาโรคเอดส์ ในตำบลบ้านคำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง*,วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชริน แน่นหนา. (2550). *ผลของโปรแกรมการพยาบาล ตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิกุล บุญช่วง. (2541). *ความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤติ: ปัญหาและการพยาบาล*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กুমมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). *การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลลำ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตร์นตนา อ้นภู. (2545). *ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณ รัชตะไพบุณย์. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วม ของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). *ผลของการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ใบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิริยะ สัมปทานุกุล. (2542). *ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมนึก ภัททิยธนี. (2537). *การวัดผลการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ประสานมิตรการพิมพ์.
- สมชาติ โลจายะ และอรารรณ สุวจิตตานนท์. (2536). *ภาวะความดันโลหิตสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- สรัญญา พิจารณ์. (2547). *การสนับสนุนจากพยาบาลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาติ โสมประยูร. (2543). *สุขภาพเพื่อชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุนันทา พานทอง. (2547). *พฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุรเกียรติ อาชานุกาพ. (2543). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2551). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส]. (2551). *ความดันโลหิตสูง*. วันที่ค้นข้อมูล 19 ธันวาคม 2552, เข้าถึงได้จาก www.thaihealth.or.th/node/5825
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *รายงานประจำปี*. นนทบุรี: กระทรวง.
- อรพินท์ ภายโรจน์. (2542). *ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- อารักขา ใจธรรม. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- Becker, M. H. (1974.). *The health belief model and sick role behavior*. Health Education Monograph, 2, 409-419.
- Denham, S. A., Manoogian, M. M., & Schuster, L. (2007). Managing family support and dietary routines: Type 2 Diabetes in Rural Appalachin families. *Families, Systems & Health*, 25(1), 36-52.
- Friendman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: Research, Theory, and Practice*. (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Hickey, J. S. (2003). *The Clinical Practice of Neurological Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Joint National Committee. (2003). *The Seventh Report of the Joint Nation Committee on Prevent, Detection, Evaluation and Treatment o High Blood Pressure*. USA.
- Leung, K. K., Chen, C. Y., Lue, B. H., & Hsu, S. T. (2007). Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 203-213.
- McLeod, D., & Wright, L. (2001). Conversations of spirituality: Spirituality in the family systems nursing - marking the case with four clinical vignettes. *Journal of Family Nursing*, 7(4), 391-415.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. *The Nursing Clinics of North America*, Dec; 26(4): 815-832.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th (ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing Research: Principles and Methods* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *The scope of health behavior and health education*. In *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, 10-11. San Francisco: Jossey-Bass.

- Siu, O.L., & Phillips, D.R. (2002). A study of family support, friendship, and psychological well-being among older women in Hong Kong. *Int. J. Aging Hum. Dev*, 55, 299–319.
- Tang, Y. Y., & Chen, S. P. (2002). Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International*, 17(4), 329-339.
- World Health Organization-International Society of Hypertension. (1999). World Health Organization-Internal Society of hypertension guidelines for the management of hypertension. *World Health Organization*, 17, 151-183.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nursing and Families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The Heart of Healing in Families and Illness*. New York: Basic Books.







ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลมารดา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียวอิสเรศ | ภาควิชาการพยาบาลมารดา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. นีรนุช สุริยะรังสี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนายายอาม |





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความ
เจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการ
ดูแลสุขภาพผู้ป่วย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยตอบ มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับครอบครัวตอบ มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

แบบสอบถามชุดที่ 1

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเลือกเดียว หรือกรอก

ข้อความในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. ค่า BMIกก. /m² (จากผู้วิจัยคำนวณ)

6. ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

7. สถานภาพสมรส

1. โสด
2. คู่
3. หม้าย / หย่า / แยก

8. ระดับการศึกษา.....

9. อาชีพ

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="radio"/> 4. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="radio"/> 2. รับจ้าง | <input type="radio"/> 5. เกษตรกร |
| <input type="radio"/> 3. ค้าขาย | <input type="radio"/> 6. อื่น ๆ |

10. รายได้ครอบครัว.....บาท/เดือน

11. สิทธิรักษาพยาบาล

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1. เสียจ่ายเอง | <input type="radio"/> 4. ประกันสังคม |
| <input type="radio"/> 2. เบิกได้ | <input type="radio"/> 5. สังคมสงเคราะห์ |
| <input type="radio"/> 3. บัตรทอง | <input type="radio"/> 6. อื่น ๆ..... |

12. บุคคลที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย

1. อาศัยอยู่กับคู่สมรส
2. อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน
3. อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง
4. อื่น ๆ.....

13. บุคคลที่ดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วย

1. ไม่มี 2. คู่สมรส
 3. คู่สมรส และบุตรหลาน 4. อยู่กับญาติพี่น้อง
 5. อื่น ๆ.....

14. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

15. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3. โรคไต
 2. อัมพฤกษ์/ อัมพาต 4. โรคหัวใจ
 5. อื่น ๆ.....

16. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูง

1. เคยเข้ารับการรักษา 2. ไม่เคยเข้ารับการรักษา

17. การสูบบุหรี่

1. ไม่สูบบุหรี่ 2. สูบบุหรี่.....มวน/วัน

18. การดื่มสุรา

1. ไม่ดื่มสุรา 2. ดื่มสุรา.....แก้ว/ แบน / กลม/วัน
 3. อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติที่แท้จริงของท่าน โดยให้ตอบเพียง
ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ หรือ
อย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุก 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร			
1. ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ทอดมัน หมูสามชั้น และอาหารที่มีเนยและครีมมาก เป็นต้น			
2. เลือกที่จะใช้น้ำมันพืช (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว) ในการปรุงอาหาร			
3. ไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จ			
4. ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักดอง และอาหารที่ใส่ผงชูรสมาก			
5. เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าว กล้อง ผักชนิดต่างๆ ถั่ว ผลไม้			
6. ไม่รับประทานอาหารที่มีแป้ง และน้ำตาลมาก เช่น ขนมปัง ขนม หวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น			
7. ไม่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง มันสมอง มันปู มันกุ้ง เครื่องในสัตว์			
การรับประทานยา			
8. รับประทานยาตามเวลา ครบทุกมื้อ			
9. รับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง			
10. ซื้อยาลดความดันโลหิตมารับประทานเอง			
11. หยุดรับประทานยาเอง เมื่อรู้สึกว่าการของตนเองดีขึ้น หรือ เมื่อรู้สึกมีอันตราย หรือมีอาการตาเล้าหลังรับประทานยา			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การมาตรวจตามนัด			
12. ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง			
13. เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่นปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ท่านจะไปพบแพทย์ก่อนวันนัด			
14. ท่านไม่ไปตรวจตามนัดหากยายังเหลืออยู่			
การออกกำลังกาย			
15. หลีกเลี่ยงการใช้แรงหนักที่หนัก โดยวิธี การยก แบก ลาก ดึง ของหนัก หรือหลีกเลี่ยง การไอ จาม อย่างรุนแรง			
16. ออกกำลังกาย โดยมีระยะเวลาเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อน ออกกำลังกาย และระยะเวลาผ่อนคลายหลังจากออกกำลังกายเสร็จ			
17. ออกกำลังกายระดับต่ำถึงปานกลางโดยการวิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ จิน หรือรำกระบอง อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง			
18. ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์			
19. ในระหว่างออกกำลังกาย และหลังจากออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นตัน			
20. ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะหลังจากออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นตัน ท่านจะหยุดออกกำลังกายแล้วไปปรึกษาแพทย์ หรือ ทีมสุขภาพ			
การจัดการความเครียด			
21. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บุตร ธิดา พี่น้อง เพื่อนบ้าน เป็นต้น			
22. เมื่อมีความเครียดมีวิธีผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ หรือสวดมนต์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรืออยู่เฉยๆ			
23. เมื่อมีความเครียดผ่อนคลายความเครียด โดยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้ยาระงับประสาท			
24. เมื่อมีความเครียด ท่านมีวิธีควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิด หรือ อารมณ์เสียได้			

แบบสอบถามครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมข้อความและตัวเลขลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ ปี

3. ที่อยู่

ปัจจุบัน.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

4. สถานภาพสมรส

1. โสด
 2. คู่
 3. หม้าย / หย่า / แยก

5. ระดับการศึกษา.....

6. อาชีพ

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="radio"/> 4. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="radio"/> 2. รับจ้าง | <input type="radio"/> 5. เกษตรกร |
| <input type="radio"/> 3. ค้าขาย | <input type="radio"/> 6. อื่น ๆ |

7. ท่านมีความสัมพันธ์อะไรกับผู้ป่วย

สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร หลาน ญาติ อื่น ๆ

ระบุ.....

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายนี้ ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติที่แท้จริงของท่านโดยให้ตอบเพียง

ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ หรือ
อย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์

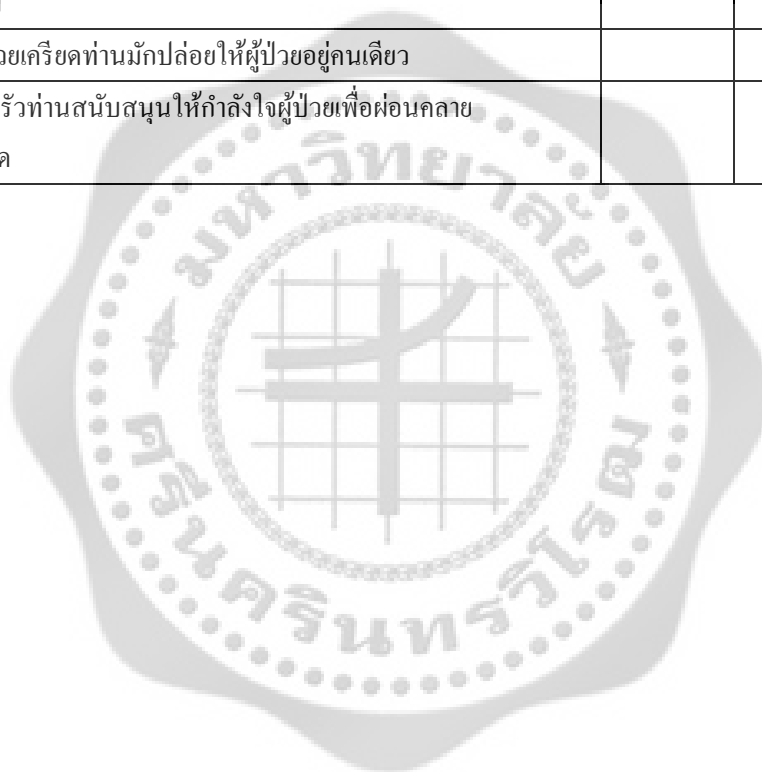
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุก 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร			
1. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ทอดมัน หมูสามชั้น และอาหารที่มีเนยและครีมมาก เป็นต้น			
2. ครอบครัวท่าน เลือกที่จะใช้น้ำมันพืช (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว) ในการปรุงอาหาร			
3. ท่านไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จ			
4. ครอบครัวท่านไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักดอง และอาหารที่ได้ผงชูรสมาก			
5. ครอบครัวท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักชนิดต่างๆ ถั่ว ผลไม้			
6. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารที่มีแป้ง และน้ำตาลมาก เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น			
7. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง มันสมอง มันปู มันกุ้ง เครื่องในสัตว์			
การรับประทานยา			
8. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา ครบทุกมื้อ			
9. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง			
10. เมื่อขาดความดันโลหิตสูงหมดท่านจะซื้อขาดความดันโลหิตสูงจากร้านขายยามาให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การรับประทานยา (ต่อ)			
11. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของตนเองดีขึ้นหรือเมื่อรู้สึกมีนสิริษะ หรือมีอาการตาภายหลังรับประทานยา			
การมาตรวจตามนัด			
12. ท่านพาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง			
13. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่นปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า ท่านจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ก่อนวันนัด			
14. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยไม่ไปตรวจตามนัดหากยายังเหลืออยู่			
การออกกำลังกาย			
15. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้แรงทันทีทันใด โดยวิธี การยก แบก ลาก ดึงของหนัก หรือหลีกเลี่ยง การไอ จาม อย่างรุนแรง			
16. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยมีระยะเวลาเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกาย และระยะเวลาผ่อนคลายหลังจากออกกำลังกายเสร็จ			
17. ท่านหรือสมาชิกครอบครัวออกกำลังกายระดับต่ำถึงปานกลางพร้อมกับผู้ป่วย โดยการวิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำจิบ หรือรำกระบอง อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง			
18. ท่านหรือสมาชิกครอบครัวออกกำลังกายพร้อมกับผู้ป่วยมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์			
19. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างออกกำลังกาย และหลังจากออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น			
20. ถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย และหลังจากออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดออกกำลังกายแล้วไปปรึกษาแพทย์ หรือทีมสุขภาพ			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การจัดการความเครียด			
21. ครอบครัวยุติให้คำปรึกษาผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจ			
22. ครอบครัวยุติและผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ไปทำบุญที่วัด นั่งสมาธิ หรือสวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ปลุกต้นไม้			
23. เมื่อผู้ป่วยเครียดท่านมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว			
24. ครอบครัวยุติสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความเครียด			



โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามความเชื่อความเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และครอบครัวพร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1.1 พยาบาลไปพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่บ้านพักอาศัยด้วยท่าทางเป็นมิตร กล่าวแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและครอบครัวและให้ผู้ป่วยและครอบครัวแนะนำตนเอง</p> <p>1.2 พยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยวิธีการดำเนินงานระยะเวลา จำนวนครั้งของการสนทนาในการดำเนินการวิจัยรวมทั้งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยผู้สนับสนุน เป็นที่ปรึกษาผู้ประสานงาน ผู้แนะนำแหล่งประโยชน์เสนอความคิดเห็น ให้ความรู้ให้ข้อมูล สนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งหมักหมมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อลดระดับความดันโลหิต - ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือกับพยาบาล เล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงการดูแลตนเองผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อสมาชิกครอบครัว 	<p>10 นาที</p>	<p>สมุดจดบันทึก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตนเองและสร้างความคุ้นเคยจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ - การชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัยที่ชัดเจนจะช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและครอบครัวดีขึ้นผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกระบวนการในภาพรวม - การชี้แจงหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดความไว้วางใจ ในตัวพยาบาลและรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง


วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล ร่วมกันสร้างบริบทให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>	<p>2. การดำเนินการสนทนาบำบัด</p> <p>2.1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เล่าเรื่องราวความรู้สึกและสิ่งที่ปฏิบัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>“คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ”</p> <p>“ความเจ็บป่วยของคุณมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>“ครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร”</p>	10 นาที	สมุดจดบันทึก	<p>- การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย(Illness Narratives) นอกจากจะบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นการบอกเล่าถึงความเครียดที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการบอกเล่าด้วย(Wright et al., 1996)</p>
	<p>- พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินเกี่ยวกับโครงสร้างของครอบครัว เช่นการเขียนแผนผังเครือญาติ (Genogram) แผนผังความสัมพันธ์สิ่งแวดล้อมของครอบครัว (Ecomap) ความผูกพันในครอบครัว (Attachment) ระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว (Social Support) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็น</p>			<p>- การประเมินบริบทของครอบครัวโดยประเมินโครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ความผูกพันในครอบครัว ระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเป็นขั้นตอนการค้นหาซึ่งมีผลต่อความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับบริบทที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
				<p>ซึ่งจะทำให้พยาบาลและครอบครัวได้เห็นพลวัตรของครอบครัว เข้าใจประวัติที่เกี่ยวข้อง วิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว และพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย (Wright & Leahey, 2009) และเป็น การสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่ทำให้รู้สึกว่าการถามถูกคุกคาม</p>
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหา เปิดเผยความเชื่อและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแล</p>	<p>2.2. พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยถึงความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาที่ได้รับ การพยากรณ์โรค ความสามารถในการควบคุมโรค ศาสนาและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้อง โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยกระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าและเปิดเผยความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยใช้แนวคำถามดังนี้</p>	<p>60 นาที</p>	<p>สมุดจดบันทึก</p>	<p>- การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้คำถามปลายเปิด (Opened Questioning) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนทนา</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสะท้อนคิดเกี่ยวกับดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>	<p>“คุณคิดว่าอะไรคือสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง”</p> <p>“คุณมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง”</p> <p>“คุณมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับจากโรงพยาบาลเมื่อคุณไปรับการรักษา”</p> <p>“การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและการรักษาคุณปฏิบัติอย่างไรดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การควบคุมอาหารคุณควบคุมอาหารอย่างไร - การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์คุณปฏิบัติอย่างไร - คุณมาตรวจตามนัดอย่างไร - คุณออกกำลังกายอย่างไรในแต่ละวัน - เมื่อคุณมีความเครียดคุณปฏิบัติตัวอย่างไร - ในการปฏิบัติตัวที่กล่าวมาทั้งหมดครบถ้วนให้การสนับสนุนดูแลคุณอย่างไร - คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องศาสนา และจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 			<p>ที่สุด สามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ เกิดความชัดเจนของข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเปิดเผยความเชื่อเป็นความรู้ที่มั่นใจในความจริงซึ่งมีอิทธิพลจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล (Wright, Watson, & Bell, 1996) - ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติ <p>พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่าปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือไม่ โดยการที่ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าเรื่องราวความคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามความ</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>- ถ้าคุณอยากเห็นบางอย่างเกิดขึ้นในชีวิตของคุณขณะนี้ อะไรที่คุณต้องการให้เกิดขึ้น</p> <p>- การที่ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวถึงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นทางบวก พยายามให้แรงเสริมบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชยผู้ป่วยและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติต่อไป</p>			<p>เชื่อความเจ็บป่วย</p> <p>- คำพูดชมเชย ให้กำลังใจ เป็นการเสริมแรงทางบวกทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความภูมิใจ มีกำลังใจ รับรู้ความสามารถของบุคคลในการกระทำ อีกทั้งเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับครอบครัว และเพิ่มการยอมรับของครอบครัวด้วย (Wright et al., 1996)</p>
	<p>- พยายามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถามคำถาม 1 คำถาม(One Question Question) ที่ต้องการคำตอบ จากที่จะคุยกันในครั้งนี้พยาบาลสรุปเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะ พูดคุยกันในวันนี้</p>			<p>- คำถามเดิวนั้นมักจะเป็นคำถามที่สำคัญที่สุด เป็นคำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคำตอบ เป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการแยกแยะปัญหาซึ่งทำให้เชื่อของปัญหานั้น และให้ความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
				ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป พยาบาลทราบปัญหาและความ
4. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยของครอบครัว	<p>2.3. ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พยาบาลจะเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวตอบคำถามดังแนวคำถามนี้</p> <p>-ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีความเชื่ออย่างไรว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ต้องออกกำลังกายสม่ำเสมอ และต้องไม่มีภาวะเครียด</p> <p>-ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาสมุนไพรได้อย่างไร</p> <p>- พยาบาลพูดชื่นชม และชี้จุดแข็ง ความเป็นประโยชน์ ความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และพยาบาลกระตุ้นย้ำให้เกิดการปฏิบัติด้านบวกต่อไป</p>	20 นาที	สมุดจดบันทึก	<p>- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการเจ็บป่วยทำให้พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงปัญหาและอุปสรรค เพื่อสามารถจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>- การใช้เทคนิค วิธีการต่าง ๆ เช่น การชื่นชม การถาม คำถาม การเสนอเรื่องเล่าที่มีประโยชน์ ฯลฯ เป็นการเชื่อเชิญให้ผู้ป่วยและครอบครัวสะท้อนคิด และเปิดช่องว่างสำหรับความเชื่อ</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
				<p>ใหม่ (Wright et al., 1996) นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้</p> <p>- การเสนอข้อมูลเป็นการตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การรับรู้ที่ถูกต้องและนำไปเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>5. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>	<p>2.4. พยายามกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุยกัน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวก พยายามให้คำยกย่องชมเชยเสริมแรงบวก - พยายามกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ได้พูดคุยกันเช่น <p>“คุณช่วยเล่าเหตุการณ์ที่บอกว่าคุณกับสมาชิกครอบครัวเข้าใจกันให้ฟังหน่อยค่ะ”</p> <p>“:คุณคิดว่าใครในครอบครัวที่สังเกตเห็นการที่คุณพยายามดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยบ้างค่ะ”</p> <p>“คุณคิดว่าความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของคุณมีผลต่อครอบครัวอย่างไรบ้าง”</p> <p>ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงนั้น</p>	20 นาที	สมุดจดบันทึก	<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการทบทวนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและเมื่อการเปลี่ยนแปลงได้ถูกแยกแยะว่าเป็นความจริงจะช่วยให้การปฏิบัติที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไป (Wright et al., 1996) - การเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและยั่งยืนจะเกิดขึ้นภายใต้ความเชื่อของครอบครัว เมื่อครอบครัวเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของสมาชิกครอบครัวจะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมก็จะ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	พยายามกระตุ้นถามต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม			เกิดการเปลี่ยนแปลงตามมา (Wright & Leahey, 2005)
	<p>3.การสะท้อนคิดเกี่ยวกับสนทนาบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสะท้อนคิดแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับความเชื่อที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวก พยายามให้คำยกย่องชมเชย เสริมแรงบวกจากนั้นสรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันในวันนี้</p> <p>4. สรุปผลการสนทนากับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนดูแล</p> <p>นัดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวครั้งต่อไป โดยบันทึกวันที่นัดหมายไว้ให้ กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว</p>			

ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลร่วมกันสร้างบริบทให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (เพิ่มเติม)</p>	<p>1.สร้างสัมพันธภาพ. พยาบาลไปพบผู้ป่วยและครอบครัว กล่าว ทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อนโยน</p> <p>2.การดำเนินการสนทนากับ</p> <p>2.1. พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันศึกษาบริบทของครอบครัว เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อ(เพิ่มเติม)พร้อมตั้งคำถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนความเชื่อในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการปฏิบัติตัวหลังจากพบกันครั้งที่แล้วดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -การควบคุมอาหารปฏิบัติอย่างไร -การรับประทานยาตามแนวการรักษาของแพทย์ปฏิบัติอย่างไร -มาตรวจตามนัดอย่างไร -การออกกำลังกายปฏิบัติอย่างไร -เมื่อคุณมีความเครียดคุณปฏิบัติอย่างไร <p>“คุณและครอบครัวคิดว่าการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแล้วทำให้ครอบครัวรู้สึกมีภาระอย่างไร”</p>	20 นาที	สมุดจดบันทึก	<p>- เพื่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน</p> <p>- การประเมินเกี่ยวกับบริบทของครอบครัว เป็นขั้นตอนการค้นหาซึ่งมีผลต่อความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับบริบทที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลและครอบครัวได้เห็นพลวัตรของครอบครัว เข้าใจวิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว และพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย (Wright & Leahey, 2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหา เปิดเผยความเชื่อ และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>	<p>2.2. พยายามกับผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตหลังจากครั้งที่แล้ว</p> <p>“จากที่พูดคุยกันครั้งที่แล้วเกี่ยวกับความเชื่อและการดูแลรักษาความดันโลหิตสูง ฉันอยากรู้ว่าตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง พยายามใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการค้นหา และเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยดังนี้</p> <p>“เมื่อรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คุณและครอบครัว จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร”</p> <p>“คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล”</p> <p>“คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับการบริการของพยาบาล”</p> <p>กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวถึงการปฏิบัติที่เกิดด้านบวกคือการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค รับประทานยาตามแนวการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ออกกำลังกายให้ถูกวิธี ไม่มีภาวะเครียด พยายามให้แรงเสริมบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชยผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติต่อไป</p>	40 นาที	สมุดจดบันทึก	<p>- การทบทวนเหตุการณ์หรือสถานการณ์โดยใช้คำถามกระตุ้นให้มีการระลึกถึงเหตุการณ์นั้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระลึกถึงและทบทวนเหตุการณ์ได้ด้วยตนเอง</p> <p>- เป็นการถามคำถามที่แสดงถึงการยอมรับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ในการพยายามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Wright et al., 1996)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>- พยายามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถามคำถาม 1 คำถาม (One Question Question) ที่ต้องการคำตอบจากที่จะพูดคุยกันในวันนี้ จากนั้นพยาบาลสรุปเรื่องราวที่จะพูดคุยกันในวันนี้</p> <p>“คุณคิดว่าครอบครัวได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้อย่างไรบ้าง”</p> <p>“จากการเจ็บป่วย ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างไรบ้าง”</p> <p>“คุณช่วยเหลือเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวหลังจากเกิดจากเจ็บป่วยให้ฟังหน่อยค่ะ”</p> <p>“ครอบครัวจัดการกับปัญหาความสัมพันธ์นี้ได้อย่างไร”</p>			<p>- คำถามเดิวนั้นมักจะเป็นคำถามที่สำคัญที่สุด เป็นคำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคำตอบ เป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการแยกแยะปัญหาซึ่งทำให้พยาบาลทราบปัญหาและความเชื่อของปัญหานั้น และให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิต</p> <p>- ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความทุกข์ทรมานและจิตวิญญาณ ความทุกข์ทรมานที่ต้องการถูกเล่า ถูกบอก พูดออกมา ระบายความรู้สึก ซึ่งการสนทนาสามารถช่วยลดความเครียดด้านร่างกายจิตใจ</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
				สังคมและจิตวิญญาณ (Wright et al.,1966)
	- กล่าวยกย่องชมเชยผู้ป่วยและครอบครัวกรณีที่มีการปฏิบัติที่เกิดขึ้นด้านบวก เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติต่อไป			
3. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย	<p>2.3. เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดระดับความดันโลหิตด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด พยาบาลถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและพยาบาลใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด การเสนอข้อมูล เสนอเรื่องราว ฯลฯ เพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังนี้</p> <p>“ถ้าคุณไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีผลกระทบกับตัวคุณ และครอบครัวอย่างไร”</p> <p>“มันจะดีกว่าไหมถ้าหากคุณพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา”</p> <p>“ถ้าให้คะแนน 1-10 คุณคิดว่าตอนนี้คุณให้คะแนนความสัมพันธ์ในครอบครัวเท่าไร”</p>	20 นาที	สมุดจดบันทึก	<p>- การเปิดเผยความเชื่อเป็นความรู้ที่มั่นใจในความจริงซึ่งอิทธิพลจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย – จิตใจ- สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล (Wight et al., 1996)</p> <p>- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดถึงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดเกิดจากการเจ็บป่วยทำให้พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงปัญหาและอุปสรรคเพื่อสามารถจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความทุกข์ทรมานในครอบครัว</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
				<p>- เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ความเชื่อของผู้ป่วยจะแฝงอยู่ในคำถามที่บุคคลถามตัวเองด้วย (Wright et al., 1996)</p> <p>- การเสนอข้อมูล งานวิจัย เป็นการตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการรับรู้ที่ถูกต้องและนำไปเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม- การทำทนายเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น (อุมาพร ตังคสมบัติ, 2542)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว</p>	<p>2.4 พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุยที่ผ่านมา</p> <p>“คุณคิดว่ามีใครในครอบครัวสังเกตเห็นการที่คุณพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นบ้างคะ”</p> <p>“คุณช่วยเล่าถึงสิ่งที่คุณเข้าใจความยากลำบากของลูกที่ทั้งต้องทำงานและก็ดูแลคุณในเวลาเดียวกัน ให้ฟังหน่อยคะ”</p> <p>“คุณคิดว่าจากทั้งหมดที่เราได้พูดกันที่ผ่านมาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างไรมีผลต่อครอบครัวคุณอย่างไรบ้างคะ”</p> <p>ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงนั้น พยาบาลกระตุ้นถามต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม</p> <p>3. การสะท้อนคิดเกี่ยวกับสนทนาบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสะท้อนคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวก พยาบาลให้คำยกย่องชมเชยเสริมแรงบวกหลังจากนั้น สรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันในวันนี้</p> <p>4. สรุปสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะนำกลับไปปฏิบัติหลังจากนั้นนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวในครั้งต่อไปอีกสองสัปดาห์ และปิดสัมพันธภาพโดยบันทึกวันนัดหมาย ไว้ไว้กับ</p>	20 นาที	สมุดจดบันทึก	<p>- กรณีมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการทบทวนความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการลดความทุกข์ทรมานในครอบครัว ทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลไปยังความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางวิญญาณ</p> <p>- คำพูดชมเชยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความภูมิใจและเป็นการแยกแยะความเข้มแข็งนำมาซึ่งมุมมองในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง (Wright et al., 1996)</p> <p>- การใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ เช่น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การเชื่อเชิญให้สังเกตการณ์</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>สิ่งที่ควรเกิดขึ้นในครั้งนี้คือ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังจากพบกันครั้งที่แล้วทราบบริบทที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความเชื่อที่เป็นอุปสรรคที่พบ สำหรับการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง อาจทำให้เกิดขึ้นได้เมื่อพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น</p>			<p>เปลี่ยนแปลง การพูดซ้ำเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หรือ การเผยแพร่การเปลี่ยนแปลงนั้น จะช่วยให้ครอบครัวได้ตระหนัก และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีนั้น (Wright et al., 1996)</p> <p>- การเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและ ยั่งยืนจะเกิดขึ้นภายใต้ความเชื่อ ของครอบครัว เมื่อครอบครัวเชื่อ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ สมาชิกครอบครัว จะทำให้ สมาชิกในครอบครัวมีการ เปลี่ยนแปลงความเชื่อ และ พฤติกรรมก็จะเกิดการ เปลี่ยนแปลงตามมา (Wright & Leahey, 2005)</p>

ครั้งที่ 3

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยครอบครัวและพยาบาล ร่วมกันสร้างบริบทให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง(เพิ่มเติม)</p>	<p>1.สร้างสัมพันธภาพ พยาบาลไปพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และครอบครัว กล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อนโยน</p> <p>2.ดำเนินการสนทนาบำบัด</p> <p>2.1 พยาบาลและครอบครัวร่วมกันศึกษาบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อจากการพบกันครั้งที่ 2 (เพิ่มเติม) พร้อมทั้งถามคำถามและเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทบทวนความเชื่อในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักมากยิ่งขึ้น</p> <p>- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีผลต่อสุขภาพอย่างไร</p> <p>“คุณคาดหวังอะไรต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง”</p> <p>“คุณคาดหวังจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างไรในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”</p>	10 นาที	สมุดจดบันทึก	<p>- เพื่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน</p> <p>- การประเมินเกี่ยวกับบริบทของครอบครัวเป็นขั้นตอนการ ค้นหาซึ่งมีผลต่อความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับบริบทที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันซึ่งจะทำให้พยาบาลและครอบครัว ได้เห็นพลวัตรของครอบครัว เข้าใจวิธีแก้ปัญหาของครอบครัว และพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญการแก้ปัญหา เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาเปิดเผยความเชื่อและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและสะท้อนคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>	<p>2.2 พยายามกับครอบครัวและผู้ป่วยพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังจากพบกันครั้งที่แล้ว</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากการพูดคุยกันครั้งที่แล้วเรื่องความวิตกกังวลของคุณเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ฉันอยากรู้ว่าคุณคิดอย่างไร - พยายามใช้คำถามกระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัว มีการค้นหาและเปิดเผยความเชื่อ เกี่ยวกับการได้รับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง - เมื่อรู้ว่าคุณเป็นโรคเรื้อรังคุณรู้สึกมีความเครียดหรือไม่และมีวิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างไร - การไปทำบุญ นั่งสมาธิ หรือสวดมนต์และการละหมาดช่วยในเรื่องการควบคุมความดันโลหิตสูงได้หรือไม่อย่างไร กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวถึงการปฏิบัติทางด้านบวก พยายามให้แรงเสริมบวกโดยกล่าวอย่างชมเชยให้ปฏิบัติต่อไป - พยายามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถามคำถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ (One Question Question) จากที่จะพูดคุยในครั้งนี้นี้พยายามสรุปเกี่ยวกับเรื่องราวที่พูดคุยกันในวันนี้ - พยายามกับผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยถึงความเชื่อเกี่ยวกับ 	30 นาที	สมุดจดบันทึก	<ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนเหตุการณ์หรือสถานการณ์โดยกระตุ้นให้ การระลึกถึงเหตุการณ์นั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทบทวนเหตุการณ์ ได้ด้วยตนเอง - การเปิดเผยความเชื่อเป็นความรู้ที่มั่นใจในความจริงมีอิทธิพลจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของบุคคล (ZWright, Watson, & Bell, 1996) - การเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้ทราบประสบการณ์ของครอบครัว เข้าใจวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาของครอบครัวและพยายาม เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>การเจ็บป่วยโดยกระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าและเปิดเผยความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้คำถาม โดยใช้คำถามเพื่อค้นหาและเปิดเผยความเชื่อ</p>			<p>เกี่ยวกับการดูแลสมาชิกเมื่อเจ็บป่วยช่วยให้พยาบาลสามารถเสนอแนวทาง-</p> <p>-คำถามเดิวนั้นมักจะเป็นคำถามที่สำคัญที่สุด เป็นคำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคำตอบ เป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการแยกแยะปัญหาซึ่งทำให้พยาบาลทราบปัญหาและความเชื่อของปัญหานั้น และให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมกับครอบครัวมากขึ้น</p>
<p>3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>	<p>2.3 เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดลง พยาบาลจะเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและพยาบาลใช้เทคนิคการสนทนา เพื่อการบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยน ความเชื่อในการควบคุมระดับความดันโลหิต</p> <p>- ถ้าคุณไม่ควบคุมการรับประทานอาหารรับประทานยาไม่</p>	<p>20 นาที</p>	<p>สมุดจดบันทึก</p>	<p>การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการทบทวนความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะส่งผลไปยัง</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>ถูกต้อง ไม่ออกกำลังกาย ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด การจัดการความเครียด จะมีผลกระทบต่อคุณและครอบครัวอย่างไร ตัวคุณและครอบครัวมีความคิดเห็นอย่างไร</p> <p>- เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตอบในสิ่งที่ถูกต้อง พยายามพูดชื่นชมและชี้จุดแข็ง ความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและพยายามกระตุ้นให้ปฏิบัติด้านบวกต่อไป</p>			<p>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุก ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น</p>
<p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p>	<p>2.4 พยายามกับผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมิน การเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุยที่ผ่านมาในกรณีผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงขึ้นพยาบาลต้องกระตุ้นถามต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม</p> <p>“ คุณช่วยเล่าถึงผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ.”</p> <p>“ คุณคิดว่าในอนาคตคุณจะคงไว้ซึ่งความเชื่อในการปฏิบัติตนและความคาดหวังการปฏิบัติตนในอนาคตที่เหมาะสมต่อไปอย่างไร”</p> <p>3.การสะท้อนคิดเกี่ยวกับโปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเชื่อที่ส่งเสริมใน</p>	<p>30 นาที</p>	<p>สมุดจดบันทึก</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและยั่งยืนจะเกิดขึ้นภายใต้ความเชื่อของครอบครัว เมื่อครอบครัวเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมก็จะเปลี่ยนแปลงตามมา (Wright & Leahey.2009)</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>“คุณคิดว่าจากทั้งหมดที่พูดกันที่ผ่านมาทำให้เกิดอะไร ขึ้นบ้าง คะ”</p> <p>4. สรุปเนื้อหาที่พูดคุยทั้งหมดที่ผ่านมาขอบคุณผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงและสมาชิกครอบครัว</p>			





ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม





ภาคผนวก ง
ใบอนุญาตเข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2555

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมโครงการ

เนื่องด้วยข้าพเจ้านางสาวนงเยาว์ ไบยา หน่วยงานการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความสนใจศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว ตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย” ทั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการ ให้บริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ดิฉันเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความสำคัญยิ่งต่อการให้ข้อมูล จึงใคร่ขอความร่วมมือและความสมัครใจของท่านเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากท่านเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ดิฉันขอความร่วมมือท่านตอบแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ข้อมูลที่ได้รับจากท่านและครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยข้อมูลของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลใดแก่ผู้วิจัยซึ่งจะไม่ก่อความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีจะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ หรือสามารถติดต่อสอบถามข้อสงสัยได้ที่นางสาวนงเยาว์ ไบยา หน่วยงานการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขโทรศัพท์ 037-395085 ต่อ 81520 หรือ 081-7818619 ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งในความร่วมมือของท่านและครอบครัวมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวนงเยาว์ ไบยา

พยาบาลวิชาชีพ

หน่วยงานการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

แบบ วจ.02/2552

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้อ 1. ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาวนงเยาว์ ไบยา นางชุมพร จำแสง นางสาวน้ำทิพย์ แพ้ชัยภูมิ และนายแพทย์จตุรงค์ ตั้งสังวรธรรมะ เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
- ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ
- ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข หากเกิด อันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบาย และ ตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรอง ในข้อ 5 ทุกประการ
- ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น
- ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใด ๆ อันเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้า จะได้รับการรักษาพยาบาลจากคณะผู้วิจัย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและจะได้รับค่าชดเชย รายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจน มีสิทธิ์ได้รับค่าทดแทน ความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามสมควร

ข้อ 6. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้อ 7. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย สามารถติดต่อกับ นางสาวนงเยาว์ ไบยา นางชุมพร ฉ่ำแสง นางสาวน้ำทิพย์ แพ้ชัยภูมิ และนายแพทย์จาตุรงค์ ตั้งสังวรธรรมะ งานการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โทรศัพท์ 037-395085 ต่อ 81520, 0817818619

ข้อ 8. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 0-3739-5085-6 ต่อ 10513

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้ โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ลงชื่อ

(.....) (.....)

ผู้ยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อพยาน ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อพยาน
(.....)

หมายเหตุ

1. ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องเป็นผู้มีอำนาจทำการแทน เป็นผู้ให้ความยินยอม
2. กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

1. ชื่อ-สกุล	นางสาวนางเยาว์ ไบยา
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2540-2544	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2551-2554	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ชื่อ-สกุล	นางชุมพร น้าแสง
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก
ตำแหน่ง	หัวหน้างานการพยาบาลศูนย์มีตราบบำบัด และ ส่งเสริมสุขภาพ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2535-2539	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2549-2552	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

3. ชื่อ-สกุล นางสาว น้ำทิพย์ แพ้ชัยภูมิ
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา
 ฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก
 ตำแหน่ง ผู้ช่วยพยาบาล
 ประวัติการศึกษา
 พ.ศ. 2545-2546 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ชื่อ-สกุล นายแพทย์จำคุณต์ ตั้งสังวรธรรมะ
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา
 ฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก
 ตำแหน่ง อาจารย์แพทย์
 ประวัติการศึกษา
 พ.ศ. 2541-2546 แพทยศาสตรบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 พ.ศ. 2548-2550 แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี