

612.14

๕๗๗๔๑

๕๕๖

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ
1
โธเรม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
วังมั่งงัสัทธรรม อำเภอวังมั่งง จังหวัดสระบุรี

ปริญญานิพนธ์

ของ

สุชาดา สัทธรรม

17 ก.พ. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กันยายน 2539

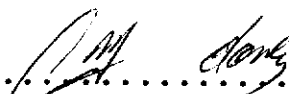
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

58๗๔1

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....  ประธาน
(รศ. สุจินต์ ปรีชาमारถ)

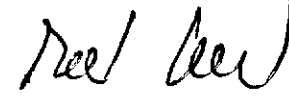
.....  กรรมการ
(อ. ร.ท. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง ร.น.)

คณะกรรมการสอบ

.....  ประธาน
(รศ. สุจินต์ ปรีชาमारถ)

.....  กรรมการ
(อ. ร.ท. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง ร.น.)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อ. พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รศ.ดร.กำโชค เมือกสุวรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2539.

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยการแนะนำสนับสนุนและให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ อาจารย์เรือโทไพบุลย์ อ่อนมิ่ง อาจารย์พิมพ์ศรี โตดิเทพย์ และรองศาสตราจารย์ ก่ำโชค เพื่อกสุวรรณ ผู้วิจัยขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จากคุณสงค์คุณณ์ ดวงคำสวัสดิ์ นักวิชาการสุศึกษา กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข แพทย์หญิงจงกล เลิศเขียรดำรง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม และนายแพทย์เอกภพ สะเดา แพทย์ทั่วไปโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม

ขอขอบพระคุณคุณสุลัพร เกิดสว่างเนตร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมวกเหล็ก ที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือกับผู้ป่วยนอก ขอขอบคุณคุณจารุณี สุคนธ์ คุณนงนุช กิ่งจำปา และเจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกคน ที่เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย จนสำเร็จลุล่วงลงได้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อประสิทธิ์ สัทธรรม คุณแม่ปลั่ง สัทธรรม ครู อาจารย์ ทุกท่านที่อบรมสั่งสอน ช่วยปลูกฝังความอดทน และความมุ่งมั่นในการศึกษา ตลอดจนเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งแก่ผู้วิจัย ทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาค้นคว้า

สุชาดา สัทธรรม

1	บทนำ.....	1
	คำนำ.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	8
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	8
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	9
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	9
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	12
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	46
	การวิจัยในต่างประเทศ.....	46
	การวิจัยในประเทศไทย.....	50
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	59
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	61
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
	ประชากร.....	61
	กลุ่มตัวอย่าง.....	61
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	65
	วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
	วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	67
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67

4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	73
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	73
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
	ผลการศึกษาค้นคว้า.....	73
5	บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	85
	บทย่อ.....	85
	ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	85
	วิธีดำเนินการวิจัย.....	85
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
	สรุปผลการค้นคว้า.....	86
	อภิปรายผล.....	87
	ข้อเสนอแนะ.....	90
	ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	91
	บรรณานุกรม.....	92
	ภาคผนวก ก. แบบสอบถามสำหรับการวิจัย.....	103
	ข. ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถาม.....	114
	ค. แผนการสอนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายกลุ่ม.....	116
	ง. ภาพพลิก.....	123
	จ. แผ่นพับ.....	141
	ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	143

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2538 (ตุลาคม 2537-กันยายน 2538).....	4
2	แสดงขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	67
3	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลชีวสังคม.....	74
4	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอายุ ความสูง น้ำหนัก รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ค่าความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
5	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	79
6	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้านเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	80
7	ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง.....	81
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้.....	82
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเจตคติ.....	83
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติ.....	84
11	ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถาม.....	115

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ.....	26
2	แสดงรูปแบบการวิจัย (Researce Design).....	62

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบบ่อยและนับได้ว่าเป็นปัญหาทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง เพราะเป็นปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพที่มีอันตราย ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตที่สูงได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายหลายประการตามมาภายหลังเช่น โรคหลอดเลือดของสมอง โรคหัวใจ โรคไต และเนื่องจากส่วนใหญ่ของโรคความดันโลหิตสูงนี้เมื่อเป็นระยะแรกมักจะไม่มีอาการนำมาก่อน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้มักจะเป็นมาก และมีอาการของภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว (ดวงมณี วิเศษกุล. 2525:77) ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้เรียกโรคความดันโลหิตสูงนี้ว่าเป็น "นักฆ่าเงียบ" (ชมพูนุช อ่องจรีต. 2527:127) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 15 ถึง 25 ของประชากรทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2536 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคหนึ่งในโรคระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ 8 จาก 10 อันดับโรคแรกที่พบบ่อย คือ

1. โรคระบบทางเดินหายใจ
2. โรคระบบย่อยอาหาร
3. อุบัติเหตุ
4. โรคติดเชื้อและปรสิต
5. โรคระบบกล้ามเนื้อ
6. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง
7. โรคระบบประสาทและอวัยวะสัมผัส
8. โรคระบบไหลเวียนเลือด
9. โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม

10. โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ

และในผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 53,829 ราย คิดเป็นอัตรา 97.2 ต่อแสนประชากร และในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้เสียชีวิต 2,936 คน คิดเป็นอัตรา 93.7 ต่อพันประชากร (สถิติสาธารณสุข.2536)

จากการศึกษาของพัชรี ดำรงสุนทรชัย (2531:2) เกี่ยวกับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดิถีผู้ป่วยนอกวชิรพยาบาลโดยศึกษาจากรายงานสถิติผู้ป่วยนอก ฝ่ายสถิติวชิรพยาบาล ปี พ.ศ.2527 ถึง พ.ศ.2529 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนดังนี้

ปี พ.ศ. 2527	จำนวน	1,699 คน
ปี พ.ศ. 2528	จำนวน	1,855 คน
ปี พ.ศ. 2529	จำนวน	1,915 คน

และในปัจจุบันก็ยังคงพบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนมากในแผนกผู้ป่วยนอกวชิรพยาบาล ดังนี้

ปี พ.ศ. 2536	จำนวน	5,256 คน
ปี พ.ศ. 2537	จำนวน	4,949 คน
ปี พ.ศ. 2538	จำนวน	4,282 คน

จากการศึกษาของบุญรอด เล็กศิริวิไลและวิโรจน์ สิงห์อุตสาหะ (2520:7) เกี่ยวกับ "สาเหตุและภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันเลือดสูง" โดยวิเคราะห์จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับไว้ในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ.2517-2519 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรวม 601 คนเป็นชาย 369 คน หญิง 232 คน พบภาวะแทรกซ้อนดังนี้

โรคหลอดเลือดของสมอง	205 คน
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหัวใจ	171 คน
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเรตินา	146 คน
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับไต	55 คน

และพบสาเหตุการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ

โรคหลอดเลือดของสมอง	86 คน
โรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง	8 คน
โรคไตวายเรื้อรัง	8 คน
โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน	1 คน

และในปัจจุบันก็ยังคงพบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ดังนี้

ปี พ.ศ. 2533	จำนวน 3,186 คน
ปี พ.ศ. 2534	จำนวน 3,083 คน
ปี พ.ศ. 2535	จำนวน 3,780 คน

จากการวิจัยของเคนเนลและคนอื่น ๆ (Kennel and others. 1970:813) เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและอัตราเสี่ยงของโรคหัวใจในเมืองฟรามิงแฮม พบว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของคนที่มีความดันโลหิตปกติ จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับไว้ในโรงพยาบาลส่วนมาก จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ โรคหลอดเลือดของสมอง และเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย (Marcinek. 1980: 928) ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านั้นเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลถึงความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และทรัพยากรบุคคลก่อนถึงเวลาอันสมควร ดังนั้น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในปัจจุบันพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วรวมถึงประเทศไทย

จากการรวบรวมสถิติของโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลจังหวัดสระบุรีในช่วงปี พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2538 พบผู้ป่วย มีจำนวนดังนี้

ปี พ.ศ. 2536	จำนวน 2,399 คน
ปี พ.ศ. 2537	จำนวน 2,430 คน

ปี พ.ศ. 2538 จำนวน 4,423 คน
 ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2536 ซึ่งมีจำนวน 2,399 คน ในปี พ.ศ.2538 จำนวน 4,423 คน คิดเป็นจำนวน 2,024 คน

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี ระหว่างปี พ.ศ.2536-พ.ศ.2538 มีจำนวนดังนี้

ปี พ.ศ. 2536	จำนวน	59 คน
ปี พ.ศ. 2537	จำนวน	135 คน
ปี พ.ศ. 2538	จำนวน	268 คน

จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2538 (ตุลาคม 2537-กันยายน 2538) แยกตามกลุ่มอายุและเพศได้ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2538 (ตุลาคม 2537-กันยายน 2538)

อายุผู้ป่วย (ปี)	จำนวนผู้ป่วย (คน)		
	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
15 - 29 ปี	1	2	3
30 - 60 ปี	38	89	127
มากกว่า 60 ปี	53	85	138
รวม	92	176	268

ที่มา: แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี

จากสถิติดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนับวันจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 90 ถึง 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Mason.1982:76) โรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุถึงแม้จะเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้แต่ก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Marcinek. 1980:929) เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การควบคุมอาการของโรค เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคของหลอดเลือดในอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเมื่อปรากฏพยาธิสภาพขึ้นแล้วจะเป็นพยาธิสภาพที่ถาวรไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ แต่ก็มีวิธีป้องกันและควบคุม มิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้ โดยการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น อีโน และคนอื่น ๆ (จริยาวัตร คมพยัคค์. 2530:3; อ้างอิงมาจาก Inui and others.1985) ศึกษาถึงปัจจัยการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและการรักษา พบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย และยังพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการจะเป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดหรือไม่

สภาพ ใบแก้ว (2528:105) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากการไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อนักป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนั้นนอกจากกิจกรรมด้านการรักษาแล้วแพทย์และพยาบาลยังเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเอง

ให้มากที่สุด โดยการนำกระบวนการทางสุขศึกษามาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ดังที่ สุรีย์ จันทรโมลี (2528:54) กล่าวว่าประโยชน์ของการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาตินั้นจะช่วยปรับแนวคิด ความเชื่อ เจตคติ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติด้านสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง การให้สุขศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยการให้ผู้ป่วยได้รู้จักวิธีการดูแลตนเอง โดยการให้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมาประยุกต์ใช้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบัน ระบบบริการสาธารณสุข ในภาพรวมจะเห็นว่า ยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคต่าง ๆ ทั้งนี้เพราะระบบบริการสาธารณสุข และการศึกษาทางด้านสาธารณสุขยังมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลแบบตั้งรับโดยวิธีการเป็นผู้ให้บริการ(Provider)และลักษณะการบริการแบบสำเร็จรูป(Stereotyped) มากกว่าการรุกเข้าไปในชุมชน ถึงแม้ว่าขณะนี้จะใช้กลวิธีการพัฒนาสาธารณสุขแนวใหม่ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขครอบคลุมพื้นที่ ประชาชนก็ยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้เท่าที่ควร ในขณะที่สถานการณ์สภาวะเศรษฐกิจและสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากประเทศกำลังพัฒนาที่มีพื้นฐานเกษตรกรรม ไปสู่การอุตสาหกรรมมากยิ่งขึ้นเกิดการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ท่ามาหากิน มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร วิธีการดำเนินชีวิตและสภาวะสุขภาพอนามัยในเขตเมืองและชนบท โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายที่มีสายสัมพันธ์แน่นแฟ้นลึกซึ้ง ไปสู่ครอบครัวเดี่ยวหรือไม่สมบูรณ์ กลุ่มวัยทำงานและสตรีที่เคยดูแลครอบครัวรวมทั้งการดูแลสุขภาพสมาชิกในครัวเรือน ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุ เด็กและผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือกลุ่มเสี่ยงของครอบครัวอยู่กันตามลำพัง ทั้งยังไม่อาจเข้าถึงบริการที่มีอยู่ของรัฐบาลได้อย่างเสมอภาค จึงส่งผลให้ประชาชนเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นภาพปรากฏของระบบบริการ สาธารณสุขปัจจุบันว่าอยู่ในระยะต่อของการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ กับภาวะ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และยังเป็นมุมมองว่า ความต้องการการดูแลทาง สุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันที่เน้นการรักษา พยาบาลนั้นจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน ภายใต้อาการ จำกัดทางทรัพยากรได้เท่าที่ควร ในการที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นั้น จะต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การรักษาพยาบาลนั้น นอกจากจะอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ทุก ๆ สาขาแล้ว ต้องอาศัยวิทยาการ ต่าง ๆ ที่คิดขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลแล้วยังต้องอาศัยตัว ผู้ป่วยด้วย การรักษาพยาบาลจะได้รับผลดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับความร่วมมือ และการยอมรับของผู้ป่วย และญาติเป็นส่วนสำคัญที่สุด โดยเฉพาะงานทางด้าน สุขศึกษา ซึ่งผู้ให้สุขศึกษามีความประสงค์ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทางสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและพึงประสงค์ การสุขศึกษาทั่ว ๆ ไป ขาดการสำรวจความพร้อมในการดำเนินงานก่อนการวางแผน การวิเคราะห์ พฤติกรรมของผู้ป่วย การวางแผนการจัดโปรแกรมการสอน จึงทำให้ยังขาด ประสิทธิภาพเท่าที่ควร สุขศึกษากลายเป็นเรื่องที่ง่ายและมีคุณค่าน้อยในสายตา ของคนทั่ว ๆ ไป จึงมักไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่จะให้บริการ ด้านการสอนเกี่ยวกับสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย และประชาชน เนื่องจากโรงพยาบาล มีอุปกรณ์ด้านการศึกษารวมและมากพอ มีการบริการที่เป็นระบบเป็นศูนย์รวม ผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่ด้านต่าง ๆ มีผู้ป่วยและประชาชนมาใช้บริการจำนวน มากในเวลาเดียวกัน มีสภาพที่พร้อมจะรับการรักษาและสุขศึกษาในภาวะที่มี การเจ็บป่วยเหมาะสมมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น (สุนทรี ภาณุทัต. 2526:55)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดแรงจูงใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรม สุขศึกษาในคลินิก โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) ใน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการวางแผนงานการให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล ที่กว้างขวางต่อไป ซึ่งจะช่วยให้สามารถจัดบริการรักษาพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถสนองนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนให้เกิดขึ้นและเป็นส่วนหนึ่งที่จะกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 (HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000)

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ได้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเรมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้ในการให้สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองได้ ในเรื่องของ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การควบคุมโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและการวิจัยที่จะมีในอนาคตต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะถือ
การวินิจฉัยของแพทย์เป็นเกณฑ์

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ที่
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี
ที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ และมีอายุระหว่าง 30-60 ปี
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม ที่ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2
กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การให้สุขศึกษาในเรื่องการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็น
 - 1.1 การให้สุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 - 1.2 การให้สุขศึกษาตามปกติโดยแพทย์และพยาบาล
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็น
 - 2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 เจตคติต่อโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem) ด้วยวิธีการบรรยายประกอบภาพพลิก การสาธิต และแจกเอกสารแผ่นพับให้ผู้ป่วยไปศึกษาดูด้วยตนเองที่บ้าน

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

- ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องอาการ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ความรู้นี้จะทำการประเมินจากคะแนนที่ได้จากการใช้แบบทดสอบ

- เจตคติของผู้ป่วยต่อโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประเมินได้จากคะแนนความคิดเห็นที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม

- การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ให้สุขศึกษา ในเรื่อง

- การรับประทานอาหารรวมทั้งการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่
- การรับประทานยา
- การออกกำลังกาย
- การพักผ่อน

ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับการสังเกตการมาพบแพทย์ตามนัด

การให้สุขศึกษาตามปกติ หมายถึง การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์และพยาบาล ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วย

นอก แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทุกคนเป็นรายบุคคล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม หมายถึง ทฤษฎีการพยาบาลที่อธิบายถึงการพยาบาลว่าเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นผลจากสถานะทางสุขภาพส่วนบุคคล การให้การพยาบาลจะลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสถานะทางสุขภาพ หรือเมื่อผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม โดยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีอายุระหว่าง 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม แนวคิดเกี่ยวกับการสอนหรือการให้สุขศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับการใช้สื่อการสอนหรือการให้สุขศึกษา และการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ดังมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะภาวะหัวใจโตโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่ของโรคนี้เมื่อเป็นตอนแรกมักจะไม่มีอาการ เมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้ ถ้าได้รับการวินิจฉัยเสียแต่แรกก็สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต หัวใจ และป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกได้

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ต้องมีความดันโลหิตซิสโตลิก(Systolic) เท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่าหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก(Diastolic) เท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า และยึดระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ (ตัวเลขแรก =140 คือค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ตัวเลขตัวที่สอง = 90 คือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ส่วนพวกที่มีความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง โดยทั่วไปใช้เครื่องวัดความดันแบบปรอทเป็นเครื่องวัดมาตรฐาน การวินิจฉัย

ว่ามีความดันโลหิตสูงจะต้องตรวจวัดความดันได้ระดับสูงอย่างน้อย 3 ครั้ง ในวาระที่ต่างกัน (สมชาติ โลจายะ.2524:324)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ (ชมพูนุช อ่องจรีต.2527:128)

1. ชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension หรือ Primary hypertension) ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ และพบได้ถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากเชื่อว่า มีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้องที่อาจทำให้เกิดโรคนี้นี้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วนตลอดจนถึงการสูบบุหรี่

2. ชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคไต โรคความดันผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ โรคพิษแห่งครรภ์ และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาสาเหตุที่เป็นต้นเหตุแล้ว ความดันโลหิตสูงก็จะหายได้ โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้นั้นพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยพวกนี้มักพบเมื่ออยู่ในวัยกลางคน จนถึงวัยสูงอายุ และมักมีประวัติทางครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ เช่น มีพ่อแม่พี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้ และส่วนมากมักเป็นกับคนอ้วน (กวี เจริญลาภ และชวลิต รัตนกุล.2526:553)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักเป็นชนิดหาสาเหตุไม่ได้ ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้นี้ไม่มีใครสามารถทราบได้ เข้าใจกันว่าอาจมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงดังนี้ (สมชาติ โลจายะ.2524:329)

1. กรรมพันธุ์ ความเชื่อที่ว่ากรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดความดันโลหิตสูงมีมานาน แต่อิทธิพลนี้ไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่ชัดว่าเป็นไปตามกฎของเมนเดล (Mendelian dominant inheritance) เข้าใจว่าคงมี

อิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ แฝงเข้ามาในกรรมพันธุ์ด้วย เช่น สภาพแวดล้อมที่มีต่อการเพิ่มของความดันโลหิตให้สูงขึ้นตามอายุได้แก่ ขนาดของครอบครัว อาชีพ การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. ปริมาณเกลือที่บริโภค การศึกษาหลายแห่งสรุปได้ว่าปริมาณเกลือที่บริโภคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตสูง จากการศึกษาทางมนุษย์วิทยาและระบาดวิทยาพบว่าในชุมชนที่รับประทานเกลือโซเดียมคลอไรด์ วันละไม่เกิน 3 กรัม มีความดันโลหิตต่ำกว่าระดับความดันเฉลี่ยของคนปกติทั่วไป แต่เมื่อประชาชนในกลุ่มชุมชนแห่งนี้ได้ย้ายไปสู่แหล่งที่กินเกลือ วันละประมาณ 7-8 กรัม ปรากฏว่าระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

3. ความอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงอยู่บ้างได้มีผู้ทดลองพบว่าถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท

4. ความเครียดเชื่อว่ามีอิทธิพลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเพราะภาวะเครียดทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบ เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดเป็นผลทำให้ความดันโลหิตสูง

5. การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่เป็นปัจจัยซ้ำเติมที่จะทำให้เกิดอันตรายของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจได้ง่ายขึ้นหลายเท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

6. การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ จะเพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้นและทำให้ปริมาณไตรกรีเซอไรด์ในเลือดสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงน้อย หรือ ปานกลางมักจะไม่มีอาการ อาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้าและอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัว ร่วมด้วย

2. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ

และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ

ภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้นได้หลายประการ เช่น

1. ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง (Chronic heart failure)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักจะมีอายุสั้นกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่สม่ำเสมอ และไม่ได้ควบคุมปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุของโรค เช่น การที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์หรือเข้าชั้นอ้วน การบริโภคอาหารที่มีเกลือและไขมันสูง การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการอย่างใดเลยและมาปรากฏอาการในขั้นสุดท้าย คืออาการของหลอดเลือดตีบ หรือมีอาการอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่หัวใจเอง กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดซึ่งมีความดันสูงกว่าความดันที่มีอยู่ในเลือดทั่วร่างกาย หัวใจจึงปรับตัวเพื่อการทำงานให้มีสมรรถภาพในการสูบฉีดโลหิตโดยเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจจะเพิ่มขนาด (Hypertrophy) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย ถ้ามิได้แก้ไขหรือรักษาให้ความดันโลหิตลดลง สมรรถภาพของกล้ามเนื้อหัวใจก็อาจเสื่อมถอยลงเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจหมดสมรรถภาพในการบีบไล่โลหิตที่อยู่ภายในหัวใจ ช่องในหัวใจก็จะพองขยาย ในระยะนี้เกิดภาวะหัวใจวายอย่างเรื้อรัง โลหิตจะคั่งในเนื้อปอดทำให้ถุงลมของปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ มีการบกพร่องในการรับออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้า ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย เมื่ออาการเป็นมาก ๆ จะถึงขั้นเหนื่อยเมื่อนอนราบ เนื่องจากในการนอนราบเลือดดำจะไหลกลับหัวใจ และไปคั่งที่ปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ อาจวมทั้งตัว มีน้ำในช่องท้องและในเยื่อหุ้มปอดได้

2. การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไต

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงฝอย (Arteriole) ของไต คือหลอดเลือดแข็ง ทำให้สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่องเกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่สำคัญ

คือ การคั่งของสารยูเรีย (Uremia) ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งในระดับสูง จะเกิดอาการหมดสติ (Coma) และถึงแก่กรรม

3. การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของสมอง

คือหลอดเลือดแข็งและตีบตัน อาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดฝอยแต่ก็มีเลือดออก (Hemorrhage) เนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดนั้นก็จะตาย (Infarction) เกิดอาการอัมพาต หรือเกิดอาการอัมพาตชั่วคราวจากการตีบตันของหลอดเลือด ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (Transient ischemic attack) ถ้าสมองส่วนใหญ่ถูกทำลาย จะเกิดอาการหมดสติและเป็นอันตรายถึงชีวิต

4. การเปลี่ยนแปลงของจอตา (Retina)

ทำให้สายตาสั้นและบอดในที่มืด ฉะนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควร จะได้รับการตรวจตาอยู่เสมอ

5. การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด

หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น อาจจะแตกที่ตำแหน่งใดก็ได้ ถ้าเป็นหลอดเลือดใหญ่จากหัวใจ (Aorta) แตกก็เป็นอันตรายถึงชีวิตทันที

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงและภาวะควบคุมโรค

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็มีวิธีป้องกันและควบคุมมิให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้ ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญของการรักษา คือ การควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากความดันโลหิตสูงโดยใช้วิธีง่ายสะดวกปลอดภัย มีประสิทธิภาพและบุคคลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ (Kocher and Daniels. 1978:61) การควบคุมโรคนี้หมายถึง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตที่สูงลดลงมาเท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่มีอันตราย (สุภาพ ใบแก้ว. 2528:53)

หลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สามารถกระทำได้โดยการ

ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุของโรค และการใช้ยา (ดวงมณี วิเศษกุล. 2525:83)

การควบคุมอาหาร แม้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือการใช้ยา แต่อาหารก็เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งที่แพทย์นำมาใช้ในการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น อาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรประกอบด้วยสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป แต่มีข้อจำกัดคือ

1. จำกัดเกลือโซเดียม คนไข้โรคความดันโลหิตสูงจะมีการคั่งของเกลือโซเดียม โดยมีการดูดซึมกลับที่ตำแหน่งหลอดเลือดฝอยส่วนต้น และส่วนปลายของไต (Proximal และ Distal tubule) จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักเป็นเรื้อรัง การรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดเกลือโซเดียมโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับจำกัดมากเป็นเวลานาน ๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหมดความสุขในการรับประทานอาหาร ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้ป่วย แพทย์จึงมักกำหนดให้จำกัดเกลือในระดับที่ต่ำกว่าคนปกติเพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน

2. อาหารไขมัน เนื่องจากไขมันเป็นอาหารที่ให้แคลอรีสูง คือไขมัน 1 กรัม จะให้แคลอรีถึง 9 กิโลแคลอรี (ดวงมณี วิเศษกุล. 2525:26) อาหารที่ให้พลังงานจำนวนมากเช่นนี้เป็นอาหารที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงรวมทั้งความอ้วนจากฟรา밍แฮม สตัดดี้ (Framingham study) นั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนจะเกิดโรคหัวใจ และตายก่อนเวลาได้มากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่อ้วนถึงสองเท่า (Kochar and Daniels. 1978: 100) อาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องลดอาหารประเภทนี้ลงแต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับพลังงานที่ถูกใช้ไปในร่างกาย และเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดแข็งตัว และมีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าปกติดังนั้นไขมันที่ได้รับจากอาหารควรเป็นไขมันที่ไม่อิ่มตัว

เช่น น้ำมันพืช

คนที่น้ำหนักมากมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจวาย หลอดโลหิตในสมองแตก เบาหวานได้มาก ดังนั้นจึงควรลดน้ำหนัก เพราะความอ้วนมีอันตรายต่อความดันโลหิต คือ

1. น้ำหนักเกินที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
 2. น้ำหนักเกินที่เพิ่มขึ้นจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น
 3. น้ำหนักเกินที่เพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มทำให้เกิดเบาหวาน และโรคเกาต์
- ดังนั้นคนที่น้ำหนักตัวมากและมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจึงจำเป็นต้อง

ต้องแนะนำให้มีการลดน้ำหนักตัวลง

หลักในการลดน้ำหนักมี 2 ประการ คือ

1. เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร ไม่รับประทานอาหารจุบจิบ รับประทานอาหารเฉพาะ 3 มื้อเท่านั้น

2. ควบคุมอาหาร โดยจำกัดอาหารให้น้อยลง รับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ เช่น ผักใบเขียว ผลไม้ งาของหวานและอาหารไขมัน

สำหรับการคำนวณค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายซึ่งง่ายและสะดวกสามารถใช้ได้กับประชาชนที่แตกต่างกัน ดังนี้

$$\text{ดัชนีน้ำหนักของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ดัชนีน้ำหนักของร่างกายในคนปกติมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิง และเนื่องจากบุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีน้ำหนักของร่างกาย 20 เปอร์เซนต์ ถือว่าเป็นคนอ้วน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีดัชนีน้ำหนักของร่างกายเกินกว่า 27 ในเพศชาย และ 26 ในเพศหญิง จึงถือว่าเป็นคนอ้วน ซึ่งต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลง (สุภาพ ใบแก้ว. 2528:55)

การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรออกกำลังกายบ้างเล็กน้อยเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น หลอดเลือดแข็ง การออกกำลังกายมีผลต่อความ

ดันโลหิต ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง และยังช่วยให้น้ำหนักตัว ลดลงจากการใช้พลังงาน นอกจากนี้ยังเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดของ ร่างกายด้วย ควรออกกำลังกายกลางแจ้งทุกวัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือการออกกำลังกายที่ไม่ต้องใช้แรงมากเกินไป เช่น เดิน วิ่งอยู่กับที่ ถีบจักรยาน และว่ายน้ำ ไม่ควรออกกำลังกายภายหลังจากอัม ใหม่ ๆ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน วันละประมาณ 15-30 นาที และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก ซึ่งได้แก่ การยกน้ำหนัก การแบกหาม ต่อยมวย มวยปล้ำ เตะฟุตบอล หรือกีฬาที่เล่นแล้วรู้สึกเหนื่อยมาก

การหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของโรค

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเราไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่แท้จริง แต่พบว่ามีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิด โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะเครียด ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าว โดยปฏิบัติ ดังนี้

1. การควบคุมน้ำหนัก หรือการลดน้ำหนักในรายที่อ้วน เนื่องจาก ความอ้วนจะทำให้ความดันโลหิตสูง และเกิดมีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและมีน้ำหนักมากเกินไปจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาด เลือดได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ดังนั้นผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก มากเกินไปควรลดน้ำหนักลงจนได้มาตรฐาน ทำได้โดยการควบคุมอาหารและ การออกกำลังกาย ดังรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น

2. การงดสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรงดบุหรี่ทุกคน เพราะ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด เช่นเดียวกับการ มีความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่ทั้ง 2 อย่างนี้พร้อมกันย่อมมีโอกาสเป็นโรค หัวใจขาดเลือดได้มากยิ่งขึ้นไปอีก

3. การเลิกดื่มสุรา การดื่มสุราจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจาก

ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายจากฤทธิ์ของยาได้ (Kochar and Daniels.1978:95)

4. หลีกเลียงภาวะเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียดอาจทำได้โดยการออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การพักผ่อนอย่างเพียงพอก็เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะการพักผ่อนอย่างเพียงพอนอกจากจะทำให้ร่างกายสดชื่นแล้วยังลดความเครียดได้ด้วย ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้ามีความเครียดมาก ๆ ทำให้นอนไม่หลับ แพทย์อาจจำเป็นต้องให้ยานอนหลับร่วมด้วย

การใช้ยา ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ

1. ยาขับปัสสาวะ
2. ยาลดความดันโลหิต

สิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรทราบและปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยามีดังนี้

1. เป้าหมายของการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระดับความดันโลหิตที่ต้องการคือ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือน้อยกว่าโดยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา

2. การรักษาเป็นเพียงการควบคุมโรค ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

3. ชื่อ ชนิด และประสิทธิภาพของยาที่มีต่อร่างกาย รวมทั้งเหตุผลในการใช้ยา

4. ขนาดของยา และจำนวนครั้งที่รับประทานในหนึ่งวัน

5. การเปลี่ยนแปลงหรืออาการข้างเคียงของยาอาจเกิดขึ้นได้ การใช้ยาน้อยกว่าระดับความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติ ต้อง

รายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทันที

6. การรับประทานยาทุกวันตามคำสั่งแพทย์ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7. ผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล

8. ผู้ป่วยควรมาตรวจตามนัดทุกครั้งและเมื่อมาตรวจควรนำยาที่เหลือมาทั้งหมด เพราะแพทย์หรือพยาบาลต้องการตรวจสอบให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง

9. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นซึ่งแพทย์และพยาบาลไม่ได้แนะนำ เพราะยานั้นอาจขัดขวางการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยยา เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน วัณโรค จะต้องใช้ความอดทนค่อนข้างมากในการรักษาหรือควบคุมโรค ผู้ป่วยต้องมีทั้งความรู้และความร่วมมือในการรักษา ความร่วมมือของผู้ป่วยต่อการรักษาเป็นหัวใจอันสำคัญยิ่งในการรักษา การรักษาจะไม่ได้ผลเลยถ้าไม่มีความร่วมมือของผู้ป่วย (กรุงไกร เจนพาณิชย์. 2521:66)

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องตามคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ (Dracup and Meleir. 1982:31) ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่จะต้องปฏิบัติคือ การลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย การรับประทานยา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา ตลอดจนการลดภาวะตึงเครียด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ได้มีนักวิชาการสุขศึกษาให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2525:44) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกต และวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:28) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม ที่มุ่งเน้นเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2531:44) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึง การแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกที่ครูสามารถสังเกต และวัดได้

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532:11) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่นรวมถึงการกระทำ หรืองดการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากความหมายที่นักวิชาการสุขศึกษาได้ให้ไว้ทั้งหมดนี้ พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติ หรือการยกเว้นการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นด้วย

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

การอธิบายพฤติกรรมด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพโดยอาศัยแนวความคิดของความหมายพฤติกรรมทางการศึกษา ของ บลูม (Bloom) คราธวอลล์ (Krathwohl) และมาเซีย (Macia) อ้าง โดยประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:155) ซึ่งแบ่งพฤติกรรมดังกล่าวออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) หมายถึง การมีประสบการณ์เกี่ยวกับข้อเท็จจริง หรือหลักฐานต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการศึกษา หรือการตรวจสอบ ความรู้ที่จัดเป็นความสามารถทางสติปัญญาจำแนกได้เป็น ลำดับชั้น ดังนี้

- 1.1 ความรู้ (Knowledge)
- 1.2 ความเข้าใจ (Comprehension)
- 1.3 การประยุกต์หรือการนำไปใช้ (Application)
- 1.4 การวิเคราะห์ (Analysis)
- 1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis)
- 1.6 การประเมินค่า (Evaluation)

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ แบ่งออกเป็นขั้นตอนดังนี้

- 2.1 การรับรู้ (Receiving)
- 2.2 การตอบสนอง (Responding)
- 2.3 การให้ค่า (Valuing)
- 2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization)
- 2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization)

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรม

ด้านการใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอนทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา และด้านการเมือง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:202-204) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยอ้างอิงมาจาก เคลแมน (Kelman N.D.) ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะคือ

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ (Compliance) เพราะบุคคลถูกสังคม หรือกลุ่มของบุคคลบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะถูกลงโทษ แต่ในทางตรงข้ามถ้าเปลี่ยนแปลงก็จะได้รับรางวัลจากสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง (Identification) บุคคลเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งที่ดี ตนเองต้องการเลียนแบบโดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น เช่น บิดา มารดา ครู อาจารย์ ดาราภาพยนตร์ นักการเมือง พระภิกษุสงฆ์ ฯลฯ

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี (Internalization) บุคคลยอมรับและรู้สึกด้วยตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง ตรงกับแนวความคิด ค่านิยม ของตนที่ยึดถืออยู่ หรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526:121-130) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมให้ครอบคลุมทุกปัจจัย ดังนี้

1. วุฒิภาวะ เป็นพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

2. ขาและสิ่งเสพติด สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายใน

3. พันธุกรรม เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด หรือการแสดงออก ซึ่งต้องอาศัยระดับสติปัญญา ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากบิดา มารดา หรือบรรพบุรุษ ความเฉลียวฉลาด โรคบางอย่างสามารถถ่ายทอดกันทางพันธุกรรม

4. การเรียนรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้แล้วจึงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

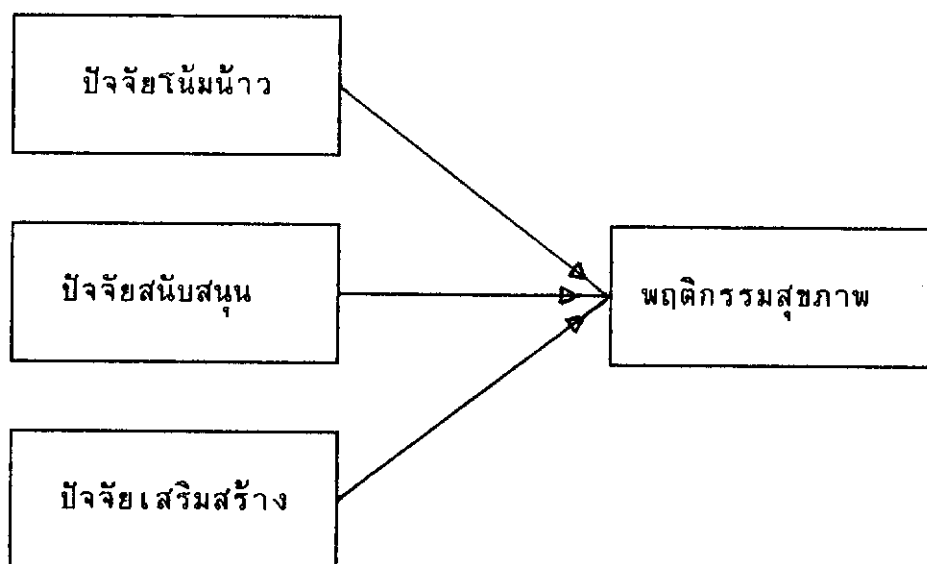
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนมีอยู่หลายวิธี แต่ละวิธีก็มีแนวความคิดหลักแตกต่างกันออกไป เพราะพฤติกรรมของคนโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลายประการ ดังนั้นการปลูกฝัง หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ และเป็นไปในลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ เกี่ยวกับเนื้อหาของสุขศึกษา การเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะเอื้ออำนวย ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกของการเรียนรู้ซึ่งอาจจะได้รับจากผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากการสังเกต และสิ่งแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ซึ่งได้แก่สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละคนได้มีโอกาสกระทำการในเรื่อง

หนึ่งเรื่องใด อย่างเพียงพอเหมาะสม และต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะ และพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และรับผิดชอบในโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝัง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดได้โดยมีปัจจัยอื่นเป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ซึ่งได้แก่ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้นเตือน หรือปฏิบัติสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำ หรือการตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว สรุปได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : ชนวรรธน์ อัมสมบูรณ์ .2528:24-26.

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวความคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2532:75) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การใส่หมวกนิรภัย เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดนี้สอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของบุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528:587-588) ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดคือ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเจ็บป่วยและอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การที่บุคคลอยู่ในบทบาทความเจ็บป่วย ถูกกำหนดโดยบุคคลในชุมชน เช่น ครอบครัวรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขอันมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงาน ปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม

โดโรธี โอเรม (Dorothea E. Orem) เป็นที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการพยาบาลที่มหาวิทยาลัยแคธอลิก ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีความเชื่อว่า "โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรืออันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกาย หรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย" (Orem, 1980:6) จากความเชื่อนี้ โอเรม (Orem) สรุปว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง มนุษย์จะต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจากผู้อื่น เมื่อเรามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจบกพร่องจากการเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย เช่น วัยทารก หรือภาวะวิกฤต

จุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองนั้น โอเรมกล่าวว่า ประกอบด้วย

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุม หรือรักษาโรค
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่เสียไป

องค์ประกอบของทฤษฎี โอเรมเรียกทฤษฎีนี้ว่า "ทฤษฎีทั่วไปทางการพยาบาล" (The General Theory of Nursing) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย คือ

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self Care) มีแนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ และเป็นกิจกรรมที่จะทำ

ด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น

1.1 ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงรักษาความมั่นคงสมบูรณ์ ทางโครงสร้างของมนุษย์และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไปถือว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นปกติของมนุษย์เพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน

1.2 ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self Care Requisites) แต่เดิม โอเรม ได้รวมการดูแลตนเองด้านนี้ เข้าอยู่ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem, 1980:47) ต่อมาได้แยกออก เพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น การดูแลตนเองด้านนี้เป็น การดูแลตนเองขณะเผชิญกับ ขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ ดังเช่น ความตายของบิดา มารดา ญาติสนิท สามี หรือภรรยา เป็นต้น ความต้องการ ด้านนี้เพื่อ

- ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และ ส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่

- ส่งเสริมการดูแลในด้านต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิด ภาวะมีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย ได้แก่ การไม่ได้ รับการรักษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสังคม ความผิดปกติทางด้านร่างกายและ จิต การขาดญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ให้ความช่วยเหลือคำจุน

1.3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) เป็นกิจกรรมการ ดูแลตนเองในขณะเกิดความเจ็บป่วย ได้รับอันตราย หรือทุพพลภาพ อันเป็น เหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรม

บางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ เป็นต้น หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อารมณ์แปรปรวน การเบื่อหน่ายต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น กิจกรรมทางด้านนี้แบ่งเป็น 6 ประเภทได้แก่

1. เสาะหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
2. ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น
3. ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อผลในการป้องกันและการรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุงความพิการ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค
4. รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลจากการรักษาพยาบาล
5. ปรับความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล
6. เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมถึงมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพกายและจิต

2. ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self Care Deficit)

เมื่อบุคคล ไม่สามารถที่จะทำการดูแลตนเองหรือบุคคลในปกครองได้ บุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficits) เป็นผลให้บุคคลเกิดความต้องการการดูแลตนเองในรูปของการรักษา (Therapeutic Self-Care Demand) ซึ่งอาจจะเป็นความต้องการเกี่ยว

กับความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามการพัฒนาการ และตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ ความต้องการที่กล่าวนี้ต้องมากกว่าความสามารถหรือพลังหรือศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองหรืออาจกล่าวใหม่ได้ว่า บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง (Self-Care Deficits) นั่นคือบุคคลอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficits) จึงเป็นความจำเป็นที่บุคคลนั้นต้องการการพยาบาล

ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) เป็นความไม่สามารถของผู้ป่วยในการที่จะดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล

การให้บริการทางการพยาบาล (Nursing Capability or Nursing Agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการกำหนด จัดเตรียม และจัดดำเนินการให้การรักษายาบาลแก่บุคคลผู้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาพยาบาล

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เพื่อให้การกำหนดกิจกรรมเป็นไปอย่างเหมาะสม โอลิแรม (Orem, 1980 :97-101) ได้แบ่งระบบการพยาบาลไว้ 3 แบบ ดังนี้

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) พยาบาลเป็นผู้ทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด เพราะสาเหตุดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ ได้แก่ ผู้ไม่รู้สติ (Coma)

- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ อันมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค หรือข้อจำกัดจากแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายในระยะเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สดีดี

- ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากไม่กล้าตัดสินใจหรือไม่ทราบวิธี แต่สามารถปฏิบัติได้ ถ้าได้รับคำแนะนำหรือการสอน เช่นการออกกำลังกาย การตรวจวัดความดันโลหิต

3.2 ระบบทดแทนเป็นบางส่วน (Partly Compensatory System) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันทำกิจกรรม โดยพยาบาลต้องช่วยทำเป็นบางส่วน เนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

- มีข้อจำกัดบางอย่างในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยขาดความรู้ และทักษะ
- ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเริ่มทำกิจกรรมแต่ขาดผู้ช่วยเหลือหรือคำแนะนำ

3.3 ระบบประคับประคองและให้การศึกษา (Supportive Education System) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง หรือเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยควรที่จะเรียนรู้ในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษาพยาบาล แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ถ้าขาดผู้ช่วยเหลือ (Assistance) ในการชี้แนะในส่วนที่บกพร่องหรือไม่ถูกต้อง

ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โอเรม (Orem, 1985:88) ได้เน้นว่า ความต้องการในการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในการดูแลตนเอง ที่ต้องกระทำในช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการกระทำการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการรักษาบุคคลนั้นจะต้องมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการที่บุคคลจะมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง

เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้นั้น โอเรมและเทลเลอร์ (Orem and Taylor. 1986) ได้เน้นถึงการมีความรู้และทักษะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองและการที่จะก่อให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้นั้น พยาบาลจะเป็นแหล่งในการให้ข้อมูลและคำแนะนำ และชี้แนะถึงแนวทางการปฏิบัติตัวรองจากแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยในการที่จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ (Dodd. 1982: 451) นอกจากนี้โรเบิร์ตและครูซ (Robert and Krouse. 1988:44-52) ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะต้องมีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคและแผนการรักษา มีเป้าหมายและมีการวางแผนที่จะดูแลตนเองตลอดทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวางแผนแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกับพยาบาลความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นความต้องการเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย

1. การควบคุมน้ำหนักตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต แมคมอาฮอน (McMahon. 1984:46) ได้เน้นว่าการลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัมจะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2.5/1.5 มิลลิเมตรปรอท

2. การจำกัดเกลือ โดยไม่รับประทานอาหารเค็มจัดไม่เค็มเกลือหรือน้ำลายในอาหารที่ปรุงแล้ว เกลือแกงที่ใช้ในการปรุงอาหารไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา ต่อวัน ตลอดทั้งหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองต่าง ๆ (เกษม วัฒนชัย. 2531:114)

3. ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น การงดสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา การควบคุมระดับไขมันในเส้นเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดทั้งการพูดคุยชี้แจงถึงแหล่งที่เป็นสาเหตุของความเครียด ตลอดทั้งวิธีเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ข้อจำกัดความดันโลหิต ขนาด ฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงที่เกิดจากยาลดความดัน รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้าง

เคียงจากขาดความดันโลหิต เช่น อาการหน้ามืดเนื่องจากความดันโลหิตต่ำ อาการอ่อนเพลียเนื่องจากรับประทานยาขับปัสสาวะเป็นเวลานาน ที่สำคัญคือ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าจะรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ หรือซื้อยามารับประทานร่วมกับขาดความดันโลหิต เพราะอาจเพิ่มหรือยับยั้งฤทธิ์ของขาดความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2531:124; Billings. 1986:1095) ตลอดทั้งมีการ มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการ วิจัยดังนี้

1. เป็นแนวทางในการเลือกทฤษฎีระบบการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง เพื่อทดแทนในส่วนที่บกพร่องในการดูแลตนเอง เมื่อเกิด ภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation) ทั้งนี้จะต้อง คำนึงถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้วย คือ บุคคล และสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและค่านิยม ตลอดจนภาวะสุขภาพ

2. เป็นแนวทางในการจัดทำภาพพลิกเอกสารแผ่นพับ สำหรับแจก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ให้เกิดการยอมรับว่าตนเองมีความสามารถหรือ ศักยภาพที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้

โดยมีขั้นตอนในการนำมาใช้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนประเมินว่าทำไมผู้ป่วยจึงควรได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล โดยประเมินจากความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-Care Deficit) ซึ่งประเมินโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น คือ

- แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลทั่วไป ประวัติความเจ็บป่วยและการรักษา
- แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- แบบสอบถามทัศนคติ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวางแผนและกำหนดแผนการรักษาพยาบาลให้มี

ประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง โดยให้สอดคล้องกับบทบาท แหล่งทรัพยากร กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เวลา สถานที่ และปริมาณของกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง

การเลือกทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing System Design) เป็นกระบวนการสำคัญของการเลือกวิธีในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อทดแทนความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-Care Deficit) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาโดยวิธีรับประทานยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นการเลือกทฤษฎีระบบการพยาบาลจึงเป็นทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบประคับประคองและให้การศึกษ (Supportive Education)

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนนำไปปฏิบัติให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยในการกำหนดกิจกรรมให้เป็นไปตามแผน

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำแบบแผนการสอนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม และนำไปใช้กับผู้ป่วยในการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามเจตคติ และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประเมินจากค่าความดันโลหิต (Blood Pressure) ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการสอน

แนวคิดเกี่ยวกับการสอนหรือการให้สุศึกษา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนนั้น การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญและเป็นหน้าที่ของประชาชนโดยรัฐควรให้การสนับสนุน ในส่วนที่ประชาชนยังบกพร่องอยู่ เช่น การให้ความรู้ที่ถูกต้อง (สุริย์ จัทรโมลี. 2528:7) ซึ่งสอดคล้องกับ โอเรม (1971:12) ที่กล่าวว่า การสอนเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การสอน (Teaching) นักการศึกษาได้ให้ความหมายของการสอนไว้หลายท่าน เช่น

กูด (Good.1973:588) กล่าวว่า การสอน หมายถึง

1. การให้การศึกษอบรมสิ่งสอนนักเรียนตามสถานศึกษาโดยทั่ว ๆ ไป

2. การจัดสภาพการณ์ของการเรียนการสอน การวางแผนการจัดรูปแบบการเรียนรู้ได้โดยง่าย

ฮุสตัน (Houston.1976:144) กล่าวว่า การสอน หมายถึงการให้ความรู้ซึ่งมีหลักการและเหตุผลในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้อื่นหรือผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น การสอนเป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วย

1. การวางแผนหลักสูตร (Curriculum Planning Phase) หมายถึง การกำหนดวัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายของการสอน ตลอดจนการเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้เรียน

2. การสอน (Instructing Phase) หมายถึง วิธีการเลือกการสอนและเทคนิคการสอน ทำการสอนให้เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

3. การวัดผล (Measuring Phase) หมายถึง การเลือกวิธีวัดผลที่เหมาะสมกับผู้เรียนและการวิเคราะห์ผล

4. การประเมินผล (Evaluating Phase) หมายถึง การประเมินผลการสอนทั้งหมด ตั้งแต่การวางแผนหลักสูตร ตลอดจนความเที่ยงตรงในการวัดผลของผู้สอน

จินตนา ชุณิพันธ์ (2527:10-12) กล่าวว่า การสอน เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่ผู้สอนเป็นผู้กระทำ เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ กิจกรรมการสอนนี้จะรวมถึง การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการแนะแนวส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ จะจัดในห้องเรียนหรือนอกห้องเรียน เช่น ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในชุมชน หรือในบ้านผู้ป่วย การจัด

ประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 132 คน ที่มีประวัติการป่วยมากกว่า 5 ปี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรค และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง . มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคกับการปฏิบัติในการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jany and Becker.1984:10, 24-25)

เฮอร์เชย์ และคนอื่น ๆ (Hershey and others.1980:1081-1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและรายงานการรับประทานยาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

ไอเซน (Eisen.1985:185-210) ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันการใช้ยาในวัยรุ่น โดยเน้นถึงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่ตนหรือเพื่อนจะติดยาเสพติด การรับรู้ผลเสียหรือความรุนแรงของการติดยาเสพติด ตั้งแต่อยู่ระยะวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์ที่จะได้รับจากการไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และมีผลให้พฤติกรรมควบคุมและป้องกันการติดยาเสพติดมากขึ้น โดยวัยรุ่น 2 ใน 3 ยังคงไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์เหมือนเดิม และความสม่ำเสมอของการใช้วิธีการคุมกำเนิด ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น

พัฒนาความรู้ ทักษะ จนก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมและความสนใจที่จะเรียนรู้

ดังนั้น วิธีการสอนตามความต้องการของผู้ป่วย หรือเพื่อทดแทนความบกพร่องของกิจกรรมการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านกิจวัตรของผู้ป่วย โดยที่ผู้สอนจะต้องพิจารณาถึงพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ตลอดจนแนวความคิดและการยอมรับของผู้ป่วยที่มีต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้ สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้น โอเรม (Orem, 1971:19-20) กล่าวว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่อไปนี้

1. บุคคล (Man)
2. สิ่งแวดล้อม (Environment)
3. วัฒนธรรม (Culture) และค่านิยมในการดำเนินชีวิต (Value of life)
4. อายุและสุขภาพ (Age and Health)

บุคคลและสิ่งแวดล้อม (Man and Environment)

การดูแลตนเองเป็นความต้องการของมนุษย์ และเป็นความสามารถของบุคคลซึ่งชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์ สภาพสิ่งแวดล้อมและความนึกคิดต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ

ขั้นตอนในการสอน พยาบาลหรือผู้สอนจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และในภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้ความช่วยเหลือตามความต้องการและการทดแทนความบกพร่องของผู้ป่วย ขั้นตอนในการปฏิบัติ หรือการสอนนั้น พยาบาลต้องเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในเรื่องที่สอน มีการซักถามและร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาการสอน วิธีการสอนนั้นมีการสอนซ้ำ

และเข้าตรงความบกพร่องจนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มเกิดการเรียนรู้และหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ และสามารถดำเนินชีวิตด้วยการดูแลตนเองได้

โอเรม (Orem. 1971:21) กล่าวว่ามนุษย์ประกอบด้วยสิ่งภายในร่างกายได้แก่ จิตใจ และในขณะที่สิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบภายนอก คนและสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อการดูแลตนเอง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของคนหรือสิ่งแวดล้อม ย่อมมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง จึงควรคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบไปด้วยเสมอ

วัฒนธรรมและค่านิยมในการดำเนินชีวิตรวมทั้งความเชื่อต่าง ๆ

สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่คนได้รับปลูกฝังมา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะบางสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ นอกจากนั้นแล้ว ปัจจัยดังกล่าวยังมีส่วนในการตัดสินใจ หรือแนวทางในการปฏิบัติภายในขณะเจ็บป่วยความเชื่อบางอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าเกิดจากเวรกรรมเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา ซึ่งเป็นผลเสียต่อการที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง

อายุและสุขภาพ

เป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลตนเองและจะบอกให้ทราบว่าบุคคลสามารถดูแลตนเองได้เพียงใด

การสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาานาน ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล (ผู้สอน) และผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเมื่อต่างมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการดูแลตนเองได้ (Orem. 1980:68)

ในการสอนครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการสอนตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาใช้ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการ

ดูแลตนเองได้ เช่น เมื่อผู้วิจัยทราบถึงความบกพร่องของผู้ป่วยในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ผู้วิจัยจะค่อย ๆ สอนตามความพร้อมของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการเลือกชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับโรค สอนให้ทราบถึงชนิดต่างๆ ของอาหารที่รับประทานได้ อาหารที่ต้องจำกัด ตลอดจนอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ในการรับประทานให้เหมาะสมตามสภาพและความสามารถของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยการผสมผสานกันตามสภาพการณ์ โดยเน้นระบบประคับประคองและให้การศึกษาดังที่กล่าวมาแล้ว

ประสิทธิผลของการเรียนรู้จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถและวิธีการสอนเป็นส่วนสำคัญ (สุรีย์ จันทรมลี. 2527:2) การสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ การปฏิบัติตนนั้น ต้องใช้การสอนหลาย ๆ แบบ ตลอดจนการนำสื่อการสอนอื่น ๆ มาประกอบด้วย กล่าวคือ การเรียนรู้ วิธีการสอน และการใช้สื่อการสอนเป็นผลโดยตรงต่อกัน (บุญยง เกี่ยวการค้า. 2530:381-382)

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้สื่อการสอน

ความหมายของสื่อการสอนหรือโสตทัศนูปกรณ์นั้น นักการศึกษาได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เกอกูล คุปรัตน์ และคนอื่น ๆ (2518:2) ได้ให้ความหมายสื่อการสอนว่า หมายถึง อุปกรณ์หรือวัสดุที่ช่วยให้ผู้เรียนได้ยิน ได้เห็นจริงในบทเรียนที่สอนซึ่งทำให้เข้าใจดียิ่งขึ้น

นิพนธ์ ศุภปรีดี (2521:4) ได้ให้ความหมายสื่อการสอนว่า หมายถึง วัตถุสิ่งของที่นำมาใช้ประกอบการสอน และเกี่ยวข้องกับเนื้อหาวิชาที่สอนอยู่

ชัยยงค์ พรหมวงศ์ และคนอื่น ๆ (2526:112) ให้ความหมายของสื่อ

การสอนว่า หมายถึง วัสดุอุปกรณ์และวิธีการที่ประกอบการสอน ซึ่งใช้เป็นสื่อ
 กลางในการสื่อความหมายที่ผู้สอนประสงค์จะส่ง หรือถ่ายทอดไปยังผู้เรียนได้
 อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งออกเป็น

1. ประเภทวัสดุโสตทัศน (Audio-Visual Materials) ได้แก่
 กระดานดำ กระดานสลั้ รูปภาพ ภาพพลิก เครื่องบันทึกเสียง ภาพยนตร์ ฯลฯ
2. ประเภทเครื่องมือโสตทัศน (Audio-Visual Equipment)
 ได้แก่ เครื่องฉาย เครื่องเสียง เครื่องเล่น และเทคโนโลยีแบบใหม่ ๆ
3. ประเภทกิจกรรม (Instructional Activities) ได้แก่
 กิจกรรมต่าง ๆ เช่น นิทรรศการ การสาธิต ทักษะศึกษา

สื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ

สื่อการสอนที่จะนำมาใช้ประกอบการสอนนั้น นอกจากจะเลือกให้
 ตรงกับจุดประสงค์แล้ว ยังต้องพิจารณาลักษณะของสื่อว่ามีประสิทธิภาพควรแก่
 การนำมาใช้หรือไม่ สื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่
 ดีควรมีลักษณะดังนี้

1. เหมาะสมกับระดับอายุและระดับสติปัญญาของผู้เรียน
2. เหมาะสมกับประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
3. เหมาะสมกับความต้องการและความสนใจของผู้เรียน
4. เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอน
5. ตรงกับจุดมุ่งหมาย
6. มีลักษณะน่าสนใจ
7. ไม่ทำให้เสียเวลาในการใช้มากเกินไป
8. ให้ความถูกต้องและความแท้จริงของข้อสงสัย (สนเทศ)
9. ให้ความคิดรวบยอดง่าย ไม่ซับซ้อนมากเกินไป
10. มีความชัดเจน และสภาพดี
11. ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาวิชาได้ดียิ่งขึ้น

12. ช่วยเสริมทัศนคติที่ดีงามให้แก่ผู้เรียน

13. ให้ผลต่อการเรียนการสอนมากที่สุด

14. ราคาไม่แพงจนเกินไป

จากแนวความคิดการใช้สื่อการสอนที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตามเนื้อหา และวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้ปวยโรคความดันโลหิตสูง เกิดการเรียนรู้ที่ง่าย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสอนดังนี้

1. การบรรยาย ประกอบภาพพลิก(Flip Chart) เอกสารแผ่นพับ (Leaflet)

2. การสาธิต (Demonstration)

โดยมีรายละเอียดของการนำมาใช้ดังนี้

1. การบรรยาย (Lecture)

มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิดพิจารณาเข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการจดบันทึกข้อความสั้น ๆ ที่สำคัญ วิธีการนี้ผู้สอนเป็นผู้เตรียมเนื้อหา ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา วารสาร การศึกษาวิจัย ตลอดจนจากประสบการณ์การทำงาน และแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อนำมาบอกเล่า อธิบายให้ผู้เรียนได้เข้าใจ วิธีการบรรยายที่ดีจึงควรเป็นผลรวมของเทคนิคการถ่ายทอดความรู้ของผู้บรรยาย ซึ่งต้องอาศัยหลักการพูด (Public Speaking) ตามกระบวนการของผู้บรรยาย ความรู้ในเนื้อหาวิชาการอย่างลึกซึ้ง ความสามารถในการสรุปแนวคิดรวบยอด รวมทั้งลักษณะการบรรยายและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527:63-64)

องค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการบรรยาย

1.1 การกำหนดจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้ง ว่าต้องการให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติอะไรบ้าง หรือต้องการให้เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องอะไรบ้าง

1.2 การที่ผู้บรรยายทราบถึงผู้เรียน เช่น ระดับการศึกษา อายุ

พื้นฐานความรู้ เป็นต้น จะเป็นประโยชน์ในการเชื่อมโยงความรู้ การถ่ายทอดความรู้แก่ผู้เรียน

1.3 ช่วงเวลาที่สอนไม่ควรนานเกินไปในกรณีผู้ป่วย ควรใช้เวลาไม่เกินครึ่งชั่วโมง การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามในข้อที่สงสัย จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้และความเข้าใจในเนื้อหามากยิ่งขึ้น

1.4 การใช้เครื่องมือประกอบการบรรยาย เช่น ภาพยนต์ สไลด์ ของจริง ภาพพลิก จะทำให้ผู้เรียนสนใจในจุดเรียนเดียวกัน อาจนำไปสู่การซักถามได้ การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ประกอบการบรรยาย มีความจำเป็นในกรณีเนื้อหาที่ใหม่ต่อผู้เรียน หรือการบรรยายในกลุ่มผู้เรียนที่มีการศึกษาน้อย ในการดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ภาพพลิกและเอกสารแผ่นพับ เป็นเครื่องมือประกอบการบรรยาย

ภาพพลิก (Flip Chart)

ภาพพลิกเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในประเภทแผนภูมิ (Chart) ใช้ในการอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ ในรูปสัญลักษณ์ หรือภาพเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้ง่าย อาจมีคำบรรยายสั้น ๆ ประกอบก็ได้ลักษณะจัดทำขึ้นเป็นแผ่น แล้วเย็บรวมเป็นเล่มสำหรับพลิกให้ดูทีละแผ่น

ภาพพลิกที่ดีควรมีลักษณะ

1. เป็นแนวความคิดเดียว และถูกต้องตามความจริง
2. มีขนาดใหญ่เห็นได้ชัด ไม่จัดภาพหรือตัวอักษรแน่นมากเกินไป
3. ตัวอักษรที่ใช้ในภาพพลิก ควรเป็นตัวบรรจง อ่านง่าย
4. รูปภาพ แผนภาพ หรือสัญลักษณ์ที่ใช้ในภาพพลิกควรดูแล้วเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน

ประโยชน์ของการนำมาใช้ในการสอนนั้น เกอกูล คุปรัตน์ และคณะ (2518:160) กล่าวว่า

1. นำมาใช้ในการเรียนการสอนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรายละเอียด

ต่าง ๆ ในเนื้อหาที่สอน ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายขึ้น

2. สามารถย้อนกลับไปมาในการอธิบายเนื้อหาแต่ละส่วนได้ง่าย ไม่ยุ่งยากสับสน

3. ใช้สำหรับทบทวนเรื่องที่สอนให้เข้าใจได้อีกครั้งหนึ่ง

4. มีความสะดวกในการใช้ เพราะสามารถใช้สอนในห้องธรรมดาได้ โดยไม่ต้องควบคุมเสียงหรือใช้อุปกรณ์ที่ซับซ้อนเท่าใดนัก

เอกสารแผ่นพับ (Leaflet)

เป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทตัวอักษรและภาพ มีรูปภาพประกอบคำอธิบาย สื่อประเภทนี้ไม่มีขีดจำกัดเกี่ยวกับเวลาที่ผู้เรียนจะใช้ในการศึกษา ผู้เรียนสามารถจะศึกษาเอกสารเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง และศึกษาในเวลาใดก็ได้ที่ตนเองมีเวลา ตลอดทั้งเวลาที่ใช้ในการศึกษาก็แล้วแต่ความสามารถที่จะเข้าใจเนื้อหาและกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยมีแนวทางเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาด้วยตนเองที่บ้านในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลตนเองได้ถูกต้องต่อไป

2. การสาธิต (Demonstration)

การสาธิต เป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่งที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางการปฏิบัติหรือกระบวนการทำที่ถูกต้อง โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดงให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสอนแบบสาธิตมีความหมายหลายประการ เช่น

การสาธิต หมายถึง การสอนโดยมีการอธิบายประกอบการใช้เครื่องมือ วัสดุ โดยมีผู้เรียนคอยดู เน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกต โดยทั่วไปผู้สอนจะแสดงให้เห็นมาก่อน ในช่วงหลังจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้

การควบคุมของผู้สอนหรือผู้เชี่ยวชาญ

การสาธิต หมายถึง การระดมการเสนอกิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบ แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติควบคุมไปกับการอธิบายทุกขั้นตอน การตั้งคำถาม การย้ำถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจเพื่อจะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง

การสาธิต หมายถึง การสอนโดยทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การแสดง สาธิตประกอบการอธิบายเป็นการให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติควบคู่กันไป การสาธิตอาจจัดทำโดยผู้สอน บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาร่วมสาธิตให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมนั้น โดยยึดหลักที่ว่า การสาธิตที่ดี คือการสื่อสารที่ดี

การสาธิตได้นำมาใช้ในวงการวิชาชีพต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สังคม บริหารธุรกิจ การโฆษณาสินค้า การเกษตร การศึกษา สามารถใช้ได้กับทุกยุคทุกสมัย การสาธิตมีโอกาที่จะใช้แทรกเข้าไปในเนื้อหาบางเรื่อง เป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนรู้ตามขั้นตอน ง่ายต่อการเข้าใจ การสอนในสิ่งใดให้ผู้เรียนจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและโดยวิธีการบรรยายอย่างเดียวนั้นจะทำให้ได้ผลไม่เต็มที่ แต่ถ้าใช้วิธีการสาธิตประกอบการสอน จะทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เร็ว ถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้น ๆ เป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจไม่ลืมและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (สุริย์ จันทรโณลี. 2527:196-197)

ในการนำวิธีการสาธิตมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการสาธิตการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวคือ

1. การจัดลำดับขั้นตอนในการสาธิตให้เป็นไปตามลำดับ ไม่สับสน
2. ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนสถานที่ที่เหมาะสม คือผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน และทั่วถึง

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสาธิต โดยมีหลักการดังนี้

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าทำอะไร มีผลดีจากการกระทำอย่างไร
2. ดำเนินการสาธิตตามขั้นตอนที่เตรียมไว้โดยคำนึงถึงปัจจัยที่กล่าวแล้ว และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามไปด้วยในแต่ละขั้นตอน
3. ประเมินผลการปฏิบัติว่า ผู้ป่วยมีข้อสงสัยในขั้นตอนการปฏิบัติหรือไม่ และเปิดโอกาสให้ซักถามหรือปฏิบัติซ้ำ
4. แจกเอกสารแผ่นพับประกอบการสาธิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนในการปฏิบัติที่บ้านได้

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ ได้มีผู้วิจัยไว้ดังนี้

เฮย์เนส และคนอื่น ๆ (Haynes and others.1:1265-1268) ได้ศึกษาเพื่อหาวิธีส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมมือในการรักษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการฝึกวัดความดันโลหิตที่บ้าน และได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันมีบุคลากรในทีมสุขภาพ ไปเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจ กลุ่มควบคุมมีจำนวน 18 คน ได้รับการตามปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มมีลักษณะเหมือนกันในด้านอายุ ส่วนสูง น้ำหนักตัวและรายงานประวัติในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน ผลการศึกษพบว่า ในกลุ่มควบคุมความร่วมมือในการรักษาลดลงร้อยละ 1.5 กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.3 ระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองลดลง 17 คน ใน 20 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 2 คน ซึ่งแสดงว่าแรงกระตุ้นและกำลังใจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

เคิร์ชท และโรเซนสตอค (Kirscht and Rosenstock) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำการรับ

ประธานชาตามแพทย์สั่ง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 132 คน ที่มีประวัติการป่วยมากกว่า 5 ปี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรค และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประธานชาตามแพทย์สั่ง และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการรับประธานชาตามแพทย์สั่งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคกับการปฏิบัติในการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jany and Becker.1984:10, 24-25)

เฮอร์เชย์ และคนอื่น ๆ (Hershey and others.1980:1081-1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประธานชาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและรายงานการรับประธานชาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประธานชามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

ไอเซน (Eisen.1985:185-210) ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเน้นถึงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่ตนหรือคู่นอนจะตั้งครรภ์การรับรู้ผลเสียหรือความรุนแรงของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่อยู่ระยะวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์ที่จะได้รับการไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และมีผลให้พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น โดยวัยรุ่น 2 ใน 3 ยังคงไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์เหมือนเดิมและความสม่ำเสมอของการใช้วิธีการคุมกำเนิด ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 50 ซึ่งไอเซน (Eisen) และคนอื่น ๆ ได้เสนอว่าปัญหาการไม่ใช้บริการคุมกำเนิด มีสาเหตุจากความไม่รู้ถึงวิธีการคุมกำเนิด แต่สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้การคุมกำเนิดคือ การเข้าไม่ถึงบริการ การประเมินว่าเมื่อใช้วิธีการคุมกำเนิดแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหยาบประกอบกับการไม่รู้เกี่ยวกับอัตราเสี่ยงของตนในการตั้งครรภ์ และการประเมินค่าใช้จ่ายของการใช้วิธีการคุมกำเนิดสูงกว่าความเป็นจริง ไอเซน จึงทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เป็นตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แทนการมุ่งให้เฉพาะความรู้เรื่องการคุมกำเนิดซึ่งผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสามารถเพิ่มการรับรู้และการปฏิบัติในการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นสูงขึ้น

ไมเจอร์ (Myjer.1988:347) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่กำหนด หรือสามารถใช้ทำนายรูปแบบของพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษา โดยศึกษาความสัมพันธ์ของบทบาทที่เกี่ยวข้อง คุณลักษณะทางสังคม และพฤติกรรม ทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องของการนัดหมาย การรักษาด้วยยา การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ เกือบและอาหาร เป็นการศึกษาเพื่อทดสอบรูปแบบการให้ความร่วมมือในการรักษา 3 แบบ คือ แบบโซซิโอดิโมกราฟฟิค (Sociodemographic Model), แบบเรชันนอลชอยส์ (Rational Choice Model) และแบบโซเชี่ยล ไอเดนติตี้ (Social Identity Model) กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 250 ราย เก็บข้อมูล โดยการสังเกต การบันทึกข้อมูลจากประวัติการรักษาของผู้ป่วย และการใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า แบบโซซิโอดิโมกราฟฟิค เป็นตัวทำนายการไม่มาตรวจตามนัดที่ดีที่สุด แบบโซเชี่ยลไอเดนติตี้ ร่วมกับ แบบโซซิโอดิโมกราฟฟิคใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาตามคำสั่งแพทย์ ในส่วนของการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ส่วนเรชันนอลชอยส์ ทำนายการลดบริโภคเกลือและอาหารได้อย่างแม่นยำ สำหรับการกินยานั้นต้องใช้ทั้ง 3 รูปแบบ ร่วมกันในการทำนาย

ทูละบา (To and Ba.1991:249-251) สนใจที่จะทราบเหตุผล

ของการมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 ราย เพื่อค้นหาสาเหตุของการหยุดรักษาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาก่อการขาดแรงจูงใจอันเนื่องมาจากความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาอีกทั้งผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและพบอุปสรรคในการไปรักษา ดังเช่น ผู้ป่วยถึงร้อยละ 95 ขาดการตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องทำการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 78 คิดว่าการไม่มีอาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ เป็นการบ่งถึงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยเชื่อว่าการกินยาตามแบบการรักษาตะวันตก (Western Medication) เป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดอันตราย ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 12 ที่เชื่อในการรักษาแบบพื้นบ้าน และมีผู้ป่วยร้อยละ 72 ที่อ้างถึงเหตุผลที่ต้องรอการตรวจเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่าการศึกษาของผู้ป่วย และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญแต่ไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษา

มิลเลอร์ และคนอื่น ๆ (Miller and other. 1992:104) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เน้นการศึกษาปัจจัยตามแนวความเชื่อเชิงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของพิสบายน์ โดยการตั้งสมมติฐานว่าความตั้งใจจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการ ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยที่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้คือผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงจำนวน 56 ราย ทำการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ผล โดยการใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจและเจตคติมีอิทธิพลโดยตรงต่อการกินยาตามแผนการ รักษา ส่วนความตั้งใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากทัศนคติและแรง จูงใจรวมทั้งได้อิทธิพลโดยอ้อมจากการรับรู้ในความเชื่อของกลุ่มบุคคลที่มีความ สำคัญมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรม และการระวัง ความเครียดอันเป็นพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์

การวิจัยในประเทศไทย ได้มีผู้วิจัยไว้ดังนี้

สมบุรณ์ ขอสกุล (2525:67-69) ศึกษาเปรียบเทียบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา และการให้สุขศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหน้าท้อง ทางนรีเวชกรรมพบว่า หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้ และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันเพ็ญ วิสุววรรณ (2527:61-62) ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา และการให้สุขศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดิกลุ่มผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับการวิจัยของสมบุรณ์ ขอสกุล คือความรู้ ทัศนคติในทางที่ดี และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่มและความรู้ ทัศนคติในทางที่ดี การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศากุน ปวีณวัฒน์ (2529:94-97) ศึกษาประสิทธิผลของวิธีการสุขศึกษา 2 วิธี ในการส่งเสริมให้คนงานที่ทำงานสัมผัสเสียงดังในโรงงาน ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดยประยุกต์แนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้วางแผนสุขศึกษาทำการทดลองในกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติเรื่องอันตรายของเสียง และการป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองคะแนนความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติเรื่องอันตรายของเสียงและการป้องกันไม่แตกต่างกัน

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน (2530:ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลเลิศจินพบว่า

1. ผลการสอนสุขศึกษาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ในเรื่องความเชื่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ แรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำความพึงพอใจและการปฏิบัติทุกด้าน

2. ผลการสอนสุขศึกษาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงความรุนแรง ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำแรงจูงใจ การปฏิบัติตามคำแนะนำ ความพึงพอใจและการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำความพึงพอใจและการปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงข้อห้ามการบริหารบำบัด

3. ผลการสอนสุขศึกษากับการปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคนา จิราจินต์ (2530:121) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอุจจาระร่วง พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง ซึ่งแสดงว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ บ่งชี้ถึงความรู้สึกรู้สึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ และเป็นตัวกำหนดการกระทำหรือพฤติกรรมอนามัยของบุคคล นอกจากนี้ สุดา กิจบุญไทย (2531:ก-ง) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ การจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบบพิเศษต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อหญิงมีครรภ์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผลการสอนสุขศึกษาในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ผลดีจากการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผลการสอนสุขศึกษาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกันกับ จารุวรรณ พิมพ์านนท์ (2532:ข) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของพระในเขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ พบว่าพระในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ในเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าพระในกลุ่มเปรียบเทียบ

พัชรี คำรงสุนทรชัย (2531:ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้เทปคำบรรยายประกอบภาพพลิก ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตึกผู้ป่วยนอกวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 ถึง 65 ปี จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ๆ ละ 32 ราย กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการสอนโดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ได้รับการสอนโดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าความรู้ เจตคติและพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการจัดกิจกรรมสุขศึกษาดีกว่าก่อนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาทั้งสองกลุ่ม และความรู้เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มภายหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แต่พฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ 1 ดีกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ (2531:66-67) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่กลุ่มทดลอง และติดตามให้คำแนะนำที่บ้านอีก 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่ และประเมินการหายของผู้ป่วยโดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังให้คำแนะนำกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่และปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชวลี รอดจากภัย (2532:118) ศึกษาถึงผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพมหานคร พบว่าภายหลังจากการสอนสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความเชื่อสูงกว่าก่อนสอนและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้าน ซึ่งตรงกับงานวิจัยของอนงค์ทิพย์ ดุสยไชย ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรม

สุขศึกษาแบบกลุ่มวิชาชีพ ตามแนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่ ภัณฑุ
ป่วยเป็นวัณโรค โรงพยาบาลราชบุรี (อนงค์ทิพย์ ดุลยไชย. 2533:67-72)

จิรา หงษ์ตระกูล (2532:53-54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
บางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศไม่มีความ
สัมพันธ์กันกับความสามารถในการดูแลตนเอง

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2532:ก-ข) ได้ศึกษาความร่วมมือในการ
รักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย จากแนวความเชื่อที่ว่าแรงสนับสนุนทางสัง
คม ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ เวลาและค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา
รวมทั้งการเดินทางมาได้รับการรักษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการ
รักษา โดยทำการศึกษาด้วยวิธีการเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้
ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุข
2 วิธี คือ วิธีที่ 1 เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพเฉพาะตัวผู้ป่วย
แบบรายบุคคลในกลุ่มทดลองที่ 1 วิธีที่ 2 การให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพ
แก่ผู้ป่วยร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองที่ 2 และวิธีการให้บริการ
ตามปกติเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช
ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 241 คน ผลการศึกษพบว่ากลุ่ม
ทดลองที่ 1 และ 2 มีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความร่วมมือในการ
รักษาและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ลดลงสำหรับความร่วมมือในการรักษาในกลุ่ม
ทดลองที่ 1 และ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยพื้น
ฐานที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาก่อนได้รับวิธีการทางการพยาบาล
สาธารณสุขในกลุ่มวิธีที่ 1 คือ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาส
เกิดโรคแทรกซ้อน และในกลุ่มวิธีที่ 2 คือ ปัจจัยเอื้ออำนวยได้แก่การเดินทาง
ในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา ภายหลัง

การได้รับวิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุข ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลสำหรับกลุ่มที่ 1 คือ ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูง และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรักษา สำหรับกลุ่มที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลคือความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงร่วมกับปัจจัยเอื้ออำนวย

สุรางค์ เปื้องเดช (2533:54-56) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 60 คน เป็นผู้ป่วยนอกจากคลินิกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาชิดีทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีส (Jalowiec) และแบบวัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสุภาพ ใบแก้ว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าด้านแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อมมากกว่าด้านลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมด้านเผชิญกับปัญหาและด้านแก้ปัญหาทางอ้อมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

นิมอรงค์ ประภาสม (2533:87) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในการควบคุมโรคขาดสารอาหารไอโอดีน ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง จังหวัดแพร่ พบว่าหลังการดำเนินการตามโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารอาหารไอโอดีนดีขึ้น และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ พิพัฒน์ พุศรีนิวาล (2534:ก-ข) ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอด ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ขอนแก่น พบว่า

1. ภายหลังจากจัดโปรแกรมสุขศึกษา คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ

และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลองภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และศิวะพร บุญมาศ (2534:68-76) ได้ศึกษาติดตามผลความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง 1 ปีต่อจากการศึกษาของจริยวัตร คมพยัคฆ์ (2532) จากกลุ่มที่เลือกอย่างเจาะจง จำนวน 239 ราย จากคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับความรู้เป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัยที่คลินิก กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับความรู้เป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผน พร้อมกับสมาชิกในครอบครัวจากผู้วิจัยที่บ้าน และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้เป็นรายบุคคล ภายหลังจากการทดลอง 3 เดือนจากผู้วิจัย ทำการศึกษาในเรื่องของความร่วมมือในการรักษา ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม มีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลทำนายความร่วมมือในการรักษากลุ่มทดลองที่ 1 คือ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการรักษา และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านค่าใช้จ่าย กลุ่มทดลองที่ 2 คือความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับอุปสรรคในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

รัตนา รุจิรกุล และคนอื่น ๆ (2534:65-69) ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจ ด้วยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนผู้มีรายได้น้อยในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา โดยได้เริ่มต้นสำรวจอัตราความชุกของโรคในกลุ่มเป้าหมาย และส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อ

ตรวจวินิจฉัย และรักษา ได้กลุ่มตัวอย่างในเขตการศึกษา 65 คน ซึ่งรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 46.15 รักษาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 43.08 และไม่รักษาร้อยละ 10.77 การศึกษารั้งนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษา คือ ระยะเวลาในการรับรู้ตนเองมีความดันโลหิตสูง และเพศ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2535:46-47) ได้ทำการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดพื้นฐานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน และรับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 40 ราย โดยวิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และความรู้ของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วยและพื้นฐานการศึกษา ปัจจัยที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความกลัวเป็นอัมพาต ความสะอาดและความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งภายหลังการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self Care Theory) ได้มีผู้ศึกษาหลายท่านนำรูปแบบการพยาบาลของโอเรม ไปประยุกต์ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ดังนี้

บรอมเลย์ (Bromley 1980:245-246) ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ไปประยุกต์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำโคลอสโตมีย์ จำนวน 1 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบ พบว่าการใช้ระบบทดแทน

ทั้งหมดใน 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังเจ็บแผลและอ่อนเพลียจากนั้นได้ใช้ระบบการทดแทนบางส่วน โดยที่ผู้ป่วยได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการทำความสะอาดผิวหนังรอบช่องเปิดโคลอสโตมัสและมีส่วนร่วมในการสวนล้างลำไส้ และ 2-3 วันก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ภายใต้การแนะนำจากพยาบาล ซึ่งเป็นการใช้ระบบการพยาบาลในระบบให้การประคับประคองร่วมกับการให้การศึกษา ผู้วิจัยสรุปการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ไปใช้กับผู้ป่วย พบว่า ได้ผลดี และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็น

เพอราส และแซพพาคอส (Perras and Zappacosta. 1982:34-37) ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมไปประยุกต์เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ทำเพอริโตเนียล ไดอะไลซิส (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) จำนวน 2 ราย ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งประเทศสหรัฐอเมริกา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และสัมภาษณ์ โดยมีระยะเวลาการสอนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมการแลกเปลี่ยนสารน้ำได้ด้วยตนเอง และยังเกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem) สูงขึ้นอีกด้วย

เรมวาล นันทศุภวัฒน์ (2523:ง-จ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 200 คน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าระบบการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง แต่พบว่าระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ส่วนระยะ

เวลาของการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง

บุญทิพย์ ศิริขันธ์ศรี (2527:ข) ได้ศึกษาการประยุต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดอินซูลินที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน แบ่งกลุ่มตามระดับคะแนนกิจกรรมการดูแลตนเองเท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงตัวแปรในการทดลอง เช่น อายุ การศึกษา หรือรายได้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลอง จะได้รับการสอนจากผู้วิจัยในระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยจะนัดสอนผู้ป่วยรายบุคคลวันละ 3 คน สอนตั้งแต่ 06.00 นาฬิกา ถึง 08.30 นาฬิกา ถ้าสอนแล้วไม่เข้าใจผู้วิจัยจะนัดมาสอนอีกในวันรุ่งขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมก็มารับบริการในวันเดียวกันกับกลุ่มทดลอง แต่จะได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามกิจวัตรจากแพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและกิจกรรมการดูแลตนเอง ทดสอบค่าน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและกิจกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า มีข้อจำกัด และข้อบกพร่องของการวิจัยหลายประการคือ

1. การแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งตามระดับคะแนนกิจกรรมการดูแลตนเองเท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อการวิจัยได้ เช่น การศึกษา อาชีพและรายได้ ซึ่งจากการศึกษาของเรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2523:ง-จ) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าตัวแปรเหล่านี้ มีผลต่อการดูแลตนเองด้วย

2. ผลกระทบที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม มารับบริการตรวจในวันเดียวกัน ทำให้เกิดผลกระทบต่อการวิจัย คือ

2.1 ขณะผู้วิจัยสอนกลุ่มทดลองไม่สามารถควบคุมการรับฟังจากกลุ่มควบคุมได้

2.2 เกิดการถ่ายทอดความรู้ระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่มาใช้บริการจากผลการวิจัยทั้งหมด พบว่า การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาใช้ในการสอนผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ และกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัด และข้อบกพร่องบางประการอยู่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มาใช้ในการสอนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรู้ เจตคติ และการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการพัฒนาแก้ไขข้อบกพร่อง จากงานวิจัยที่พบคือ

1. การแบ่งกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยได้คำนึงถึงตัวแปรที่มีผลต่อการวิจัย เช่น อาชีพ การศึกษา และอายุ

2. ควบคุมการถ่ายทอดความรู้ระหว่างผู้ป่วย หรือจากผู้สอนเองโดยผู้วิจัยได้นัดให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมารับบริการตรวจเป็นคนละวันกัน

3. ใช้รูปแบบการสอนเป็นกลุ่มเพราะรูปแบบในการสอนเป็นรายบุคคลนั้นไม่เหมาะที่จะใช้ในสถานบริการส่วนภูมิภาค เนื่องจากปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ และในทางปฏิบัติจริงนั้นผู้ป่วยจะมารับบริการในเวลาที่ไม่แน่นอน

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยเจตคติสูงกว่าผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการ
 ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าผู้ป่วย
 โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) โดยนำเอาทฤษฎีและการวิจัยที่กล่าวในบทที่ 2 มาเป็นแนวคิดในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้การบรรยายประกอบภาพพลิกเป็นสื่อในการสอน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มและแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยไปศึกษาต่อที่บ้านแล้วทำการทดลองเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ค้นคว้าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วงสหกรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยพยายามเลือกตัวอย่างในทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในการทำวิจัย เช่น อายุ อาชีพ การศึกษา รวมทั้งระดับความดันโลหิต

กลุ่มทดลอง จะได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนดังนี้

1. ทดสอบก่อนการสอน ในสัปดาห์ที่ 1
 2. บรรยายประกอบภาพพลิก ในสัปดาห์ที่ 3 ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การเลือกรับประทานอาหาร การลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และการออกกำลังกาย(ตามแผนการสอนในภาคผนวก) รวมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับให้ไปศึกษาต่อที่บ้าน
 3. สรุปเนื้อหาประกอบภาพพลิก ในสัปดาห์ที่ 5 ในเนื้อหาเดิม เพื่อเป็นการทบทวนความจำ ตลอดจนการตอบปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ปวยต้องการจะซักถามเพิ่มเติม
 4. ทดสอบหลังการสอน ในสัปดาห์ที่ 7
- กลุ่มควบคุม จะได้รับการสอนตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้
1. ทดสอบก่อนการสอน ในสัปดาห์ที่ 1
 2. ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องของการรับประทานยาและการดูแลตนเอง ในสัปดาห์ที่ 3
 3. ทดสอบภายหลังการสอน ในสัปดาห์ที่ 7
- กระบวนการที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยแสดงไว้ในภาพประกอบ 2

T_1	X	T_2	(E)
-------	-----	-------	-----

T_1	$\sim X$	T_2	(C)
-------	----------	-------	-----

ภาพประกอบ 2 แสดงรูปแบบการวิจัย (Research Design)

สัญลักษณ์ที่ใช้ในรูปแบบการวิจัย

- | | |
|----------|------------------------------|
| T_1 | แทน การสอบก่อนการทดลอง |
| T_2 | แทน การสอบหลังการทดลอง |
| X | แทน การสอนตามโปรแกรมสุขศึกษา |
| $\sim X$ | แทน การสอนตามปกติในคลินิก |

- E แทน กลุ่มทดลอง
C แทน กลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เครื่องมือประเมินผลการศึกษาค้นคว้า แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวทั่วไป เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ตอบถูก	ให้	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยสร้างข้อความทั้งทางบวกและทางลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ซึ่งผู้ปวยจะต้องเลือกเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น การให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวกให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน

- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในเรื่อง

1. การรับประทานอาหาร รวมทั้งการดื่มสุราและการ

สรุป

2. การรับประทานยา
3. การออกกำลังกาย
4. การพักผ่อนนอนหลับ

ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวกให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	1	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	3	คะแนน

2. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

2.2 โปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ประกอบด้วย

– แผนการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การเลือกรับประทานอาหาร การลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และการออกกำลังกาย (ตามแผนการสอนในภาคผนวก)

– ภาพพลิกชุดในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

– เอกสารแผ่นพับในเรื่องควรทำอย่างไรถ้าคุณเป็นโรค

ความดันโลหิตสูง

โดยมีวิธีการสร้างโปรแกรมการสอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง
2. นำมาจัดทำแผนการสอนโดยมีวัตถุประสงค์ของการสอน เนื้อหา

วิธีการสอน และการประเมินผล

3. นำมาสร้างภาพพลิกและเอกสารแผ่นพับ

4. นำแผนการสอนและอุปกรณ์การสอนไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นแพทย์ 2 ท่าน และนักวิชาการสุขศึกษา 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

5. ปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำมาใช้จริง

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราการวัดผลการ

ศึกษาการวัดและประเมินผลทางสุขศึกษา

3. สร้างแบบทดสอบความรู้ แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก แบบสอบถาม เจตคติแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ และแบบสอบถามด้านการปฏิบัติ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ

4. นำแบบสอบถามไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและทดสอบกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำมาใช้จริง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) ได้ข้อคำถาม จำนวน 44 ข้อ

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (tryout) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาหาคุณภาพดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้ หาค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจ จำแนก (r) โดยใช้สูตรของพวงวิรัตน์ ทวีวิรัตน์ (2531:135-137) ดัง

ผลปรากฏตามตาราง 11

2.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติ หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้สูตรทดสอบค่าที (t-test) เทคนิคร้อยละ 50 ของเอดเวิร์ด (Edward, 1970:152) ข้อใดมีค่าที (t) เท่ากับหรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไปถือว่าเป็นข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกสูง สามารถนำไปใช้ได้ ดังผลปรากฏตามตาราง 11

2.3 แบบทดสอบความรู้ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของครูเดอร์-เรย์ดสัน (KR-21) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

2.4 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970:161) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ และการปฏิบัติ 0.75

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองและขอความร่วมมือ จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงจากบัญชีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน โดยพิจารณาความใกล้เคียงของอายุ อาชีพ และระดับการศึกษา
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังพบแพทย์แล้วจะได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเฝ้าพบแพทย์ครั้งต่อไป ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำทั่วไปจากแพทย์และพยาบาลในคลินิกตามปกติ และเฝ้าพบแพทย์ครั้งต่อไป

4. เก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามผลการทดลองใช้เวลา 7 สัปดาห์ ตามตารางต่อไปนี้

ตาราง 2 แสดงขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

กลุ่ม	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 5	สัปดาห์ที่ 7
	27 ก.พ. 39	12 มี.ค. 39	26 มี.ค. 39	9 เม.ย. 39
ทดลอง	ทดสอบก่อนสอน	สอนตามโปรแกรม	สรุปเนื้อหาตามโปรแกรม	ทดสอบหลังสอน
ควบคุม	ทดสอบก่อนสอน	สอนตามปกติ	-	ทดสอบหลังสอน

วิธีจัดการกระทำกับข้อมูล

หลังจากรวบรวมแบบสอบถามทั้งก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดให้
2. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

✓ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ✓

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)
 เพื่อคำนวณค่าสถิติต่อไปนี้ ✓

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ✓

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร ✓

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ.2534:40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ.

2534:74)

$$SD = \frac{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2}}{n(n-1)}$$

เมื่อ SD	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
$\sum x^2$	แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\sum x)^2$	แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ทดสอบเครื่องมือ ✓

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบ
$\sum R$	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบความรู้จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:135-137)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P	แทน	ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
N	แทน	จำนวนผู้เข้าสอบ

$$r = \frac{R_H - R_L}{N/2}$$

เมื่อ r แทน ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ
 R_H แทน จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มสูง
 R_L แทน จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มต่ำ
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ และการปฏิบัติ โดยหาอัตราส่วนวิกฤตที่ (t) เป็นรายข้อ โดยวิธีการทดสอบค่าที่ (t -test) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:139)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที
 $\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
 $\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
 S_H^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง
 S_L^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ
 n แทน จำนวนคนในแต่ละกลุ่มซึ่งเท่ากัน

2.4 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตรของ
 คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-21) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:131)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\bar{X}(n - \bar{X})}{ns_t^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

n แทน จำนวนข้อในแบบทดสอบ

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทั้งหมด

s_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

2.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:132)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อในแบบสอบถาม

s_i^2 แทน ความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ

s_t^2 แทน ความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งหมด

3. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

ทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3 โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน
ร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ (F- distribution)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังของคะแนน (Mean of Square)
df	แทน	ความเป็นอิสระที่คะแนนจะเปลี่ยนแปรไป (Degree of freedom)
P	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาค้นคว้า

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS - Statistical Package for the Social Sciences) วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีการรักษาในอดีต

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอายุ ความสูง น้ำหนัก รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ค่าความดันโลหิต คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วมของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีการรักษาในอดีต

ตาราง 3 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลชีวสังคม

ข้อมูลชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N=30)	ร้อยละ	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
อายุ				
30 - 40 ปี	3	10.00	2	6.67
41 - 50 ปี	12	40.00	11	36.67
51 - 60 ปี	15	50.00	17	56.66

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N=30) ร้อยละ		จำนวน (N=30) ร้อยละ	
เพศ				
ชาย	6	20.00	5	16.70
หญิง	24	80.00	25	83.30
สถานภาพสมรส				
โสด	2	6.70	-	-
สมรส	22	73.30	29	96.70
หม้าย	3	10.00	1	3.30
หย่า แยก	3	10.00	-	-
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	28	93.30	30	100
มัธยมศึกษา	-	-	-	-
อุดมศึกษา				
และสูงกว่า	-	-	-	-
อื่น ๆ	2	6.70	-	-

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลชีวสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N=30) ร้อยละ		จำนวน (N=30) ร้อยละ	
อาชีพ				
ทำงานบ้าน	2	6.70	2	6.70
ค้าขาย	2	6.70	1	3.30
รับราชการ				
หรือรัฐวิสาหกิจ	1	3.30	-	-
รับจ้าง	8	26.70	4	13.30
ทำนา ทำไร่				
ทำสวน	16	53.32	23	76.70
อื่น ๆ	1	3.30	-	-
วิธีการรักษาในอดีต				
แพทย์แผนปัจจุบัน	17	56.70	14	46.67
แพทย์แผนโบราณ	-	-	2	6.66
รักษาโดยพระ	-	-	-	-
อื่น ๆ (ไม่เคยรักษาที่ใด)				
	13	43.30	14	46.67

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 อายุระหว่าง 30 - 40 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.00 เป็นเพศหญิงมาก คิดเป็นร้อยละ 80.00 สถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.30 เป็นโสดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.70 ระดับการศึกษา จบประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.30 ไม่ได้เรียนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.70 ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.70 วิธีการรักษาในอดีต รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 รองลงมาคือ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ไม่พบรักษาโดยแพทย์แผนโบราณและรักษาโดยพระส่วนในกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.66 อายุระหว่าง 30 - 40 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.67 เป็นเพศหญิงมาก คิดเป็นร้อยละ 83.30 สถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.70 เป็นหม้ายน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.30 ระดับการศึกษา จบประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 มีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.70 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 13.30 วิธีการรักษาในอดีตรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันและไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 เท่ากัน รองลงมาคือ รักษาโดยแพทย์แผนโบราณ คิดเป็นร้อยละ 6.66 ไม่พบรักษาโดยพระ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอายุ ความสูง น้ำหนัก รายได้
ระยะเวลาที่ป่วย ค่าความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และ
การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอายุ ความสูง น้ำหนัก รายได้
ระยะเวลาที่ป่วย ค่าความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
อายุ	30	50.90	6.73	30	50.10	7.07
ความสูง	30	156.60	7.06	30	155.80	3.02
น้ำหนัก	30	56.00	9.49	30	58.70	4.73
รายได้	30	3846.63	3662.31	30	4716.67	1215.44
ระยะเวลาที่ป่วย	30	32.93	24.58	30	27.80	6.00
ค่าซิสโตลิก	30	150.00	17.02	30	151.00	12.69
ค่าไดแอสโตลิก	30	93.67	9.99	30	95.67	7.74

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 50.90
ค่าเฉลี่ยความสูงเท่ากับ 156.60 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักเท่ากับ 56.00 ค่าเฉลี่ย
รายได้เท่ากับ 3846.63 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ป่วยเท่ากับ 32.93 ค่าเฉลี่ย

ความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเท่ากับ 150.00/93.67 ส่วนกลุ่มควบคุม
มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 50.10 ค่าเฉลี่ยความสูงเท่ากับ 155.80 ค่าเฉลี่ย
น้ำหนักเท่ากับ 58.70 ค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 4716.67 ค่าเฉลี่ยระยะเวลา
ที่ป่วยเท่ากับ 27.80 ค่าเฉลี่ยซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเท่ากับ 151.00/95.67

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการ
ทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ความรู้หลังการทดลอง			ความรู้ก่อนการทดลอง		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
ทดลอง	30	13.00	1.11	30	8.73	2.00
ควบคุม	30	8.40	2.47	30	7.53	2.53
รวม	60	10.70	3.00	60	8.15	2.33

จากตาราง 5 แสดงว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย
ด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.70 เป็น 13.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความ
รู้เพิ่มขึ้นจาก 7.53 เป็น 8.40

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้านเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	เจตคติหลังการทดลอง			เจตติก่อนการทดลอง		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
ทดลอง	30	2.83	.19	30	2.37	.24
ควบคุม	30	2.31	.30	30	2.12	.29
รวม	60	2.57	.36	60	2.29	.28

จากตาราง 6 แสดงว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติเพิ่มขึ้นจาก 2.37 เป็น 2.83 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติเพิ่มขึ้นจาก 2.12 เป็น 2.31

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	การปฏิบัติหลังการทดลอง			การปฏิบัติก่อนการทดลอง		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
ทดลอง	30	2.53	.17	30	2.22	.21
ควบคุม	30	2.37	.13	30	2.37	.13
รวม	60	2.45	.17	60	2.30	.19

จากตาราง 7 แสดงว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 2.22 เป็น 2.53 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติไม่เพิ่มขึ้น

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วมของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Covariates	193.845	1	193.845	93.508**	.000
Main effect	218.594	1	218.594	105.447**	.000
Residual	118.162	57	2.073		
รวม	530.600	59	8.993		

$$\beta = .776$$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 แสดงว่า ความรู้ก่อนการทดลอง มีความสัมพันธ์กับความรู้อั้หลังการทดลองและสามารถใช้พยากรณ์คะแนนความรู้หลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

และจากตาราง 5 จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นสรุปได้ว่าการสอนตามโปรแกรมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนี้มีประสิทธิผลดีกว่าการให้สุขภาพตามปกติโดยแพทย์และพยาบาล

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเจตคติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Covariates	2.519	1	2.519	56.645**	.000
Main effect	2.658	1	2.658	59.775**	.000
Residual	2.534	57	.044		
รวม	7.711	59	.131		

$$\beta = .748$$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 แสดงว่า เจตคติก่อนการทดลอง มีความสัมพันธ์กับเจตคติหลังการทดลองและสามารถใช้พยากรณ์คะแนนเจตคติหลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเจตคติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และจากตาราง 6 จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นสรุปได้ว่าการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนี้มีประสิทธิผลดีกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติโดยแพทย์และพยาบาล

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Covariates	.147	1	.147	9.682**	.003
Main effect	.722	1	.722	47.700**	.000
Residual	.863	57	.015		
รวม	1.732	59	.029		

$$\beta = .263$$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 แสดงว่า การปฏิบัติก่อนการทดลอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหลังการทดลองและสามารถใช้พยากรณ์คะแนนการปฏิบัติหลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการปฏิบัติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และจากตาราง 7 จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นสรุปได้ว่าการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนี้มีประสิทธิผลดีกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติโดยแพทย์และพยาบาล

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังมั่งงัสธรรม ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือประเมินผลการศึกษาค้นคว้า เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานอาหารรวมทั้งการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ

2. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

2.2 โปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ประกอบด้วย

- แผนการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- ภาพพลิก
- เอกสารแผ่นพับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบคะแนนข้อคำถามแต่ละหมวดตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ค่าร้อยละ คุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีการรักษาในอดีต
4. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอายุ ความสูง น้ำหนัก รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย ค่าความดันโลหิต คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
5. วิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการ
 ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยเจตคติสูงกว่าผู้ป่วยโรค
 ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .01

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการ
 ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าผู้ป่วยโรค
 ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์
 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา
 เป็นดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการ
 ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่าผู้ป่วยโรค
 ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั้นแสดงว่า ผู้ป่วยโรค
 ความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแล
 เองของโอเรม มีความรู้สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชรี
 ดำรงสุนทรชัย (2531:ก - ข) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ
 โปรแกรมสุขศึกษามีความรู้ดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เช่นเดียวกับ
 ผลการศึกษาของ นิมนงค์ ประภาส (2533:87) ที่พบว่า หลัง
 การดำเนินการตามโปรแกรมสุขศึกษา ชาวเขากลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่อง
 โรคขาดสารไอโอดีนดีขึ้น และผลการศึกษาของ พิพัฒน์ พุศรีนวล (2534:ก-ข)
 ที่พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษาหญิงหลังคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั้นแสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีเจตคติสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชรี ดำรงสุนทรชัย (2531:ก - ข) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีเจตคติดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นิ่มอนงค์ ประภาส (2533:87) ที่พบว่า หลังการดำเนินการตาม โปรแกรมสุขศึกษา ชาวเขากลุ่มทดลองมีเจตคติในเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนดีขึ้นและผลการศึกษาของ พิพัฒน์ พุศรีนิวาล (2534:ก-ข) ที่พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา หญิงหลังคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีการปฏิบัติดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชรี ดำรงสุนทรชัย (2531:ก - ข) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการปฏิบัติดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นิ่มอนงค์ ประภาส (2533:87) ที่พบว่า หลังการดำเนินการตามโปรแกรมสุขศึกษา ชาวเขากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนดีขึ้นและผลการศึกษาของ พิพัฒน์ พุศรีนิวาล (2534:ก-ข) ที่พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษาหญิงหลังคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติสูงขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ พัทณี สุวรรณศรี (2537:88) ที่พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานสามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรม

จากผลของการวิจัยในครั้งนี้ ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการรักษาจากแพทย์และคำแนะนำจากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ก็เกิดเจตคติที่ดี และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีผลต่อโรคหรือภาวะผิดปกติที่ผู้ป่วยประสบปัญหาอยู่ สอดคล้องกับข้อความของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528:587-588) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วยและอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงาน ปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งยังสอดคล้องกับ ชนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2532:14) ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาลว่าเป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในลักษณะนี้จะเป็นความเกี่ยวข้องของการรับรู้ เจตคติ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ และสอดคล้องกับ สุนทรี ภานุทัต (2526:55) ที่ว่าผู้ป่วยและประชาชนที่มาใช้บริการมีสภาพการจิตใจสูง คือผู้ใช้บริการมีความเชื่อถือโรงพยาบาลและอยู่ในสภาพที่พร้อมจะได้รับการรักษาและสุขศึกษา ในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเหมาะสมที่จะให้สุขศึกษาในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับโอเรม (Orem, 1985:88) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการกระทำการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการรักษาบุคคลนั้นจะต้องมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การที่บุคคลจะมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้นั้น จะต้องมีความรู้และทักษะเป็นองค์ประกอบสำคัญ ส่วนการที่จะก่อให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้นั้น

พยาบาลจะเป็นแหล่งในการให้ข้อมูลและแนะนำ ขึ้นถึงแนวทางการปฏิบัติตัวรองจากแพทย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม โดยผู้วิจัยเลือกทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบระดับประคองและให้การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีขึ้น กระบวนการให้การศึกษาที่ดีแก่ผู้ป่วยนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการใช้สื่อ และวิธีการที่เหมาะสมกับเนื้อหาและกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยายประกอบกับการใช้ภาพพลิกเป็นสื่อ การสาธิตการออกกำลังกายและแจกเอกสารแผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยไปศึกษาต่อที่บ้านเป็นการทบทวนความจำ มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งถือว่าบรรลุถึงเป้าหมายของการสุขศึกษาและวิธีการใช้โปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแบบรายกลุ่มควรหลีกเลี่ยงการดำเนินการในลักษณะที่เป็นพิธีการ แต่ควรให้อยู่ในลักษณะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน และความต้องการของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นอย่างดี
2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ควรมีกิจกรรมที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติได้
3. ผู้บริหารงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล ควรจัดให้มีนักสุขศึกษาประจำคลินิกหรือห้องตรวจแต่ละแผนกเนื่องจากแพทย์ผู้ตรวจรักษาไม่มีเวลาพอที่จะให้คำแนะนำและตอบคำถามอย่างละเอียดกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือถ้าขาดแคลนบุคลากรด้านสุขศึกษาควรจัดนักสุขศึกษาประจำในหน่วยงานที่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องการได้รับคำแนะนำต่าง ๆ เท่าที่จะเป็นไปได้
4. งานสุขศึกษาในโรงพยาบาลควรจะร่วมมือกันทั้งแพทย์ พยาบาล

และนักศึกษาค้นคว้าในแต่ละแผนก เพื่อการจัดทำและผลิตเอกสารเผยแพร่และให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการรวมทั้งญาติผู้ป่วย โดยจัดรูปแบบให้น่าอ่านมีเนื้อหาทันต่อเหตุการณ์และสอดคล้องกับโรคที่แพร่ระบาดในฤดูกาล รวมทั้งโรคเรื้อรังต่าง ๆ ด้วย

5. ควรมีการจัดอบรมการให้ศึกษากับพยาบาลที่ทำงานอยู่ในแต่ละหน่วยงานเพื่อให้คำแนะนำ และศึกษาในโรคที่เกี่ยวข้องกับงานในความรับผิดชอบ เนื่องจากพยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและสามารถให้คำปรึกษาแนะนำในขณะปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเองในด้านการป้องกันโรคแทรกซ้อนและอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนทำให้การรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายประชากรกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมกลุ่มที่มีอายุมากกว่านี้ ตลอดจนกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เพื่อจะได้ทราบผลของการศึกษาในกลุ่มนั้น ๆ ด้วย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาระยะยาวอย่างน้อย 3 เดือน และมีการติดตามผลทุก 6 เดือน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

4. ในการศึกษาวิจัยที่มีการจัดโปรแกรมเป็นแบบแผนการสอน ควรแบ่งเนื้อหาในการสอนออกเป็นตอน ๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และเหมาะสมกับเวลาที่ดำเนินการ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้ง่ายและถูกต้อง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

การแพทย์, กรม. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2536.

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน. ประสิทธิภาพการสอนสุขศึกษาตามแบบแผน ความ
เชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้
วีดีโอเทป. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
อัสสัณเฑาะ.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูง. เชียงใหม่: ภาควิชา
อายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ม.ป.ท., 2531.

กรุงไกร เจนพาณิชย์. บทบาทของแพทย์และเภสัชที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย.
เอกสารประกอบการฟื้นฟูวิชาการครั้งที่ 4 ด้านเภสัชกรรมคลินิก
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.

กวี เจริญลาภ และชวลิต รัตนกุล. "อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง," เอกสาร
การสอนชุดวิชาอาหารบำบัดโรค. หน่วยที่ 9-15. กรุงเทพฯ: เจ็ดหนึ่ง
การพิมพ์, 2526.

เกื้อกูล คู่ปรัดน์ และคณะ. โสตทัศนศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำ
แหง, 2518.

จริยาวัตร คมพัยค์. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขที่แตกต่าง
กันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์
สส.ค. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัสสัณเฑาะ.

จริยาวัตร คมพัยค์ และศิวัชร บุญมาศ. "ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายหลังได้รับวิธีการทางการ
พยาบาลสาธารณสุขแล้ว 1 ปี : การศึกษาติดตามผล," รายงาน
การวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- จิรา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- จารุวรรณ พิมพ์านนท์. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของพระในเขตบางขุนเทียนกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา
- จินตนา สุรินทร์. การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์ และคณะ. "กระบวนการสันนิเวศนาการ และระบบสื่อการสอน," เอกสารการสอนชุดวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา. หน่วยที่ 1-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดักชั่น, 2526.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ชมพูนุช อ่องจรีต. "ความดันโลหิตสูง," อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ:สินประสิทธิ์การพิมพ์, 2527.
- ดวงมณี วิเศษกุล. "โรคความดันโลหิตสูง," โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์, 2525.
- ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ:ภาควิชาสุขศึกษาคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
- ชนวรรัตน์ อัมสมบุรณ์. "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," สุขศึกษา พลศึกษา-สันตนาการ. 15(4):11-15; ตุลาคม-ธันวาคม 2532.
- _____. "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน:กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," สุขศึกษา. 8(29):24-26; มกราคม-เมษายน 2528.

- นิ่มอนงค์ ประภาส. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกัน และการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงจังหวัดแพร่ วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- นิพนธ์ ศุภปริดี. โสตทัศนศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:แพร่วิทยา, 2521.
- บุญทิพย์ ศิริขันธ์ศรี. ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโฮเรมในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- บุญของ เกี้ยวการค้า. "วิธีการสุขศึกษา," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน้าที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:บริษัทสารมวลชน จำกัด, 2530.
- บุญรอด เล็กศิริไธ และวิโรจน์ สิงห์อุตสาหะ. สาเหตุและภาวะแทรกซ้อนในโรค ความดันโลหิตสูง. รายงานการศึกษาเพื่อปริญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," เอกสารการสอนชุด วิชาสังคมวิทยา. หน้าที่ 11. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2528.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมอนามัย", เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน้าที่ 1-7 , กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัดอรุณการพิมพ์, 2526.
- _____. ทัศนคติ: การวิชาการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โอเดียนสโตร์, 2526.
- _____. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- พัชนี สุวรรณศรี. ประสิทธิผลของการฝึกกล้ามเนื้อช่องเชิงกรานในผู้ป่วยหญิงที่มี ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- พัชรีย์ ดำรงสุนทรชัย. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้เทปคำ บรรยายประกอบภาพพลิก ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2531.
- พิพัฒน์ พุศรีวันวล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอด
ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ยุวดี รอดจากภัย. ผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ
ความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอด
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล,
2532. อัดสำเนา.
- รัตนา รุจิรกุล และคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของ
ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. รายงานการวิจัย ฝ่ายเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2534.
- เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อัดสำเนา.
- วันเพ็ญ วิสุววรรณ. เปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา
และการให้สุขศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตักผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
ราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ศากุน ปวีณวัฒน์. ประสิทธิผลของวิธีการสุขศึกษาในการส่งเสริมให้คนงานที่ทำงาน
สัมผัสเสี่ยงดังในโรงงานใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

- สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง," ในการพยาบาลทาง
อายุรศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 8. หน้า 112. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ
กรุงเทพฯ: เอเชียเฟรสจำกัด, 2531.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสูติศึกษา. หน่วยที่ 3.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2526.
- สมชาติ โลจายะ. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: ยูไนเต็ดโปรดักชั่น,
2524.
- สมบูรณ์ ขอสกุล. เปรียบเทียบผลการจัดโปรแกรมสูติศึกษาและการให้สูติศึกษาตาม
ปกติแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหน้าท้องทางนรีเวชกรรม. วิทยานิพนธ์. วท.ม.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.
- สุรีย์ จันทรโมลี. วิธีการทางสูติศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์,
2527.
- _____. สูติศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์ (เน้นสูติศึกษาในโรงพยาบาล).
มปท., 2528.
- สุนทรี ภาณุทัต. "บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการสอนผู้ป่วย," รายงานการ
ประชุมวิชาการ เรื่อง สูติศึกษาในโรงพยาบาลวันที่ 12-14 กุมภาพันธ์
2536 ณ ห้องประชุมอาคารใหม่ โรงพยาบาลเด็ก. กรุงเทพฯ:
โรงพยาบาลเด็ก, 2526.
- สุดา กิจกัญญ์. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสูติศึกษาแบบพิเศษต่อพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และจิระวรรณ วรกุลสวัสดิ์. การดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา. บทความโครงการวิจัยที่นำ
เสนอในการประชุมวิชาการประจำปี 2535 เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนา
งานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

- สร้างค์ เป็รื่องเดช.ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความ
ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.อัดสำเนา.
- อังคณา จิราจันต์.ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของ
มารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.อัดสำเนา.
- อนงค์ทิพย์ ดุลยไชย. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกลุ่มวิชาชีพตามแนว
ความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่ภิกษุป่วยเป็นวัณโรคปอด
โรงพยาบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล,
2533.อัดสำเนา.
- อรรวรณ ปราสาทสุวรรณ, ร.ท. ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.อัดสำเนา.
- Billings, D.M. and L.G. Stokes Medical-Surgical Nursing:
Health Problems of Adults and Children Across The
life span. 2nd ed St. Louis: The C.V. Mosby Company,
1986.
- Bromley, Barbara. "Applying Orem's Self Care Theory in
Interostomal Therapy," American Journal of Nursing.
80: 245 - 246, February, 1980.
- Cronbach, Lee and Joseph. Essentials of Psychological
testing. 3rd ed. New York: Harper and Row, 1970.
- Dodd, M.S. "Assessing patient self-care for side effects of
cancer chemotherapy-part 1," Cancer Nursing.
5: 162 - 163 ; December, 1982.

Dracup, Kathleen and A faf I, Meleir. "Compliance: an

Interactionist," Nursing Research. 12;31:January-

February, 1982.

Edward, Allen L. Statistical Methods of the Behavior Science.

New York :Rinchart, 1957.

Eisen, M.G.Z. Zellmon. and others. "A Health Belief

Model to Approach to Adolescents Fertilities Control

:Some Pilot Program Finding," Health Education

Quarterly New york; Academicpress, 1985.

Good , CarterV. Dictionary of Education. 3 rd ed. New York:

McGraw - Hill Book Co., 1973.

Haynes, R.B. and others. "Improvement of medication compliance

in uncontrolled hypertension," Lancet. 1;1265-

1268:June, 1976.

Hershey, J.C. and others "Patient compliance with

antihypertensive medication," American Journal of public

Health. 70:1081-1089;October, 1980.

Houston, J . p. Fundamental of Learning. New York:

Academic press, 1976.

Jany, N.K., and M.H. Becker. "The Health Belief Model: A

Decade Later," Health Education Quarterly. 11(10):

24-25;May-August, 1984.

Kennel, Willian B. and other. "Epidemiologic Assesment of The

Role of Blood Pressure in Stroke: the Framingham

Study," The Journal of the American Medical Association.

20(214):214;January, 1970.

- Kochar, Mahendr S. and Linda M. Daniel. Hypertension Control: For Nurses and Other Health professionals. Saint Louis :C.V.Mosby,1978.
- Marcinek, Margaret B."Hypertension: What It does to the body," American Journal of Nursin.21(80):929;May,1980.
- Mason, Shirley Coggins. Hypertension Care : A Guide for patient education. Norwalk: Appleton-century-Grofts,1982.
- McMahon, F.G. Management of Essention Hypertension. New York:Futura Publishing Company,1984.
- Miller,P.R. Wikoff and A. Hiatt."Fishbein's Model of Reasoned Action and Compliance Behavior of Hypertensive Patients,"Nursing Research.41(2):104;March-April,1992.
- Myjer, D'Arcy. Aubrey Roger. "Role involvement, social identity,and compliance with hypertension medical regimens," Dissertation Abstracts International. 50:347 A;November,1988.
- Orem , D.E.Nursing Concepts of practice.New York: McGraw-Hill Book Company, 1971 .
- _____.Nursing Concepts of Practice. 2nd ed.New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
- _____.Nursing Concepts of Practice. 3rd ed.New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.

Orem, D.E. and S.Taylor. "Orem's general theory of nursing,"

In Case Studies in Nursing Theory. Edited by P.

Winstead-Fry. New York: National League for Nursing. 1986

Perras, Susan.T. and R. Anthony Zappacosta, "The Application

of Orem's Theory in Promoting Self Care in a peritoneal

Dialysis Facility," American association of Nephrology

Nurses and Techniques. 9:34-37; June, 1982.

Robert, S.J. and H.J. Krouse. "Enhancing Self-Care Through

Active Negotiation," Nurse Practitioner. 13:44-52

; August, 1988.

Sprinthall, Norman A. and C. Richard. Sprinthall. Educational

Psychology A Developmental approach. 15th edition.

Singapore: McGraw-Hill Publishing Company, 1990.

To, Lim and Ngah. Ba. "The Mentakab Hypertension Study

project. Part II-- Why do hypertensives drop out of

treatment," Singapore Medical Journal. 32(4):249-251

; August, 1991.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

(แบบสอบถามสำหรับการวิจัย)

แบบสอบถาม

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ให้ท่านเลือกตอบตามความรู้ความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ หรือตามความคิดเห็นของท่านเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้น เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ซึ่งจะนำไปปรับปรุงการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงต่อไป แบบสอบถามมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วย

2. คำตอบของท่านจะไม่มีผลเสียหาใช่ใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับแต่เพียงผู้เดียว

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

(นางสุชาดา สัทธรรม)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนตัว ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง ให้ท่านตอบข้อความตามความเป็นจริง หรือใส่เครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่เป็นจริงให้ครบทุกข้อ

1. ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....
2. อายุ.....ปี เพศ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
3. ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่าแยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อุดมศึกษาและสูงกว่า () อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพหลัก () ทำงานบ้าน () ค้าขาย
() รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง
() ทำนา ทำไร่ ทำสวน
() อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
8. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี/เดือน
ระดับความดันโลหิตสูงปัจจุบัน.....มิลลิเมตรปรอท
9. การรักษาในอดีต () แพทย์แผนปัจจุบัน
() แพทย์แผนโบราณ
() รักษาโดยพระ
() อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ท่านใส่เครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าถูกต้องเพียงข้อเดียว

1. โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากอะไร
 - () การดื่มสุราและพักผ่อนน้อย () โรคเบาหวานและโรคปอด
 - () ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด
2. อาการที่มีพบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคืออะไร
 - () ปวดศีรษะ () ปัสสาวะบ่อย () ปวดท้อง
3. อะไรเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้
 - () การรับประทานอาหารรสเค็มบ่อย ๆ () การทำงานหนัก
 - () การรับประทานยาแก้ปวด
4. ท่านควรรีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการอย่างไร
 - () ใจสั่น หน้ามืดบ่อย ๆ () ปวดศีรษะเล็กน้อยเวลาบ่ายหรือเย็น
 - () รับประทานอาหารได้มากขึ้น
5. โดยปกติคนทั่วไปจะมีค่าความดันโลหิตเป็นอย่างไร
 - () เท่ากันทุกคน () แตกต่างกันแล้วแต่อายุ เพศ น้ำหนัก
 - () คนสูงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนเตี้ย
6. โรคต่อไปนี้ถ้าเป็นแล้วอาจทำให้เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงขึ้นได้
 - () โรคไต () โรคกระเพาะอาหาร () ไข้หวัด
7. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคืออะไร
 - () โรคหัวใจ () โรคตับ () โรคอ้วน
8. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญที่สุดคืออะไร
 - () การออกกำลังกาย () รับประทานอาหารรสจืด
 - () ปฏิบัติตัวตามที่แพทย์แนะนำ

9. ข้อควรปฏิบัติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคืออะไร
- () รับประทานอาหารมาก ๆ และนอนพักผ่อนให้มาก ๆ
 - () ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายเป็นประจำ งดบุหรี่และเหล้า
 - () ทำงานหนักมาก ๆ เพื่อจะได้เงินมารักษาตัว
10. การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคืออะไร
- () วิ่ง () เดินเล่นหรือวิ่งเหยาะ ๆ () ว่ายน้ำ
11. อาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเลือกรับประทานคืออะไร
- () อาหารที่มีไขมันมาก ๆ () อาหารที่มีแป้งและน้ำตาล
 - () อาหารพวกผักสดผลไม้
12. เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายคือเวลาใด
- () ตอนเที่ยง () หลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ
 - () ตอนเย็น
13. อาหารไขมันที่ควรเลือกรับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ
- () ไขมันจากสัตว์ () ไขมันจากพืช () ทั้งสองชนิด
14. การรับประทานยาที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ
- () รับประทานเมื่อมีอาการปวดศีรษะ () รับประทานก่อนนอน
 - () รับประทานตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ พิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นอย่างไร แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะมีอาการปวดศีรษะ			
2. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน			
3. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องเลิกดื่มสุรา			
4. ความเครียดหรือความโกรธ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้			
5. อาการท้องผูกมาก ๆ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้			
6. ถ้าน้ำหนักตัวลดลงได้แล้วก็ไม่มีความจำเป็นต้องงดอาหารที่มีรสเค็ม			
7. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานาน ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาตได้			

	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
8. ไม่จำเป็นต้องมีการจำกัดอาหารหรือออกกำลังกายถ้าหาก รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่าง สม่ำเสมอ			
9. ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะ ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น			
10. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องเลิกสูบบุหรี่			
11. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์หาซื้อ ยารับประทานเองได้			
12. คนอ้วนมีโอกาเป็นโรคความดัน โลหิตสูงได้ง่ายกว่าคนผอม			
13. พ่อหรือแม่เป็นโรคความดันโลหิต สูงลูกก็มีโอกาสเป็นโรคความดัน โลหิตสูงด้วย			
14. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ			

15. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
จำเป็นต้องนอนรักษาตัวใน
โรงพยาบาลทุกราย

เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
.....		

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับ
การปฏิบัติจริงของท่านเพียงช่องเดียว

	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ท่านมักจะเติมน้ำ ปลาหรือเกลือใน อาหารที่ท่านรับประทาน			
2. ท่านเป็นผู้ที่ชอบดื่ม สุรา			
3. ท่านเป็นผู้ที่ชอบสูบบุหรี่			

	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
4. ท่านเป็นผู้ที่ชอบ ออกกำลังกาย ทุกวัน			
5. ท่านรับประทานอาหาร ตามขนาดและ เวลาที่แพทย์สั่ง			
6. ท่านมักชอบรับ ประทานอาหาร ชนิดทอด			
7. ท่านมักชอบรับ ประทานผัก ผลไม้			
8. ท่านมักชอบรับ ประทานขนม หวาน เช่น ทอง หยิบ ฝอยทอง			

	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
9. ทำนปรุงอาหาร โดยการเติมผง ชูรส			
10. ทำนอนหลับวันละ 6 ชั่วโมงหรือมาก กว่า			
11. ทำนใช้น้ำมันพืชใน การปรุงอาหาร			
12. ทำนต้องผูกจนต้อง นั่งสั่วมเป็นเวลา นาน ๆ			
13. ทำนมักเครียดและ จนเฉียวเวลา มีงานมาก			
14. ทำนมาตรวจตาม แพทย์นัดทุกครั้ง			

15. ท่าน^{ผู้}ท่น้อยาลดความ
 ด้นรับประทานเอง

ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
.....		

ภาคผนวก ข

(ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถาม)

ตาราง 11 ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถาม

ข้อที่	ความรู้		เจตคติ	การปฏิบัติ
	ความยาก	อำนาจจำแนก	อำนาจจำแนก	อำนาจจำแนก
1	0.40	0.80	2.40	2.00
2	0.50	0.80	1.90	2.40
3	0.50	0.80	2.80	1.90
4	0.60	1.00	1.90	2.40
5	0.70	0.40	2.40	1.90
6	0.50	0.80	2.40	2.60
7	0.70	0.60	2.60	2.40
8	0.40	0.60	2.40	2.00
9	0.50	0.60	2.00	1.90
10	0.70	0.40	1.90	2.40
11	0.60	0.80	2.00	2.80
12	0.40	0.60	2.40	2.40
13	0.40	0.60	2.80	2.40
14	0.40	0.60	1.90	2.00
15			2.00	2.60

ภาคผนวก ค

(แผนการสอนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายกลุ่ม)

แผนการสอนผู้ปวยโรคความดันโลหิตสูงรายกลุ่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน และอุปกรณ์	การประเมิน ผล
1. บอกถึงความหมายของโรคความดันโลหิตสูงได้	ความดันโลหิตสูงคือ โรคที่มีระดับความดันเลือดสูงกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ใหญ่ โดยทั่วไปในคนปกติจะมีความดันเลือดอยู่ระหว่าง 100/60 ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนคนที่มีความดันเลือดอยู่ระหว่าง 140/90 ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท จัดเป็นพวกความดันก้ำกึ่ง ความดันโลหิตของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป แล้วแต่อายุ เพศ น้ำหนัก ถ้าหากปล่อยให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้รับการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต อาจก่อให้เกิดโรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดในสมองแตกได้	บรรยาย, ภาพพลิก	การตอบคำถาม, การซักถาม การสังเกต
2. บอกถึงสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงได้	โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ 90-95% เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่าปัจจัยที่อาจทำให้เกิดโรคนี้ได้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือ	บรรยาย, ภาพพลิก	การตอบคำถาม, การซักถาม การสังเกต

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน และอุปกรณ์	การประเมินผล
3. บอกถึงอาการของโรคความดันโลหิตสูงได้	มาก การสูบบุหรี่ ส่วนอีก 10% เป็นชนิดความดันโลหิตที่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคไต โรคของต่อมหมวกไต ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสตรี ความเครียด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการ ในกรณีที่มีอาการที่พบมากคือ - ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้า และมีอาการคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วย - เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูง บ่อย ๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ	บรรยาย , ภาพพลิก	การตอบคำถาม, การซักถาม การสังเกต
4. บอกถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคได้	ในคนที่เป็นความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดการตีบหรือแข็งตัว	บรรยาย, ภาพพลิก	การตอบคำถาม, การซักถาม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน และอุปกรณ์	การประเมินผล
5. เลือกรับ ประทานอาหารได้ ถูกต้อง	ของหลอดเลือด ผลที่ตามมาคือ - หัวใจ อาจเกิดหัวใจพองโต ในที่สุดหัวใจเต้นอ่อนลง และหัวใจวายได้ - สมอ อาจเกิดการแตกของเส้นเลือดในสมอ หรืออุดตันทำให้เกิดเป็นอัมพาต หรือตายได้ - ไต อาจเกิดไตพิการหรืออีกเสบเรื้อรัง อาจถึงตายได้ - ตา ตาพร่า ตามัว หรืออาจจะตาบอดได้ แม้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือการใช้ยาแต่อาหารก็เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งที่แพทย์นำมาใช้ในการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อว่าจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น อาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรประกอบด้วยสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เช่นเดียวกับคนปกติโดยทั่วไป แต่มีข้อจำกัดคือ - จำกัดเกลือโซเดียม ให้น้อยกว่าคนปกติคือ น้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน หรือ	บรรยาย, ภาพพลิก	การสังเกต การตอบ คำถาม, การซัก ถาม การสังเกต

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน และอุปกรณ์	การประเมินผล
	รับประทานอาหารที่มีรสจัดมากกว่ารสเดิม เพราะเกลือมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น — อาหารไขมัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเลือกรับประทานอาหารไขมันที่มาจากพืช ไม่ควรเลือกรับประทานอาหารไขมันที่มาจากสัตว์ เพราะไขมันสัตว์ให้พลังงานสูงและทำให้อ้วนได้ง่าย ซึ่งคนอ้วนจะเกิดความดันโลหิตสูงได้ง่าย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดได้ ไขมันที่ควรเลือกรับประทาน เช่น น้ำมันรำ น้ำมันถั่ว น้ำมันงา น้ำมันปาล์ม — ควรรับประทานผักสด ผลไม้ ร่วมด้วยทุกมื้อ เพราะจะช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ ผู้ที่ท้องผูกใช้เวลาเข้าห้องน้ำนาน ๆ หรือออกแรงเบ่งนานๆ จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้ — ควรเลือกรับประทานอาหารโปรตีนจากปลา หรือจากพืชตระกูลถั่ว มากกว่าโปรตีนจากเนื้อสัตว์ประเภทเนื้อวัว เนื้อควาย		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน และอุปกรณ์	การประเมินผล
6. ลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้	ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ - ควรหลีกเลี่ยงความอ้วน โดยการควบคุมอาหาร หรือโดยการลดน้ำหนัก เพราะความอ้วนมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง - การงดสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง - การเลิกดื่มสุรา การดื่มสุราจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายจากฤทธิ์ของยาได้ - หลีกเลี่ยงภาวะเครียด โดยการออกกำลังกาย นั่งสมาธิ ทำงานอดิเรก หรือการพักผ่อนนอนหลับ เพราะความเครียดมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	บรรยาย, ภาพพลิก	การตอบคำถาม, การซักถาม การสังเกต

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการสอน และอุปกรณ์	การประเมินผล
7. บอกถึง ประโยชน์และหลักของการออกกำลังกายได้	ประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้โลหิตไหลเวียนปกติ กล้ามเนื้อแข็งแรง และเป็นการผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนเป็นการลดความอ้วน ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ หลักของการออกกำลังกาย ควรทำอย่างสม่ำเสมอ วันละประมาณ 15 นาที เริ่มจากการออกกำลังกายแบบเบา ๆ ไปสู่การออกกำลังกายแบบหนัก ๆ และควรจะใช้กล้ามเนื้อได้ครบทุกส่วนจึงจะดี การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรทำ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ บริหารร่างกาย การรำมวยจีน การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ และควรจะมีการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรออกกำลังกายที่หักโหม หรือเหนื่อยมากเกินไป	บรรยาย, ภาพพลิก, สาธิต	สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การสาธิต และฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกาย

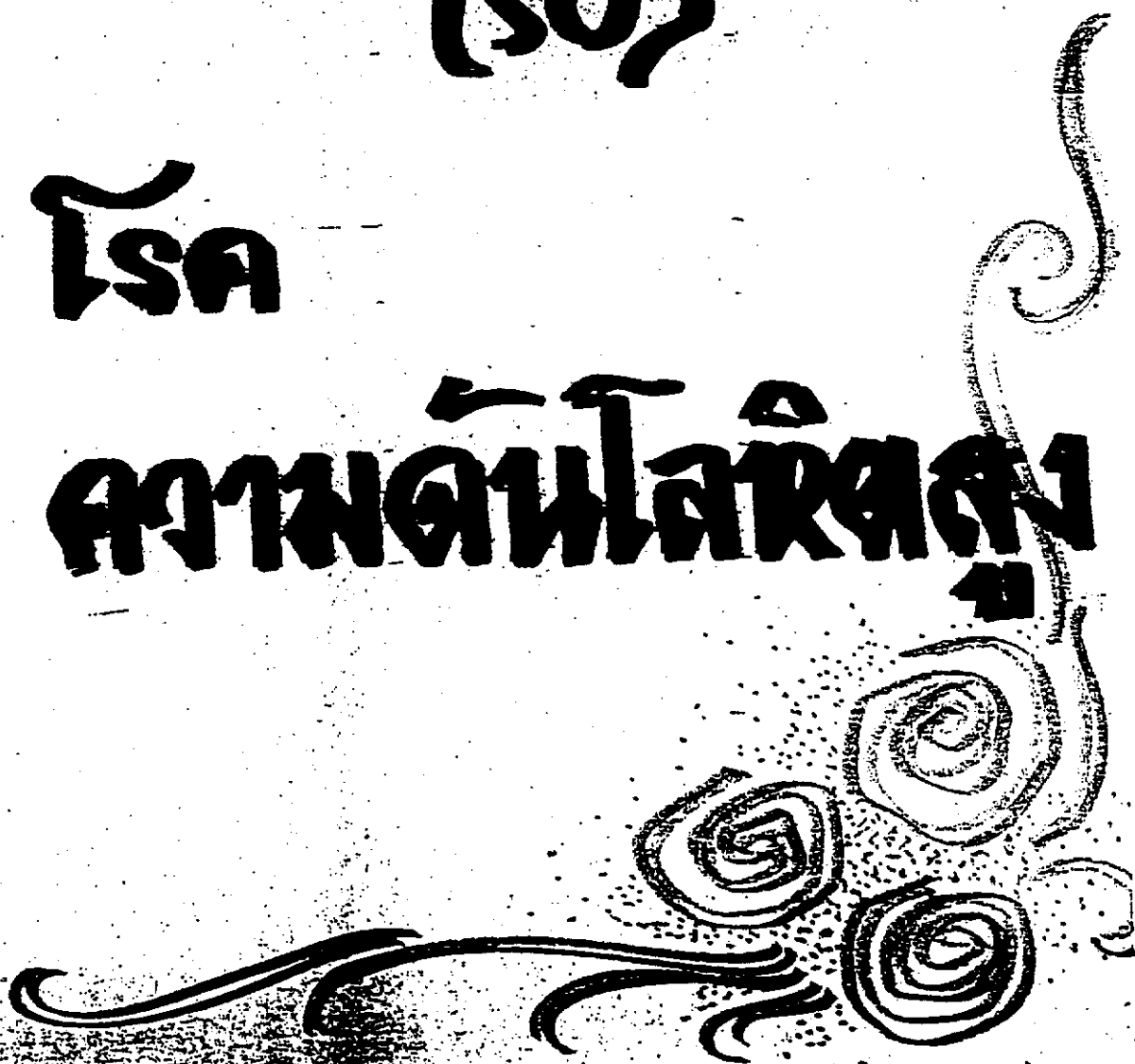
ภาคผนวก ง

(ภาพพลิก)

ภาพหลัก เรื่อง

โรค

ความดันโลหิตสูง



ଅନ୍ଧାର...
 ଲୋକମାନଙ୍କର ନିଉଆଶ



■ โรคความดันโลหิตสูง



สาเหตุการเกิด

ความดันโลหิตสูงมี 2 ชนิด

1. เกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ
2. เกิดโดยทราบสาเหตุ

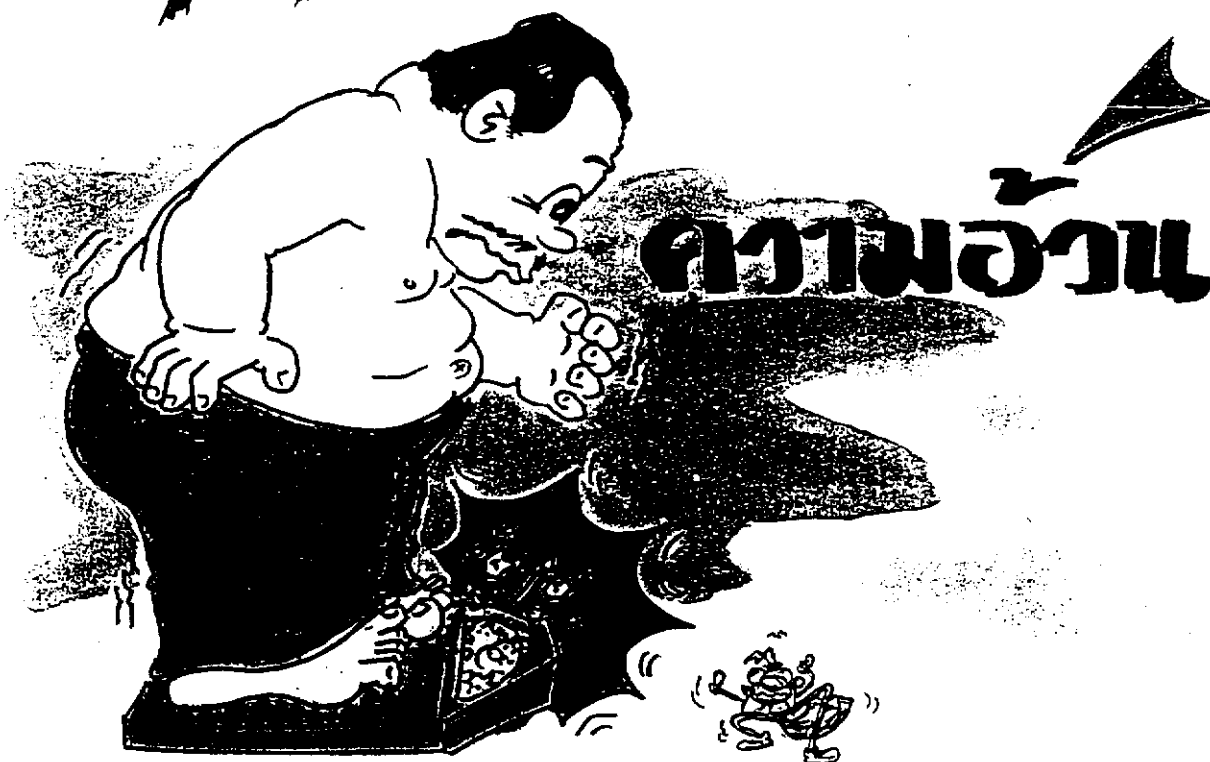
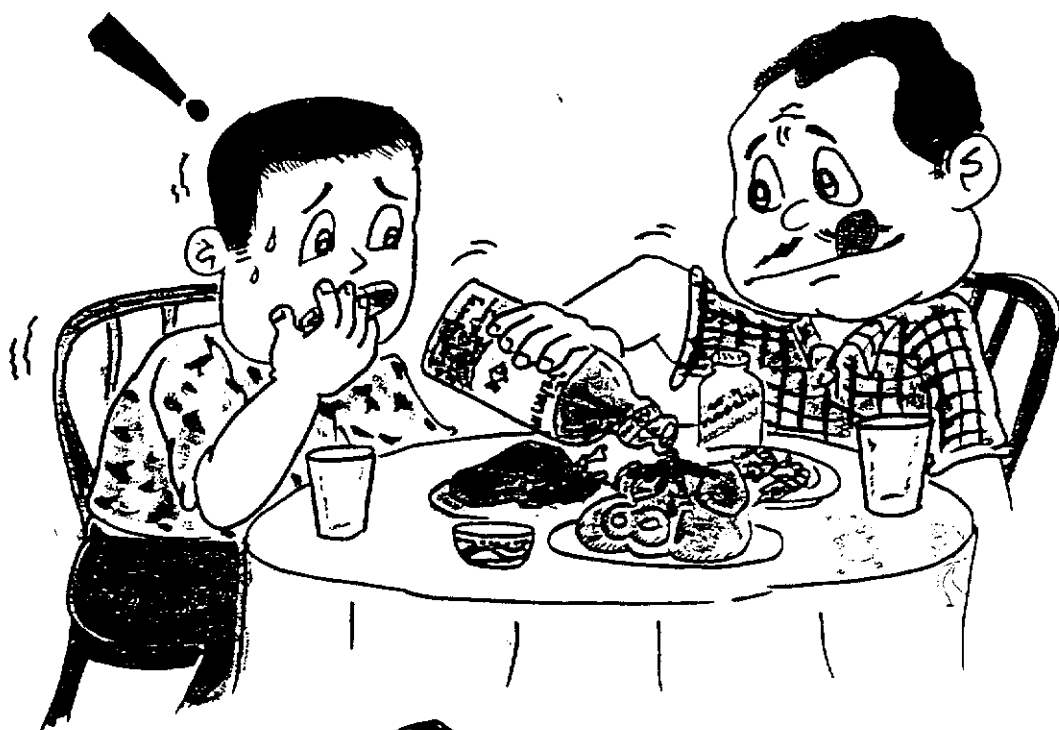
ฉันที่อาจเป็น สาเหตุของ โรคความดัน



กระหน่ำผจญ



วาทะรสใหม่



ความอ้วน

การดื่มสุรา การสูบบุหรี่



ความเครียด



ภาษาสอนผู้ไป

เด

ความดัน

โลหิต

สูง



ឧបត្ថម្ភ វិស័យ កសិកម្ម





૧૬ ૨૦ ૨૪ ૨૮ ૩૨ ૩૬ ૪૦ ૪૪ ૪૮ ૫૨ ૫૬ ૬૦ ૬૪ ૬૮ ૭૨ ૭૬ ૮૦ ૮૪ ૮૮ ૯૨ ૯૬ ૧૦૦



หลักการปฏิบัติสำหรับ ผู้ประกอบโรคความผิด

1. คอบคุมอาหาร
2. ออกกำลังกาย
อย่างสม่ำเสมอ

3. รับประทานอาหาร
อย่างสม่ำเสมอ

4. หลีกเลี่ยง
ปัจจัยต่าง ๆ
ที่เป็นสาเหตุของโรค





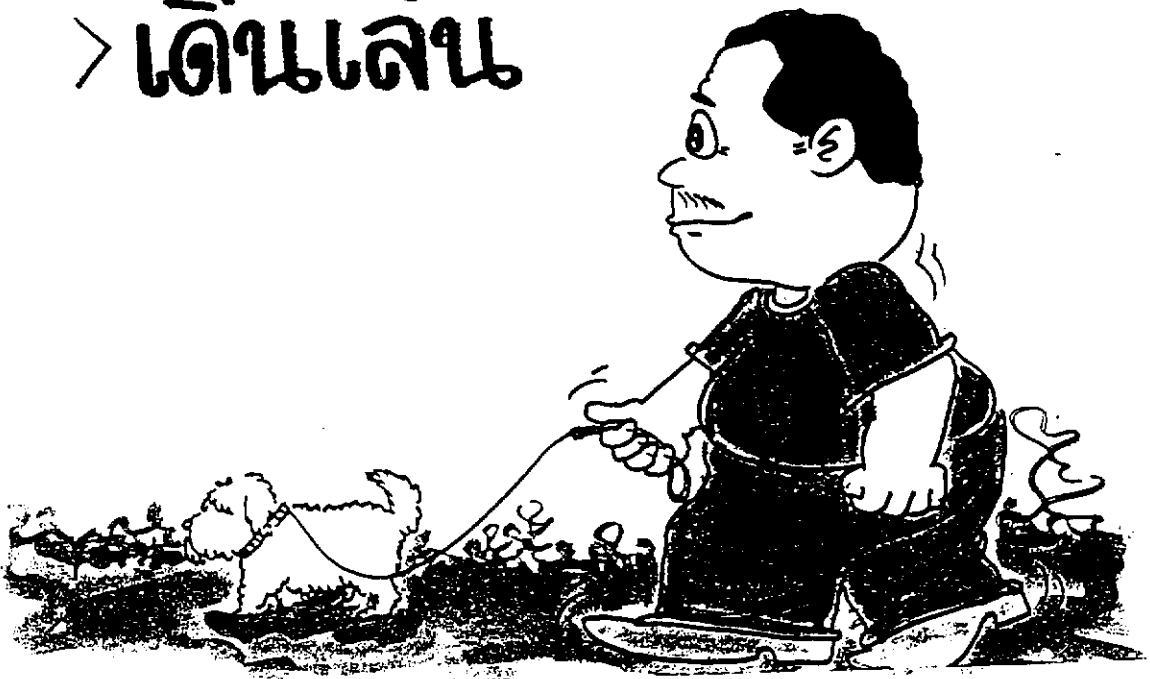
ครอบครัวอาหาร



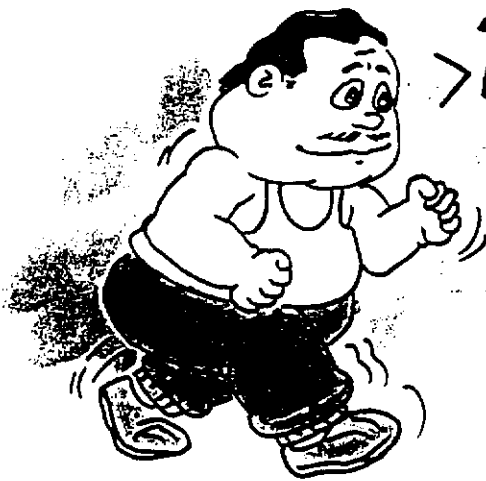
- ▶ เบียร์อาหารจำพวกไฮมัท
- ▶ เบียร์อาหารรสเค็ม

❖ ออกกำลังกาย

> เดินเล่น



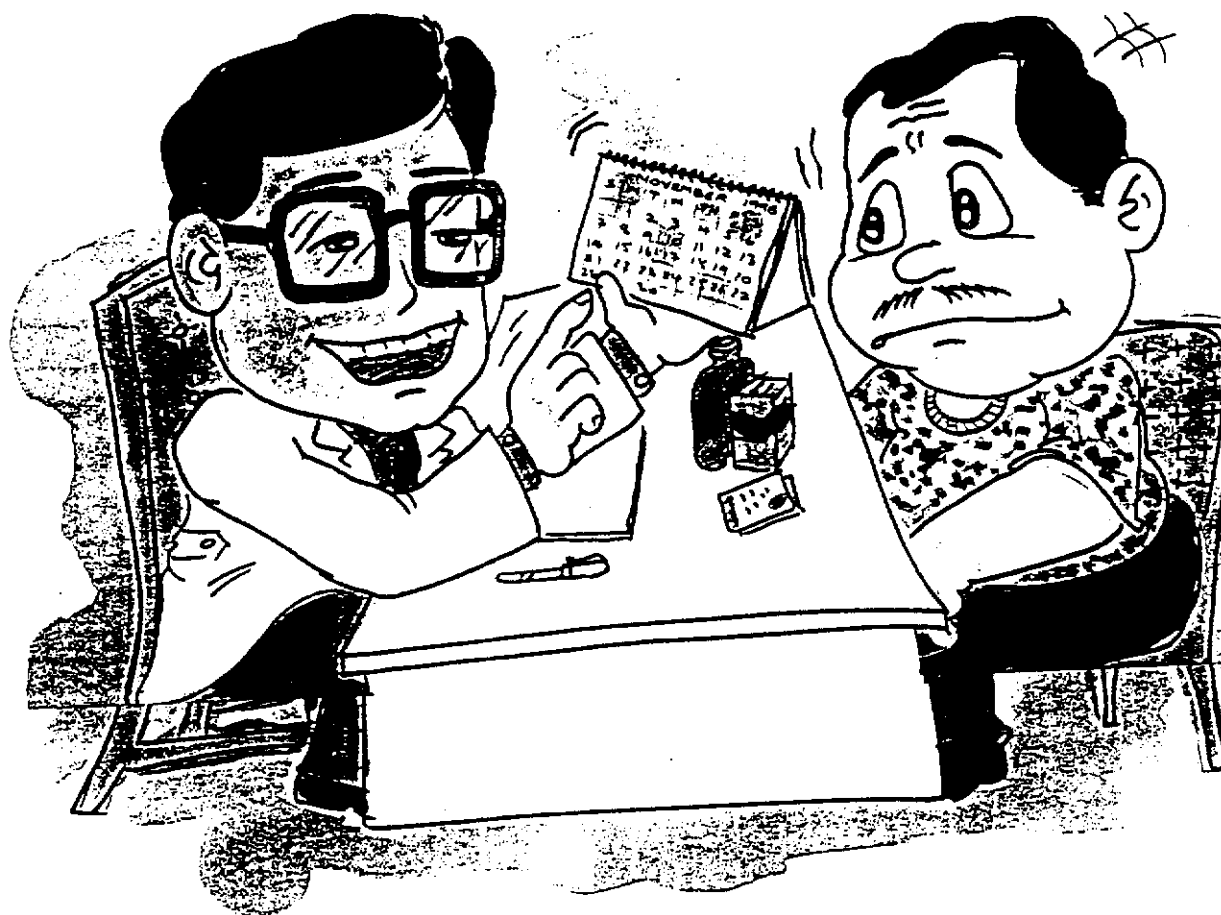
> วิ่งเหยาะๆ



> รดน้ำต้นไม้



★ ตรวจและพบแพทย์ อย่างสม่ำเสมอ

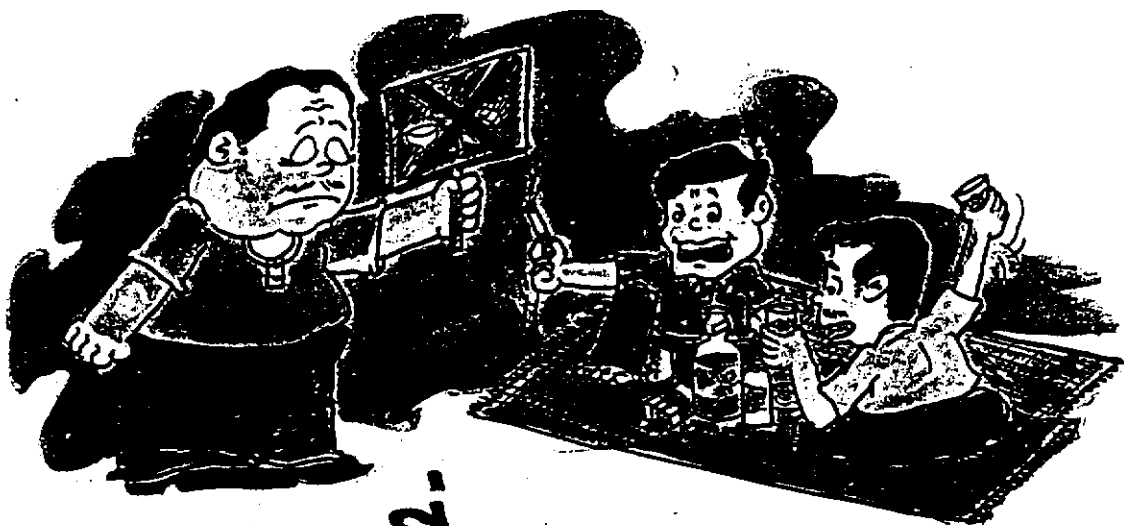


- ▶ ปฏิบัติตามคำแนะนำ
- ▶ ของแพทย์อย่างเคร่งครัด

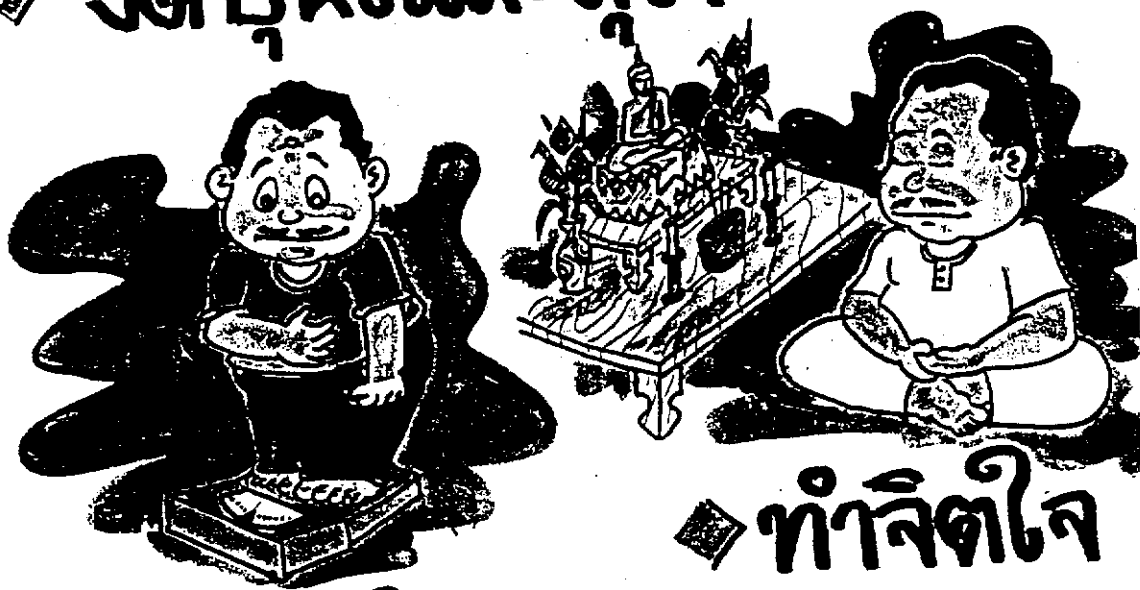
★ ตรวจวัดความดันโลหิต



◆ หลีกเลี้ยงงป๋นจ๋ยเลี้ยงง



◆ งดบุหรีและสุรา



▶ ควบคุมน้ำหนักร่างกาย ทำจิตใจให้สบาย

ภาคผนวก จ

(เอกสารแนบท้าย)

▼ ควรทำอย่างไร...? ถ้าคุณเป็นโรคความดันโลหิตสูง

☀ ถ้าไม่รักษาจะเป็นอย่างไร

โรคความดันโลหิตสูงเมื่อเป็นแล้ว ถ้าไม่รักษาอาจทำให้เกิดเป็นโรคแทรกซ้อนได้ เนื่องจากหลอดเลือด

โลหิตจะตีบและแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะที่สำคัญ ต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ได้แก่



1. หัวใจและหลอดเลือด เมื่อหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น อาจทำให้หัวใจห้องโต ในระยะสุดท้ายจะเกิดอาการเหนื่อยหอบหายใจหอบ เหนื่อยมากขึ้นและตีบตัน ทำให้เกิดอาการหัวใจขาดเลือดเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. สมอง หลอดโลหิตฝอยในสมองอาจแตก ซึ่งทำให้เกิดเป็นอัมพาตหรือไมเกรนได้
3. ไต อาจเกิดอีกเสบหรือพังทำให้ไตพิการ เกิดสารพิษคั่งค้างในร่างกาย ทำให้ไตวายได้

☀ การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงต้องพยายามควบคุมความดันให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท อย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1. คุรจ่างกายเป็นประจำวันละตามที่เหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด
2. ต้องรับประทานอาหารที่แพทย์สั่ง อย่างสม่ำเสมอ อย่างถูกต้องหรือลดยาเองตามใจชอบ
3. งดดื่มสุราระงับทุกชนิด
4. ต้องหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะมันสัตว์ ไขมันนม เนย ไขมันพืชที่อิ่มตัว ไขมันปาล์ม และลดอาหารที่มีรสเค็ม
5. ควบคุมอารมณ์ไม่ฉุนเฉียวหงุดหงิด พยายามลดความกังวลใจด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ทำสมาธิ
6. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
7. ต้องรีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อปวดศีรษะมาก กระตุก หายใจไม่สะดวก หอบ หัวใจเต้นแรง แขนขาอ่อนแรง หรือวิงเวียนศีรษะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้



ถ้าคุณเป็น...

โรค...

ความดันโลหิตสูง



ด้วยความปรารถนาดี จาก...
นางสุชาดา สักอรรถ
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
โรงพยาบาลวังน้อยสักรอรรถ จังหวัดสระบุรี



● ความดันโลหิตสูง

การที่เราจะรู้ได้แน่นอนว่าความดันโลหิตมีค่าเท่าใดนั้น ต้องใช้เครื่องวัดความดันโลหิต โดยที่ค่าของความดันโลหิตจะมี 2 ค่าคือ

- ◆ ค่าบน คือ ความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว (ซิสโตลิก)
- ◆ ค่าล่าง คือ ความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว (ไดแอสโตลิก)

ในคนปกติ ค่าของความดันโลหิต จะอยู่ระหว่าง 100/80 ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนคนที่ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิต ตั้งแต่ 160/95 มิลลิเมตรปรอท

วัดได้ 100/80 หรือต่ำกว่านั้น
แสดงว่าความดันโลหิตของคุณ
อยู่ในเกณฑ์ปกติ...!!



● โรคความดันโลหิตสูง

เกิดขึ้นได้อย่างไร...

- ไม่ทราบสาเหตุ พบว่า โดยประมาณ 85 ถึง 90 % อาจมีประวัติเกี่ยวกับทางพันธุกรรม ญาติพี่น้อง มีคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ทราบสาเหตุ พบว่า โดยประมาณ 10 ถึง 15 % เช่น จากโรคของต่อมไทรอยด์ โรคทางสมองและประสาท มากุมกำเนิด ครรภ์เป็นพิษ

● อาการของโรคความดันโลหิตสูง

- * ปวดศีรษะ มักปวดบริเวณท้ายทอยในตอนเช้า
- * ปวดศีรษะข้างเดียวแบบไมเกรน หายไปเองคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง



* เลือดกำเดาออก

คุณ ! อาจเป็นความดันโลหิตสูงถ้า

- ☐ การพันธุ คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นความดันโลหิตสูง ลูกอาจเป็นได้



- ☐ เพศ พบว่า เพศชาย เป็นอัมพาตและตายมากกว่าเพศหญิง



- ☐ การรับประทานอาหารมากเกินไป หรืออาหารไขมันมากจนเป็นอันตราย



- ☐ การสูบบุหรี่จัด และการดื่มสุรามาก

- ☐ ความเครียด



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวดา สัทธรรม

เกิดวันที่ 2 มิถุนายน

พุทธศักราช 2503

สถานที่เกิด

อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

สถานที่อยู่ปัจจุบัน

92 หมู่ 9 ตำบลคำพราน อำเภอวังม่วง

จังหวัดสระบุรี 18220

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน

นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 5

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม

อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี 18220

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2519 มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนบ้านนา"นายกพิทยากร"

จังหวัดนครนายก

พ.ศ. 2522 ประกาศนียบัตรพุดดงครรภ์อนามัย

จาก โรงเรียนพุดดงครรภ์อนามัยลำปาง

พ.ศ. 2528 มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย

จังหวัดลำปาง

พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น

จาก วิทยาลัยพยาบาลลำปาง

พ.ศ. 2532 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

จาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2539 กศ.ม. (สุขศึกษา)

จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ
ทอเรน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
วังม่วงสิทธธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี

บทคัดย่อ

ของ

สุชาดา สิทธรรม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กันยายน 2539

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสุข ศึกษาตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังม่วง สัทธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี อายุระหว่าง 30 - 60 ปี เพศ ชายและเพศหญิง โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการสอน สุขศึกษาตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม ข้อมูลคือ แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการ ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มีค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM APPLYING
THE OREM THEORY OF SELF CARE ON OUTPATIENTS
HYPERTENSION AT WANGMUANGSUTTUM HOSPITAL IN
AMPHOE WANGMUANG, CHANGWAT SARABURI

AN ABSTRACT
OF
SUCHADA SUTTUM

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

September 1996

This research is a quasi-experimental design to study "The effects between health education program based on the Orem theory and currency health education program. The 60 samples was hypertension patients by purposive sampling male and female, age 30-60 years old, in hypertension clinic of outpatient division of Wangmuangsuttum Hospital in Aumphoe Wangmuang, Changwat Saraburi. Devided 30 samples to experimental group that manipulated with health education program based on the Orem theory and 30 samples for currency health education program. The data gathered by researcher's questionnaire about knowledge, attitude and practice was analysed by ANCOVA method.

The result was follow:

Health education program that applying the Orem theory was heigher means all knowledge attitude and practice from currency health education program significant at the .01 level.