



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง
ต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเอง
ในการดำเนินชีวิตประจำวัน



เสาวณี รุ่งเรือง

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง
ต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเอง
ในการดำเนินชีวิตประจำวัน



เสาวณี รุ่งเรือง

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF THE USE OF SERVICE MODEL FOR HYPERTENSIVE PATIENT
WHO ARE AT RISK OF CEREBROVASCULAR DISEASE THAT
INTEGRATES HEALTH BELIEF MODEL ON SELF
MANAGEMENT ABILITY IN ACTIVITIES
OF DIALY LIVING**



SAOVANEE RUNGRUEANG

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand
Academic Year 2013
Copyright Belongs to Saint Louis College**

สารนิพนธ์

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเอง
ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 10 สิงหาคม 2556



นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง

ผู้วิจัย



อาจารย์ ดร.ละอียด แจ่มจันทร์, กศ.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร.ปานดา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



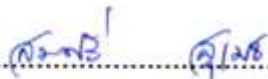
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร.มนสกรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ค.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร.สมศรี สุเมธ, ศ.ค.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

อาจารย์เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ความช่วยเหลือและกรุณาอย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำคำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องของการวิจัย รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยเกิดความพยายามในการศึกษาครั้งนี้ และสามารถฟันฝ่าอุปสรรคนานาประการได้ด้วยดี รวมทั้งคำสั่งสอน ความเอาใจใส่ดูแลลูกศิษย์ มาโดยตลอดจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณประธานและกรรมการสอบสารนิพนธ์รวมถึงอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ ซึ่งทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลา เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทุกแห่งที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย พยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีส่วนช่วยในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความรู้ในการศึกษา ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนถ่ายทอดความรู้จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และสามี ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมาจนถึงวันสุดท้ายของการศึกษา

เสาวณี รุ่งเรือง

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 090301042; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: เสาวณี รุ่งเรือง
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF THE USE OF SERVICE MODEL FOR HYPERTENSIVE PATIENT WHO ARE AT RISK OF CEREBROVASCULAR DISEASE THAT INTEGRATES HEALTH BELIEF MODEL ON SELF MANAGEMENT ABILITY IN ACTIVITIES OF DIALY LIVING.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	: แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, ค.ศ. : สุวรรณิ ละออบปักยิม, กศ.ศ.
คำสำคัญ	: รูปแบบการบริการการพยาบาล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเอง
จำนวน	: 160 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงด้วยการกำหนดคุณลักษณะ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือทั้งสองอย่างนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติร้อยละ แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับความสามารถของการจัดการตนเอง เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า: 1) ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่สิบขั้นตอนการทำงานในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก และ ก่อนการทดลองระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับปานกลาง 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองสูงกว่าหลังใช้รูปแบบของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ACADEMIC CODE : 090301042 NURSING ADMINISTRATION : M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT NAME : SAOVANEE RUNGRUEANG

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECT OF THE USE OF SERVICE MODEL FOR HYPERTENSIVE
PATIENT WHO ARE AT RISK OF CEREBROVASCULAR DISEASE THAT
INTEGRATES HEALTH BELIEF MODEL ON SELF MANAGEMENT
ABILITY IN ACTIVITIES OF DIALY LIVING.

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASSOC. PROF. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : KAEWTAWAN SIRILUKKANANAN, Ph.D.
: SUWANNEE LAOOPUGSIN, Ph.D

KEY WORD : NURSING SERVICE MODEL, HEALTH BELIEF MODEL,
DIAGNOSED HYPERTENSION PATIENT, SELF MANAGEMENT
: 160 PAGES

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experiment research were to study and compare average score on self-management ability in activities of daily living in the group of patient to whom nursing service is applied based on integrates health belief model concept ; and in the group of patient to whom nursing service model based on process concepts. The sample was divided in to 10 experimental and control subjects of hypertensive patients selected by purposive method. The tool used for conducting the research are the format of nursing service on the concept of integrates health belief model and the experimental instrument are the questionnaire on self-management ability in activities of daily living for hypertensive patient who are at risk of cerebrovascular disease were tested for content validity by 3 experts and reliability coefficient were 0.94 the analysis of data of characteristics of the sample group, personal data uses statistical percentage to explain the frequency, the percentage value, average and standard deviant value as show the level of self management ability. The comparison of mean of self management ability in activities of daily living for hypertensive patient who are at risk of cerebrovascular disease was analyzed after experimentation between experimental group and control group using Mann-Whitney U Test and mean between pre and post experimentation in experimental group using Wilcoxon Signed Ranks Test.

The study results indicated as follows: 1) Mean of self-management ability in hypertensive patient who are at risk of cerebrovascular disease after experimentation in experimental group was at the highest level and in control group was a high level and in pre- experimentation both experimental and control group were at the moderate level. 2) Mean of self-management ability in hypertensive patient who are at risk of cerebrovascular disease after experimentation in experimental group was statistically higher than in control group at 0.05 significant level. 3) Mean of self-management ability in hypertensive patient who are at risk of cerebrovascular disease post-experimentation in experimental group was statistically higher than pre-experimentation at 0.05 significant level.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	6
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	11
2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	24
2.3 รูปแบบการบริการการพยาบาล.....	28
2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง.....	30
2.5 การดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living).....	35
2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน.....	36
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	37

สารบัญ (ต่อ)

บทที่.....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	66
3.4 จริยธรรมในการวิจัย.....	68
3.5 วิธีดำเนินการทดลอง.....	69
3.6 การรวบรวมข้อมูล.....	72
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
ส่วนที่ 1 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบการบริการการ พยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน โดยใช้ค่าเฉลี่ย.....	77
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มหลังใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงานด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test...	89
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test.....	96
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	103
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	105
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	115
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	120
บรรณานุกรม.....	122

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	127
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	128
ข เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมวิจัย.....	130
ค เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	133
ง (ตัวอย่าง) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	139
จ โครงการอบรมวิชาการเรื่อง การบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	148
ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	153
ช หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือ และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการ เก็บข้อมูล.....	157
ประวัติผู้วิจัย.....	160

สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และอายุ.....	42
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ.....	43
3 แสดงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย และภาวะเครียด.....	44
4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	46
5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	58
6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน.....	77
7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิต ประจำวัน จำแนกเป็นรายชื่อ.....	78
8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายชื่อ.....	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายชื่อ.....	80
10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวัน จำแนกเป็นรายชื่อ.....	82
11 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน.....	83
12 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิต ประจำวัน จำแนกรายชื่อ.....	84
13 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวัน จำแนกรายชื่อ.....	85

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
14 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	86
15 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	88
16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน.....	89
17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	90
18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	91

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่สิบขั้นตอนการทำงานและกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	93
20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่สิบขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	94
21 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน.....	96
22 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	97
23 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ.....	98
24 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test.....	100

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
25 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการ บริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเอง ในการดำเนินชีวิต ประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test.....	101



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	39
2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	75



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายด้านการบริการสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกขึ้นทำให้บุคลากรทางสุขภาพต้องมีการเฝ้าระวังและดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งโรคหนึ่งที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง พยาบาลต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมในขณะที่ตนเองเป็น โรคความดันโลหิตสูงอยู่เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่ตามมา โดยเฉพาะโรคที่มีอันตรายสูงสุด เจ็บป่วนสูงสุด และนำมาซึ่งการสูญเสียของชีวิตเร็วที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง หากเกิดขึ้นและรักษาได้ทันถ่วงชีวิตอาจมีภาวะทุพพลภาพได้ และต้องอาศัยระยะ เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพยาวนานส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักหรือปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสมช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (วัลย์ลดา จันท์เรืองวนิชย์, 2553) และการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ (พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ได้แก่การลดอาหารที่มี เกลือโซเดียม ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และคลอเรสเตอรอล การออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักและการลดน้ำหนักในผู้ที่อ้วน การงดบุหรี่ และงดหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้เหลือเพียงเล็กน้อยรวมทั้งการควบคุมความเครียด (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวถือเป็นเรื่องยากหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีจะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคนส่วนมากมักไม่รู้ตัวว่าป่วยจึงไม่ได้รับการรักษาและเมื่อได้รับการรักษาก็จะไม่ได้ผลเท่าที่ควร ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เมื่อออกจากโรงพยาบาลไปผู้ป่วยก็ยังคงกลับไปใช้ชีวิตตามแบบแผนเดิมเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำๆและรุนแรงขึ้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย และอยู่โรงพยาบาลนาน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาเช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคไต หรือภาวะเลือดเกาะในผนังเลือดใหญ่ทำให้แตกได้ ดังนั้นการค้นพบได้เร็วและการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้นตลอดจนการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันไม่ให้

อวัยวะอื่นถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดี, 2542) การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสมช่วยลดอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (วัลย์ลดา จันทน์เรืองวนิชย์, 2553)

การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีการใช้แนวคิดทฤษฎีหลากหลาย แนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจคือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่าความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไรความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย และเป็นการที่บุคคลประเมินว่าตนมีร่างกายจิตใจ และความเป็นอยู่ทางสังคมที่สมบูรณ์แบบ ภาวะสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเชื่อ และแรงจูงใจของบุคคล การให้ความรู้โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง เกิดความตระหนักในความสำคัญและการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ควรส่งเสริมให้นำการให้ความรู้โดยใช้แบบแผนสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวต่อไป (ศศิธรณ์ นนทะโมลี, 2551) การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเองทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วย ความเชื่อเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การให้ข้อมูลที่มีความเข้าใจง่ายและทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้องทำได้โดยการให้ความรู้จะส่งเสริมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ทราบว่าปฏิบัติอย่างไรเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมา รวมกับความรู้เก่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, 2549)

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นเวลานานผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวิธีการที่ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน คือการจัดการตนเอง (Self-management) การจัดการตนเองเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ การที่ผู้ป่วยจะกระทำการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเอง รู้ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย แนวทางการเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและแนวทางการตัดสินใจจัดการกับผลของความเจ็บป่วย (Holman & Lorig, 2004) การจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลตนเองเนื่องจากมีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และเพิ่มสมรรถนะในตนเองของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วย แนวคิดการจัดการตนเองได้มีผู้นำไปปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วย มีการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550) นอกจากนี้แนวคิดการจัดการตนเองยังเป็นแนวคิดที่เน้นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเอง (คันสนีย์ กองสกุล, 2552) การจัดการตนเองจะทำให้เกิดประสบการณ์ ความรู้ และเกิดเป็นพฤติกรรมที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องและต้องกระทำให้เกิดขึ้นด้วยตนเอง (สมถวิล เพชรนอก, 2551) Chodosh et al., (2005) ได้วิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 13 เรื่อง พบว่าการใช้การจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สามารถลดความดันซิสโตลิกลง 5 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิกลดลง 4.3 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่งงานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชาวตะวันตก ซึ่งมีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากประเทศไทย การจัดการตนเองเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกรดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ และวิธีการดูแลตนเองเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากพยาบาลกับผู้ป่วยมีมุมมองหรือทัศนคติที่ต่างกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดความดันโลหิตสูงสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับคำแนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดำเนินชีวิต และต้องให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์และข้อดีที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพการควบคุมความดันโลหิตด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550) การไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเพื่อลดความดันโลหิตกลับสู่ภาวะปกติและเหมาะสมจึงเกิดโรคแทรกซ้อนที่สืบเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงอีกมากมาย เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง ดังนั้นการลดภาวะโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญยิ่ง จากการศึกษาวิจัยของบัณฑิตา คำโฮม (2550) ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบว่าเป้าหมายสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตคือไม่ให้ความดันโลหิตเกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอทซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะของโรค ซึ่งจะสามารถควบคุมภาวะโรคและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนที่ต่อเนื่องมาจากระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ มีการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติอาการและประวัติการเจ็บป่วย วัดระดับความดันโลหิต การซักถามอาการร่วมตามสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูง พบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาและได้รับคำแนะนำจากแพทย์ขณะตรวจตามสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย แล้วนัดมาตรวจทุก 2-3 เดือน การปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดขั้นตอนขึ้นอยู่กับเวลาและการกระทำของพยาบาลแต่ละคน การประเมินผลด้านความรู้หรือความสามารถในการที่ผู้ป่วยจะจัดการดูแลตนเองยังไม่ชัดเจนการบริการยังเน้นการบริการแบบยึดขั้นตอนการทำงาน เนื่องจากมีผู้ป่วยรอคิวตรวจจำนวนมาก ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (Middle age) อยู่ระหว่างอายุ 40 ถึง 65 ปี เป็นคนวัยทำงาน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) คนวัยทำงานหรือวัยกลางคนเป็นกลุ่มที่น่าศึกษาให้เข้าใจเนื่องจากส่วนใหญ่แล้ววัยนี้จะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะลักษณะของการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง จนเป็นโรคประจำตัว และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นการดูแลสุขภาพของตนอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้เหมาะสม ออกกำลังกายตามสมควร จึงเชื่อมโยงไปถึงการได้รับความรู้ทางสุขภาพในช่องทางต่างๆ ที่ถูกต้อง ระบบบริการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อค้นหาปัญหาความต้องการการดูแลรวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การได้พบพยาบาล เป็นรายบุคคลจึงมีความสำคัญ ซึ่งจุดมุ่งหมายหลักที่สำคัญยิ่งของแผนกพยาบาลหรือโปรแกรมใดๆ ในด้านการพยาบาล คือ ต้องการจะจัดให้มีบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพดีที่สุด เป็นที่พอใจของผู้รับบริการทั่วไป การปฏิบัติการพยาบาลจึงมีเป้าหมายที่สำคัญมากกว่าการปฏิบัติอย่างถูกต้อง คือ การตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ โดยเฉพาะการพยาบาลต่อผู้รับบริการได้อย่างแม่นยำตรง ส่งผลถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) เนื่องจากปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมีหลายประการ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม การควบคุมโรคโดยการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันนั้นเป็นสิ่งถูกต้องและมีความจำเป็นเพราะการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องรักษาตลอดชีวิต (ปฐญาภรณ์ ลาคุณ, 2554)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลอย่างมีแบบแผน โดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปฏิบัติหน้าที่ที่ชัดเจน ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งเน้นที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค โดยผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาใช้เป็นชุดของกิจกรรมในคู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาลและวัดผลลัพธ์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับความสามารถ

ของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แนวคิดของ Kanfer and Goldstein (1991) ซึ่งมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ เพื่อประเมินผลของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

1) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงานเป็นอย่างไร

2) ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงานหรือไม่

3) ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน

2) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน

3) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

1.3.1 แนวเหตุผลการวิจัย

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยภายในบุคคลที่สร้างขึ้นบนพื้นฐานโดยอาศัยแนวคิดเรื่องความเชื่อของบุคคลเป็นหลัก ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลใดก็ตามจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมิให้เกิดกับตนนั้นจะต้องมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่ตนเป็นอยู่ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ที่มาจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์และคุณค่าของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ภาวะสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเชื่อของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความสนใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ทราบว่าป่วยจึงไม่ได้รับการรักษาและเมื่อได้รับการรักษาก็จะไม่ได้ผลเท่าที่ควร ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เมื่อออกจากโรงพยาบาลไปผู้ป่วยก็ยังคงกลับไปใช้ชีวิตตามแบบแผนเดิมเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำๆ และรุนแรงขึ้น การจัดการตนเองเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกรดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ และวิธีการดูแลตนเองเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากพยาบาลกับผู้ป่วยมีมุมมองหรือทัศนคติที่แตกต่างกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดความดันโลหิตสูงสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับคำแนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดำเนินชีวิต จากการศึกษารายงานการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี (กรรณิการ์ เกตุทิพย์, 2549) พบว่าภายหลังการจัดกิจกรรมค่ายเล็กของคณะ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุเมธ แสนสิงห์ชัย (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคและปัจจัยร่วมต่างๆอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปด้านการพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่เนื่องจากเด็กวัยทารกยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ มารดาจึงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดูแลสุขภาพของเด็กวัยนี้ การศึกษาของเกศกนก เข้มคง (2550) พบว่าการได้รับคำแนะนำ การเตือนจากเจ้าหน้าที่ ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การคุกคามจากโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อตนเอง สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ และจะเห็นได้ว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วยมีผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล ด้วยเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในกลุ่มมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มมารดาที่ดูแลบุตร ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1.3.2 สมมติฐานการวิจัย

1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน

2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two - Group, Pretest –Posttest Design)

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยนอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มารับการตรวจที่โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออก

2) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยนอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

3) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.1) ตัวแปรต้น คือ

(1) รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(2) รูปแบบการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน

3.2) ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่มุ่งสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ซึ่งมีผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ป่วย ประกอบกับการได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ และคำแนะนำจากบุคคล ซึ่งการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทางสุขภาพเชิงการป้องกันตามที่ได้รับคำแนะนำ ทั้งนี้ต้องนำการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

1) การสร้างความเข้าใจในสภาวะของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมเพื่อให้รู้ถึงสภาวะการเจ็บป่วย โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและผลที่ทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองแตก

2) การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตจากพฤติกรรมสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต หมายถึง พยาบาลวิชาชีพสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยทราบถึงผลของพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันและร่วมกันสร้างการป้องกันการเกิดโรคจากพฤติกรรมการปฏิบัติที่จะไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ประโยชน์และอุปสรรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นจริงและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งตัวขัดขวางการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องในเรื่องความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย รวมทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ

4) การตกลงร่วมกันในการปฏิบัติทางสุขภาพเชิงป้องกันเพื่อให้ระดับความดันโลหิตคงที่หรือไม่สูงเพิ่มขึ้น หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันหาวิธีการเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แสดงถึงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน และแตก

รูปแบบการพยาบาลแบบยี่ด้นขั้นตอนการทำงาน หมายถึง ชุดของกิจกรรมการให้บริการการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยการมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามลำดับของงานในหน่วยงานซึ่งให้ความสำคัญกับการบริการการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกดำเนินการบริการการพยาบาลตามกิจกรรมประจำที่กระทำกับผู้ป่วยตามลำดับก่อน หลังที่กำหนดไว้และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติทั้งหมดขั้นตอนนี้อยู่กับเวลาและการกระทำของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยนอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 ข้อ มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้ ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะเครียด มากำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง

ความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การกระทำที่มีขั้นตอนปฏิบัติ เป็นลำดับครบถ้วนทุกกิจกรรม ดำเนินการด้วยตนเองและกำกับการกระทำของตนเอง ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้พลังงาน และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิต ที่เกิดขึ้นประจำวันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยดำเนินการตามกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ

การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน การติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามแนวคิดของ Kanfer & Goldstein (1991) ดังนี้

1) การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Standard setting) หมายถึง การกำหนดสิ่งที่ต้อง ด้วตนเอง ที่มีการรับรองด้วยแนวคิด ทฤษฎี ไว้เป็นทิศทางให้ตนเองดำเนินการและ กำกับการกระทำในด้านการควบคุมอาหาร การใช้พลังงาน และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตและการไหลเวียนของหลอดเลือด

2) การติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Self monitoring) หมายถึง การกำกับการกระทำของตนเองให้สอดคล้องตามมาตรฐานที่วางไว้โดยวัดการกระทำของตนเองที่ปฏิบัติด้วยการฟัง การสังเกต การบันทึก ของตนเองและบุคคลอื่นในด้านการควบคุมอาหาร การใช้พลังงาน และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิตและการไหลเวียนของหลอดเลือด

3) การประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Self evaluation) หมายถึง การกำกับการกระทำของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ จากการเปรียบเทียบการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติและสิ่งที่ควรปฏิบัติ ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้พลังงาน และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิตและการไหลเวียนของหลอดเลือด

4) การให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Self reinforcement) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ ภูมิใจ ชื่นชมตนเอง และได้รับคำชมจากผู้อื่น ในการกำกับการกระทำของตนเองที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงที่ดี และเกิดประโยชน์ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้พลังงาน และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิตและการไหลเวียนของหลอดเลือด

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลที่ส่งผลถึงคุณภาพการพยาบาล โดยการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2) ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลด้วยรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือนำไปสร้างรูปแบบใหม่ทางการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ

3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.3 รูปแบบการบริการการพยาบาล

2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง

2.5 การดำเนินชีวิตประจำวัน

2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง มักพบในผู้ที่มีพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็จะทำให้เกิดโรค ซึ่งผู้ที่เป็นโรคในระยะแรกจะไม่แสดงอาการแต่ถ้าปล่อยให้อาการของโรคดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

1) ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

จากการประชุมนานาชาติครั้งที่ 7 (Chobanian et al., 2003) ได้ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ว่าหมายถึง ภาวะที่ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) สูงมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือภาวะความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มิอายุ 18 ปีจากการหาค่าเฉลี่ยในการวัด 2 ครั้ง และความดันซิสโตลิกสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตร

ปรอทและมีความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่เป็เนบาหวาน ผู้ที่การทำหน้าทีของไตผิดปกติ แต่ไม่ว่าความดันซิสโตลิกหรือไดแอสโตลิกสูงเกินเกณฑ์ก็ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงได้

2) เกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

(1) ความดันเลือดปกติ ความดันซิสโตลิก < 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก < 80 มิลลิเมตรปรอท

(2) ภาวะใกล้เคียงเป็นความดันโลหิตสูง (Prehypertension) ความดันซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท

(3) ความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 1 (Stage 1) ความดันซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท

(4) ความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 2 (Stage 2) ความดันซิสโตลิก $\geq$ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก $\geq$ 100 มิลลิเมตรปรอท

3) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงมักเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550)

3.1) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factor)

(1) ประวัติครอบครัว ความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและปัจจัยหลายอย่าง ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง มีเกิดโรคได้มากกว่า และเชื่อว่าพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรค คือ การมีระดับโซเดียมในเซลล์สูง และการลดลงของสัดส่วนระหว่างระดับโปตัสเซียมกับโซเดียม ผู้ที่มีพ่อแม่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคตั้งแต่อายุยังน้อย

(2) อายุ ความดันโลหิตสูงปฏุมภูมิเกิดบ่อยในช่วงอายุ 30-50 ปี อัตราการเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิกพบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

(3) เพศ ความเสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูงของผู้ชายมีมากกว่าผู้หญิงจนกระทั่งอายุ 55 ปี และที่อายุ 55-74 ปี ความเสี่ยงของผู้ชายและผู้หญิงเท่ากัน และเมื่ออายุมากกว่า 74 ปี ผู้หญิงมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้หญิง

(4) เชื้อชาติ อัตราการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ต่ำสุดในผู้หญิงผิวขาว ผู้ชายผิวขาว ผู้ชายผิวดำ และสูงสุดในผู้หญิงผิวดำ ซึ่งเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการมีระดับเรนินที่ต่ำลง การเพิ่มความไวต่อแอสเพรสซิน การบริโภคเกลือมาก การมีความเครียดสูง

3.2) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor)

(1) ภาวะเครียด ความเครียดทำให้ความดันโลหิตของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ดังนั้นเมื่อมีภาวะเครียดอยู่เนือง ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ภาวะเครียดเรื้อรังทำให้เกิดการเสียสมดุลทั้งทาง ด้านร่างกายและอารมณ์ เสริมความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดยิ่งขึ้นไปอีก และอาจทำให้หน้าที่ของอวัยวะหลายอย่างในร่างกายทำงานผิดปกติหรือเกิดโรคในที่สุด

(2) อ้วนมาก พบว่าผู้ที่อ้วนส่วนบนของร่างกายหรือมีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอว เอวและท้องเป็นจำนวนมาก จะสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ที่อ้วนส่วนล่างของร่างกาย แม้จะมีน้ำหนักมากเกินหรืออ้วนมากก็ไม่ค่อยเกิดความดันโลหิตสูงจากสาเหตุการมีน้ำหนักตัวเพิ่มเพียงอย่างเดียว

(3) สารอาหาร การบริโภคโซเดียมมากมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ อาหารที่มีเกลือสูงจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแองจิโอเทนซินซึ่งมีผลเพิ่มความดันโลหิต และยังกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลางอีกด้วย การศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม โพแทสเซียมและแมกนีเซียมต่ำมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูงโดยการขาดโพแทสเซียมเพิ่มความดันโลหิตและกระตุ้นทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย

(4) สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ นิโคตินในควันบุหรี่และยาเสพติด ทำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผลของคาเฟอีนจะกระตุ้นอัตราการเต้นของหัวใจ

4) อาการแสดงทางคลินิกของความดันโลหิตสูง

(1) ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก มักจะปวดบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะช่วงหลังตื่นนอนตอนเช้า เชื่อว่าเกิดจากการมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้น อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือตามัวร่วมด้วย

(2) เวียนศีรษะ มึนงง อาจเกิดร่วมกับปวดศีรษะหรือไม่ก็ได้

(3) เลือดกำเดาไหล (epistaxis) จากความผิดปกติของหลอดเลือด ไม่พบบ่อยนัก

(4) อาการหายใจลำบากขณะออกแรงหรือทำงานหนัก หรืออาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบจากภาวะหัวใจล้มเหลว

(5) อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดเอออร์ตาเฉาะฉีกขาด

(6) อาการอื่นๆ เช่น ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ใจสั่น

5) อาการทางคลินิกของภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะสำคัญ

(1) หัวใจ มีอาการทางคลินิกของโรคหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือภาพถ่ายรังสีสนับสนุนการมีโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ พบกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและ/หรือการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนจากหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตายทำงานผิดปกติหรือมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

(2) หลอดเลือดสมอง มีอาการโรคหลอดเลือดสมองอาจเป็นชั่วคราว (Transient ischemic attack) หรือถาวร (Stroke)

(3) หลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ลำชีพจรของหลอดเลือดบริเวณแขนหรือขาไม่ได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง โดยอาจมีประวัติปวดแขนหรือขาหลังใช้งานนานๆ มีหลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm)

(4) ไต ทำให้มีของเสียคั่งในร่างกาย

(5) ตา ทำให้หลอดเลือดในชั้นจอตาแตก มีการซึมผ่านของสารในหลอดเลือดออกมาข้างนอก (Exudate) และ/หรือร่วมกับภาวะจอตาบวม (Papilledema)

2.1.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ถ้าผู้ใดมีปัจจัยเหล่านี้อยู่ จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงทุกคนจะต้องเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ในขณะที่เดียวกันผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน แต่ไม่มากเท่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว (วัฒนีย์ ปานจินดา, 2550)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ (นิพนธ์ พงวารินทร์, 2544)

1) ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญมี 4 อย่าง ได้แก่

1.1) ความดันโลหิตสูง ภาวะนี้พบว่าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและทำให้เกิดโรคอัมพาตได้มาก ทั้งชนิดหลอดเลือดแตกและหลอดเลือดตีบ ภาวะโรคความดันโลหิตสูงนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นอัมพาตมากกว่าคนปกติสูงถึง 3-17 เท่าแล้วแต่อายุ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ในกรณีหลอดเลือดสมองแตกที่เกิดขึ้นเองทันที (Spontaneous intracerebral haemorrhage) นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าภาวะความดันโลหิตสูงนั้นเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการทำให้ภาวะ Atherosclerosis เป็นเพิ่มขึ้น ดังนั้น หลอดเลือดสมองก็หนีไม่พ้นที่จะเกิดภาวะ Cerebral thrombo embolism ในที่สุดโดยสรุปภาวะความดันโลหิตสูงจะเร่งการเกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดสมอง และทำให้เกิด Thrombosis ในตำแหน่งนั้น หรือมีการหลุดของ Emboli จากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นไปอุดตันหลอดเลือด

เลือดสมองในส่วนปลายๆ ทำให้เกิดภาวะ Cerebral infraction ตามมา ดังนั้นความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก ถ้าสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือถ้าเป็นแล้วการลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะสามารถลดความเสี่ยงลงได้

1.2) โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานานๆ โดยมิได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูงเพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือดแข็งทั่วร่างกายและถ้าเป็นที่หลอดเลือดของสมองจะเกิดอัมพาตขึ้น อัตราการเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดอัมพาตได้สูงกว่าผู้ป่วยปกติถึง 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งมีอายุเท่ากัน โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ควรพบแพทย์และรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัดจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

1.3) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidaemia) ภาวะที่มีไขมันสูงในหลอดเลือดทั้งชนิด Cholesterol, Triglyceride ซึ่งเป็นไขมันที่ไปเกาะผนังหลอดเลือดและจะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง อันจะมีผลตามมาทำให้เกิดอัมพาตได้ง่าย การกำหนดค่าปกติของไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับเริ่มสูงอยู่ระหว่าง 200-239 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ดังนั้นการลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไปหรือการรับประทานยาลดไขมันตามที่แพทย์แนะนำจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วย

1.4) การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตได้ง่าย เพราะการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับ Cholesterol ลดระดับ High density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ Catecholamine และปริมาณ Carbon monoxide ที่เพิ่มในเลือดในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย Endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น โดยที่ผู้สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า ถ้างดสูบบุหรี่ได้นอกจากความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงแล้ว ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคปอดจะน้อยลงด้วย

2) ปัจจัยเสี่ยงรอง

2.1) อายุ จะพบว่ามียุทธาเพิ่มขึ้นตามลำดับอายุของผู้ป่วย

2.2) โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น โรคเส้นหัวใจพิการ โรคหัวใจเต้นผิดปกติ โรคหัวใจขาดเลือด ฯลฯ ต่างก็เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด Cerebral embolism ได้ทั้งสิ้น ในกรณีที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุน้อย จำเป็นต้องนึกถึงสาเหตุจากโรคหัวใจ Rheumatic ด้วยเสมอ ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ยาบางชนิดเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลงได้

2.3) ภาวะการเต้นหัวใจผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิด Atrial fibrillation ไม่ว่าจะเกิดจากเหตุใด เช่น โรคหัวใจ Thyrotoxicosis โรคความดันโลหิตสูงหรือเกิดขึ้นเองก็ตามต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรที่มีความผิดปกติดังกล่าว

2.4) ยาคุมกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงโรคอันนี้ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลแทรกซ้อนมาจากการใช้ยาคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15-49 ปี แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ยังไม่ปรากฏชัดเจน

2.5) แอลกอฮอล์ ในปัจจุบันยอมรับกันว่ามีความสัมพันธ์กันจริงระหว่างโรคหลอดเลือดสมองกับการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการดื่มสุราจะเป็นทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย

2.6) โรคเลือด ภาวะ Polycythemia เป็นปัจจัยก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้

2.7) Obesity หรือความอ้วน โรคอ้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ และทำให้ผู้ป่วยมีไขมันในหลอดเลือดสูง ประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เพิ่มขึ้น ภาวะนี้ประเมินได้โดยการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI = น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ในคนไทยกรณีที่น้ำหนักเกิน (คนไทยมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) จำเป็นต้องลดน้ำหนักและออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.8) ภาวะขาดการออกกำลังกาย ภาวะขาดการออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดภาวะเครียด และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Low density lipoprotein cholesterol) ลดลงและไขมัน HDL (High density lipoprotein cholesterol) เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัว

2.9) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

2.10) ประวัติครอบครัว เป็นปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มประชากรที่มีประวัติโรคครอบครัว

2.11) Prior stroke จากการศึกษา National survey of stroke ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อนจะสูงกว่าผู้ที่เพิ่งเป็นครั้งแรกถึง 30-50 เท่า

2.1.3 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1) การควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารเป็นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีหลักในการเลือกรับประทานอาหาร คือ

- (1) รับประทานอาหารให้หลากหลายครบ 5 หมู่
- (2) หลีกเลี่ยงของหวานจัดหรือส่วนผสมน้ำตาล

(3) รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีใยอาหารเพิ่มขึ้น

(4) รับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย การควบคุมไขมันโคเลสเตอรอลโดยใช้ น้ำมันพืชแทนไขมันสัตว์ในการประกอบอาหาร ลดปริมาณน้ำมันและกะทิที่ใช้ปรุงอาหาร เป็นต้น รวมทั้งใส่กรอก กุนเชียง เบคอน พืชชา โคนัท อาหารทอดทุกชนิด เลือกรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง อบ ยำ แทนอาหารทอด เลือกรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารหนังติดมันในสัตว์ปีกให้มากที่สุด ลดปริมาณอาหารทะเล เลือกรับประทาน อาหารประเภทปลา เลือกดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนมพร่องมันเนยเท่านั้น รับประทานผักเพิ่มขึ้น เนื่องจากผักมีใยอาหารมาก

(5) ลดอาหารเค็มหรือการใช้เกลือในอาหารให้น้อยลง สารโซเดียมในเกลือจะทำให้ ร่างกาย กักน้ำไว้มากขึ้น อันเป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ โดยเฉพาะในรายที่มีความดัน โลหิตสูงอยู่แล้ว การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มมากจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นไปอีก ลด อาหารที่มีรสเค็มจัด จำกัดปริมาณเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว น้ำมันหอยที่ใส่ในอาหาร หรือลดปริมาณ เครื่องปรุงเหล่านี้ในสูตรปรุงอาหารลงครึ่งหนึ่งหรือไม่ใส่เลย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี ส่วนผสมของเกลือสูง เช่น อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม อาหารซองหรืออาหารว่าง สำเร็จรูป เช่น มันฝรั่งทอดกรอบใส่เกลือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น

(6) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกได้

(7) งดสูบบุหรี่เนื่องจากทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและเปราะง่ายทำให้เกิดโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันและแตกได้

2.1.4 พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ในด้านการรักษาต้องประกอบด้วย การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคร่วมกันไป ซึ่งการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน (Chobanian et al., 2003) เพราะจะช่วยส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมในด้านการ ควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว อาหารมีบทบาทอย่างมาก ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ใช้หลักการ ควบคุมอาหารในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ ต้องจำกัดอาหารที่มีโซเดียมมาก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสชูรสต่างๆ อาหารหมักดอง และผงชูรส ผงฟู เป็นต้น โดยต้องลดการรับประทานเกลือโซเดียมให้

น้อยกว่า 100 mol ต่อวัน (2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียม คลอไรด์) ในการจำกัดเกลือพบว่า ถ้าลดปริมาณของโซเดียมในอาหาร 3-5 กรัมต่อวัน ให้เหลือ เพียง 1-2 กรัมต่อวันอาจทำให้ความดันโลหิตลดลง 10 มิลลิเมตรปรอท นอกจากการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูงแล้ว ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรลดอาหารประเภทไขมัน ประเภทอาหารมันของทอด อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ และควรเพิ่มอาหารประเภทที่มีกากใยมาก เช่น ผักสด ผลไม้ ซึ่งสามารถช่วยลดความดันโลหิต โดยเฉพาะความดันซิสโตลิก ได้ถึง 2-8 มิลลิเมตรปรอท

นอกจากการควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม และอาหารประเภทไขมันสูงแล้ว การควบคุมน้ำหนักตัวควบคู่กับควบคุมการรับประทานอาหาร เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากน้ำหนักตัวและความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กันมาก น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10-20 ของน้ำหนักมาตรฐานมีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลงเพื่อลดระดับความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อย ลดน้ำหนักได้ ≥ 4.5 กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้ การลดน้ำหนักเป้าหมายระยะสั้น คือ ลดน้ำหนักลง 2.2-3.3 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ และในระยะยาวให้ลดน้ำหนักลงอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธภักดิ์, 2542) และควรควบคุมให้มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยน้ำหนักตัวที่ลดลงทุก 1 กิโลกรัม จะทำให้ความดันซิสโตลิก ลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอทและความดันซิสโตลิก ลดลง 1.5 มิลลิเมตรปรอทโดยการลดน้ำหนักสามารถทำได้โดยการรับประทานอาหารให้พอดี ไม่รับประทานอาหารมากเกินไป ไม่รับประทานอาหารว่างหรือของจุบจิบระหว่างมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งอาหารที่มีไขมันสูง จะส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด ควรรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้หลายๆ นอกจากนั้นควรออกกำลังกายให้เหมาะสมและสม่ำเสมอ จะช่วยในการเผาผลาญพลังงานที่สะสมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินปกติ

2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้นมีวัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายโดยเฉพาะต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงชะลอหรือลดการดำเนินของโรค และส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดี โดยต้องมีหลักการออกกำลังกายที่เหมาะสมและถูกต้องเพื่อความปลอดภัยในการออกกำลังกาย ซึ่ง Chobanian et al., (2003) ได้แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนเป็นจำนวนมากโดยสม่ำเสมอและติดต่อกันเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น เกิดความแข็งแรง ทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลง มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ยังทำให้มีการทรงตัวที่ดีขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันสูงนั้น ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนน้อยหรือไม่ได้ใช้ออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเล่นเกมที่ใช้ความเร็วทันทีทันใด การวิ่งระยะสั้น ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก ต้องเกร็งหรือใช้แรงดันซึ่งจะมีผลทำให้แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจและปอดต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น และมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

2.1) หลักการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมี ดังนี้

2.1.1) ความถี่ (Frequency) ของการออกกำลังกายของผู้ที่เป็นภาวะความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ จนถึงออกกำลังกายได้ทุกวัน โดยในระยะเริ่มต้นควรเริ่มที่ความถี่น้อยๆ ก่อนจนร่างกายสามารถรับได้จึงค่อยๆ เพิ่มความถี่ขึ้นและทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีการศึกษาเรื่องความต้องการการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อผลในการลดระดับความดันโลหิต และได้แนะนำความถี่ของการออกกำลังกายคือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์และ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันโดยการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็มีผลในการลดระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 70 – 100

2.1.2) ความหนักเบา (Intensity) ของการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการออกกำลังกายในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ซึ่งควรออกกำลังกายในระดับความหนักปานกลางโดยมีความหนักเบาของการออกกำลังกาย โดยอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ซึ่งถือเป็นอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจรเป้าหมายที่เหมาะสมในการออกกำลังกายของบุคคลนั้นๆ โดยอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด 220 – อายุ (ปี) คูณด้วย 0.40 หรือ 0.60 หรือประเมินได้จากความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละคนเป็นเกณฑ์ ดังนี้ 1) ความหนักเบาในการออกกำลังกายระดับต่ำผู้ที่ออกกำลังกายจะสามารถร้องเพลงได้อย่างสบายขณะออกกำลังกาย 2) ระดับปานกลางขณะออกกำลังกายผู้ที่ออกกำลังกายจะรู้สึกเหนื่อยแต่จะสามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้ 3) ระดับหนักผู้ที่ออกกำลังกายจะรู้สึกเหนื่อยมากไม่สามารถพูดคุยได้ ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมต้องเริ่มโดยการออกกำลังกายที่ ละเอียดแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่ระดับความหนักมากเกินไปอาจก่อให้เกิดอันตราย กับผู้ป่วยได้

2.1.3) ระยะเวลาการออกกำลังกาย (Time or duration) เป็นช่วงระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรออกกำลังกายนาน 30-40 นาทีต่อครั้งและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาการออกกำลังกายมักจะเกี่ยวข้องกับความหนักของการออกกำลังกายด้วย เพราะการออกกำลังกายที่หนักแต่ใช้เวลาสั้นก็ให้ผลเช่นเดียวกับการออกกำลังกายที่เบาแต่ใช้เวลานานและการออกกำลังกาย

แบบฝึกความอดทน (Endurance training) ระยะสั้นๆ 5-10 นาทีต่อวัน ช่วยทำให้สภาพการทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้น

2.1.5) ประเภทหรือวิธีการออกกำลังกาย (Type of exercise) การออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรเลือกประเภทที่เหมาะสมกับความต้องการ ความพร้อม และชนิดของการออกกำลังกาย โดยควรมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้ทั่วร่างกายที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้น ระบบไหลเวียนดีขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง คือ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน

สำหรับในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมนั้นเป็นการปฏิบัติที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างช้าๆ ตามรูปแบบที่ได้วางไว้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรครวมทั้งคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีสมบูรณ์แข็งแรง โดยมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีความหนักอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สังเกตได้จากระดับต่ำถึงปานกลาง ระดับความรู้สึกเหนื่อยของผู้ออกกำลังกายจะรู้สึกเหนื่อยหรือพอพูดได้หรือออกกำลังกายจนมีเหงื่อออกนาน 20-40 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการยืดกล้ามเนื้อการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการคำนึงถึงข้อควรปฏิบัติของการออกกำลังกาย

3) พฤติกรรมด้านการควบคุมความเสี่ยง

การควบคุมความเสี่ยง ประกอบด้วย การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การลดการสูบบุหรี่ และการลดการดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1) การลดการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต คนที่ดื่มสุรามากจะทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำทำให้ขาดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ การดื่มสุรามากในคนที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) การจำกัดปริมาณสุราให้น้อยกว่า 30 ซีซีต่อวันในผู้ชาย และน้อยกว่า 30 ซีซีต่อวันในผู้หญิง จะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงน้อยกว่าที่จะดื่มสุราในปริมาณที่มากกว่านี้ การเลิกดื่มสุราในช่วงแรกยังคงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงเท่าเดิมต่อเนื่องไปในระยะ 2-3 วัน จากนั้นระดับความดันจะลดลง โดยความดันซิสโตลิก จะลดลง 4-8 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกจะลดลงเล็กน้อย

3.2) การลดการสูบบุหรี่ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อยๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบุหรี่หลายมวนก็จะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ช้าลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด

บางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งอิพิเนพริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะหลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว (พีระ บวรณะกิจเจริญ, 2553) เพิ่มไขมันในเส้นเลือด และการสูบบุหรี่ เป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Chobanian et al., 2003)

3.3) การลดการดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง เนื่องจากในชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังมีคาเฟอีนอยู่ ซึ่งคาเฟอีนจะมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างเฉียบพลัน (Chobanian et al., 2003) โดยจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และจากรายงานการศึกษาในผู้ดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่าจะทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาทีและจะคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง

4) พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดและการพักผ่อน ภาวะเครียดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างเฉียบพลัน (JNC 7, 2003) เพราะเมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้มีการหลั่งฮอว์โมนอิพิเนพรินซึ่งจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารเรนนินส่งผลให้หลอดเลือดหดตัวและต่อมหมวกไตสร้างสารอัลโดสเตอโรน ทำให้การดูดซึมโซเดียมกลับเข้าสู่กระแสเลือดทำให้มีปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ การจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเน้นในเรื่องการลดสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดความเครียด และต้องให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม การจัดการกับความเครียดสามารถทำได้ด้วยตนเองและดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวันแล้ว ได้แก่ การหางานอดิเรกที่ชื่นชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสืออ่านเล่น ดูหนัง ฟังเพลง การเล่นกีฬาชนิดต่างๆ เข้าวัดฟังธรรม การท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจกับเพื่อนๆ หรือคนในครอบครัว ซึ่งไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

5) พฤติกรรมด้านการรับประทานยา ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความดันโลหิต คือ ลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total Peripheral Resistance) เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac Output) และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับความรู้สึก (Baroreceptor Reflex) เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือด สามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่างๆ ซึ่งการใช้ยานี้ แพทย์ผู้รักษาจะเลือกยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งต้องมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติจึงพบว่าผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการลืมรับประทานยา หุดยา ลดหรือเพิ่มยาเอง

2.1.5 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเชื่อว่าเกิดจากพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องรับรู้ภาวะสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ (รัตนา โสจะยะพันธ์, 2552)

1) ความเข้าใจตนเองในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การเข้าใจตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจ พฤติกรรมเดิม หรือประสบการณ์มีผลต่อการรับรู้การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และบุคคลจะมีพฤติกรรมหรือกระทำในสิ่งที่เชื่อว่าก่อให้เกิดผลดี ซึ่งการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพล ต่อการปฏิบัติโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ พฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติว่าอาจเกิดอุปสรรคอะไรบ้างในการปฏิบัติพฤติกรรม

2) ความสามารถในการวิเคราะห์ส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน/แต่ละมื้ออาหาร อาหารเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่เชื่อมโยงไปสู่โรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องสามารถวิเคราะห์อาหารที่จะรับประทานได้ว่ามีอะไรเป็นส่วนประกอบบ้างมีสารอาหารอะไรบ้าง เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในแต่ละวันแต่ละมื้ออาหาร

3) ความสามารถในการวิเคราะห์ปริมาณและพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องให้ความสนใจกับพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหาร และพลังงานที่ใช้ในแต่ละวันในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน ซึ่งพลังงานที่ใช้กับพลังงานที่ได้รับควรสมดุลกันเพราะหากพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารมีมากกว่าพลังงานที่ใช้ไปจะทำให้อ้วน และมีผลต่อความดันโลหิต แต่ถ้าพลังงานที่ได้รับน้อยเกินไปไม่สมดุลกับพลังงานที่ใช้ไป ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

4) บทบาทของบุคคลในครอบครัวที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเรื่องอาหาร พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับอาหารตั้งแต่การเลือกซื้ออาหาร วิธีการประกอบอาหาร การรับประทานอาหาร มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงและได้รับอิทธิพลจากครอบครัว ดังนั้นการเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารของบุคคลจึงต้องทราบพฤติกรรมของครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้ที่มีบทบาทและมีอิทธิพลในการตัดสินใจเรื่องเงิน เรื่องอาหารของคนในครอบครัวและลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเพื่อใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5) ความเข้าใจเหตุผลของการกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่ส่งผลต่อระบบ และอวัยวะของร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นและการทำให้เกิดความเข้าใจ เหตุผลของการกระทำที่มีต่อระบบและอวัยวะในร่างกายซึ่งส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง เชื่อว่าทำให้เกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เช่น

(1) การรับประทานเกลือมากเกินไป ทำให้มีการคือน้ำกลับมานในเส้นเลือดได้มากทำให้ ปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันสัตว์ ทำให้ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดเกิดการแข็งตัว และเกิดการตีบตัน เลือด ไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

(2) การออกกำลังกาย ทำให้มีการหลั่งสารชนิดหนึ่งทำให้บุคคลมีความสุข และช่วยเพิ่ม ไขมันตัวที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

(3) อารมณ์เครียดทำให้ร่างกายหลั่งสารชนิดหนึ่งที่ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและเกิดแรงตึงกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น

(4) การดื่มสุราปริมาณมากอย่างต่อเนื่องทำให้หลอดเลือดถูกกด หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น และยังขัดขวางการเผาผลาญไขมันในร่างกาย

(5) บุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้ผลิตสารที่ทำให้หลอดเลือด หดตัวทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

(6) ความสามารถในการจัดการต่อปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ สิ่ง สำคัญ ที่สุดในการดำรงชีวิต คือ ความสามารถในการปรับตัวหรือพลังงานในการปรับตัว ซึ่งแตกต่างกัน ในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูงจะสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์หรือพลังงานใน การปรับตัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้สูงสุด ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวปานกลางหรือต่ำจะมีความบกพร่องในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูง

สรุปได้ว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายใน การบำบัดโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงกับความดันโลหิต ปกติมากที่สุด หรือให้ได้ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนิน ชีวิตประจำวันให้ถูกต้องด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีนและการสูบบุหรี่ เพื่อเป็นการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ โรค หลอดเลือดสมองที่นำไปสู่ความพิการและการเสียชีวิต

2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึงแบบแผนความรู้สึกรู้สึกหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ ได้แก่ การรับรู้การเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม (Becker, 1974)

แนวคิดพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานจากกลุ่มพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการวิจัยแบบปรากฏการณ์นิยม (Phenomenologic orientation) และได้รับอิทธิพลจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม (Social psychologist) โดยเฉพาะ Lewin (Becker, 1974) แนวคิดทฤษฎีของ Lewin กล่าวถึงช่องว่างของชีวิต (Life space) ซึ่งประกอบด้วยอาณาเขต 3 ส่วน บางบริเวณเป็นประจวบ (Positive valent) บางบริเวณเป็นประจวบ (Negative valent) และบางบริเวณจะเป็นกลาง เมื่อใดมีสุขภาพดีจะเกิดบริเวณประจวบมากซึ่งจะดึงดูดคนให้อยู่ในช่องว่างของชีวิต แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคจะเกิดบริเวณประจวบมาก จะผลักดันให้บุคคลออกจากช่องว่างของชีวิตได้ นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีของ Lewin เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมาจากพื้นฐานการรับรู้ตนเอง สถานการณ์ที่ตนประสบ โดยพฤติกรรมถูกกำหนดจากค่านิยมที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และจากการคาดหวังว่าพฤติกรรมที่ตนจะกระทำจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังได้ จากแนวคิดทฤษฎีของ Lewin (Becker, 1974) จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่ง Rosenstock เป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลมีความเชื่อว่า 1) ตนเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตนนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรค เป็นต้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก มีองค์ประกอบดังนี้

1) ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2) การประเมินประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated behavior) โดยบุคคลจะประเมินถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามี

ประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเพียงใด โดยเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3) สิ่งชักนำให้ (Cues to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในของบุคคล เช่น การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชน ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

ต่อมา Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อ เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยร่วม (Modifying factor) ตัวแปรด้านแรงจูงใจในแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) และตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์เป็นปัจจัยร่วม ดังนั้นองค์ประกอบในการอธิบายและการทำนายพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) คือ

1) การรับรู้ของบุคคล (Individual perceiving) การประกอบกรรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรู้แรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat)

2) ตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วม (Modifying factors) ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) เป็นลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychologic variables) ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม แรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ที่บุคคลมีความมีความเชื่อ สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติ แหล่งที่ให้คำแนะนำ และปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ระยะเวลาของการเป็นโรค การสัมผัสหรือการรับเชื้อมาก่อน เป็นต้น

3) ปัจจัยที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นปัจจัยชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมซึ่งจะมีทั้งปัจจัยภายใน (Internal cues) เช่น การรับรู้สุขภาพของร่างกาย และความไม่สบาย ความรู้สึกเมื่อยล้า การรับรู้และตระหนักถึงสุขภาพของบุคคลที่ใกล้ชิดที่เจ็บป่วย เป็นต้น และปัจจัยภายนอก (External cues) เช่น การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ การได้รับคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ไปรษณียบัตรหรือสื่อต่างๆ บทความทางหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เป็นต้น

4) ปัจจัยแนวโน้มต่อการกระทำพฤติกรรม (Likelihood of action) ประกอบด้วยกรรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)

2.2.1 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ประกอบด้วย

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) คือความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ดังนั้นเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยโรคหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน จากการศึกษารายงานการวิจัยของกรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดกิจกรรมค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษา รายงานการวิจัยของ ศิริวรรณ รักษาใจ (2552) เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้คุณค่าการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ดูแลบุตรวัยทารกที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่ามารดาที่มีการรับรู้การเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร ทำให้มารดาเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) คือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อการประเมินผลความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาของรัตน เจริญอินทร์ (2550) พบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค และการศึกษาของเกศกนก เข้มคง (2550) พบว่าการได้รับคำแนะนำ การเตือนจากเจ้าหน้าที่ ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การคุกคามจากโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อตนเอง สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลต่อประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคซึ่งก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นจากการศึกษารายงานการวิจัยของอรุณีย์ ศรีนวล (2548) เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนในกลุ่มเสี่ยงอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานดีขึ้น

4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความไม่สะดวกในการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางและทำให้พฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และการสนับสนุนทางสังคมยังมีส่วนต่อการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรคที่ถูกต้องซึ่งเป็นการลดอุปสรรคลง (รัตนา เรือนอินทร์, 2550) ถ้าบุคคลรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) เป็นความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่ช่วยสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นอาจเป็นสิ่งเร้าภายในของบุคคล เช่น ระดับความสนใจห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการมีสุขภาพที่ดี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตที่ดี เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว โดยการประเมินแรงจูงใจของบุคคลสามารถวัดได้ จากความต้องการ หรือความตั้งใจของบุคคลร่วมมือในการรักษาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ใจเพชร พลสงคราม, 2549) พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพหรือของ

หัวหน้าครอบครัว มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงจูงใจของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงสนับสนุนที่มีผลต่อการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวในการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6) ปัจจัยร่วม (Modifying and enabling factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านโครงสร้าง ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดโรค แหล่งที่ให้คำแนะนำ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ แรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เป็นความรู้สึกลึกซึ้งที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการแสดงบทบาทร่วมกันดำเนินไปด้วยความราบรื่น จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแผนการรักษา จากการศึกษาเกี่ยวกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของศิริธรณ์ นนทะโมลี (2551) เรื่องผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับทราบข้อมูลที่ต้องการ ได้มีโอกาสเสนอความต้องการและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอิสระ ครอบครัวและผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับ บริบทของครอบครัวตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักในความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

สรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำมาใช้อธิบายและทำนายเกี่ยวกับบุคคลในด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี โดยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะผลักดันให้บุคคลเล็งต่อภาวะคุกคามของโรคทำให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ รู้จักเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด โดยเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพยังช่วยสนับสนุนชักนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น

2.3 รูปแบบการบริการการพยาบาล

2.3.1 การบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการปฏิบัติ

การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่มุ่งสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูง ที่เกิดจากระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ซึ่งมีผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ป่วย ประกอบกับการได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ และคำแนะนำจากบุคคล ซึ่งการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทางสุขภาพเชิงการป้องกันตามที่ได้รับคำแนะนำ ทั้งนี้ต้องนำการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสถานะของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรม เพื่อให้รู้ถึงสถานะการเจ็บป่วย โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและผลที่ทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองแตก

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตจากพฤติกรรมสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต พยาบาลวิชาชีพสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยทราบถึงการป้องกันการเกิดโรคจากพฤติกรรมปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ประโยชน์และอุปสรรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อค้นหาสิ่งที่ปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งตัวชี้วัดของการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 การตกลงร่วมกันเพื่อการปฏิบัติทางสุขภาพเชิงป้องกันในการทำให้ระดับความดันโลหิตคงที่หรือไม่สูงเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันหาวิธีการปฏิบัติกิจกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แสดงถึงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน และแตก

2.3.2 การบริการการพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน

รูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การซักประวัติอาการและประวัติการเจ็บป่วย วัดความดันโลหิต ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากพยาบาลรายบุคคลตามสภาพปัญหาและความต้องการ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง พบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาและได้รับคำแนะนำจากแพทย์ขณะตรวจตามสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย แล้วนัดมาตรวจทุก 2-3 เดือน การปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดครั้งนี้ขึ้นอยู่กับเวลาและการกระทำของพยาบาลแต่ละคนการประเมินผลการดูแลยังไม่เป็น

แบบแผนที่ชัดเจน ทั้งด้านความรู้หรือความสามารถในการที่ผู้ป่วยจะจัดการดูแลตนเอง การบริการยังเน้นการบริการแบบยึดขั้นตอนการทำงาน เนื่องจากมีผู้ป่วยรอคิวตรวจจำนวนมาก ทำให้การค้นหารายละเอียดด้านพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สำคัญของผู้ที่มารับบริการ ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญในการตัดสินใจให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมลดน้อยลง เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนเข้ารับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล

2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง การเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ให้ได้ตามปกติตามความสามารถที่จะทำได้ รวมถึงสามารถใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหา (Coping strategies) หลายๆ วิธี ในการเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้ มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง (Kanfer & Goldstein, 1991)

แนวคิดการจัดการตนเอง (self - management) ที่เสนอโดย Kanfer and Goldstein (1991) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่สนใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยมีความเชื่อพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคล มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การสร้างให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองต้องมีความรับผิดชอบต่อการรักษา ต้องได้รับการกระตุ้นอย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากบุคลากรทางสุขภาพ เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) ช่วยให้ผู้รับบริการมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านการจัดการกับอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติของการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา 3) เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แนวคิดการจัดการตนเองเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองที่จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพดีและเกิดความผาสุกในการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การจัดการตนเองสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่บุคคลพิจารณาที่จะจัดการกับสุขภาพที่ตนเองประสบอยู่ในขณะนั้น หาแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นอยู่ ประเมินและพยายามหาทางต่อสู้กับอาการต่างๆด้วยตนเอง

อาจสรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การจัดหาวิธีการของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

2.4.1 กลวิธีการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive theory) ได้มีนักวิชาการได้เสนอกลวิธีที่จะส่งเสริมการจัดการตนเองที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่ง Kanfer and Hagerman (1981) ได้เสนอกลวิธีการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวข้องกับ การกำหนดมาตรฐาน การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง ดังนี้

1) การกำหนดมาตรฐาน คือ สิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จให้ความสนใจในคุณค่าและคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ซึ่งระดับความยากง่ายนั้นรวมถึงระดับความความยากง่ายในด้านของการรับรู้ของผู้สูงอายุนั้น ความยากง่ายในมาตรฐานที่เป็นจริงหรือระดับความถูกต้องที่ต้องการจากเป้าหมาย เช่น การตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจนของการสูบบุหรี่ว่า “หยุดสูบบุหรี่” ซึ่งการตั้งเป้าหมายการหยุดสูบบุหรี่ที่ชัดเจนนั้นควรตั้งว่า “งดสูบบุหรี่ภายในระยะเวลา 6 เดือน”

การกำหนดเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายอาจจะไม่นำไปสู่ความสำเร็จ ถ้าเป้าหมายนั้นขัดแย้งกับเป้าหมายอื่น เช่น การงดสูบบุหรี่จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หรือจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียดทำให้ต้องสูบบุหรี่อีก การตั้งเป้าหมายสามารถจูงใจให้เกิดปฏิบัติได้สูงกว่าการไม่มีการตั้งเป้าหมาย

การตั้งเป้าหมายสามารถตั้งโดยเจ้าหน้าที่หรือร่วมกันกับผู้ป่วยหรือผู้ป่วยเป็นคนตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง ได้มีผู้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการตั้งเป้าหมายเองหรือมีผู้ตั้งเป้าหมายให้ หากเป็นเป้าหมายที่ได้รับการยอมรับต่อเป้าหมายจากผู้ป่วย ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายเอง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้าทายต่อเป้าหมายนั้นน้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีความคาดหวังว่า เขาสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และเป้าหมายที่ตั้งนั้นอาจจะโดยขาดพื้นฐาน ยากหรือยากเกินไป การตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนั้นจะทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมายและยอมรับเป็นพันธะผูกพันต่อเป้าหมายนั้น ส่วนการกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยนั้น ผู้ที่ให้คำปรึกษาจะรับรู้ถึงอุปสรรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและทราบว่าผู้ป่วยจะต้องจัดการอย่างไรกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ การศึกษางานวิจัยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเองต่อปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ด้านการตั้งเป้าหมายสูงกว่าหลังใช้รูปแบบการพยาบาลแบบหน้าที่ แสดงว่า ผู้ป่วยมีการกำหนดความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากที่สูงขึ้น (กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น, 2552)

2) การติดตามตนเอง เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึกปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการ การกำกับตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังตนที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัวและมีสติ

2.1) ประโยชน์ของการติดตามตนเองมี 2 ประการ ดังนี้

(1) การให้ข้อมูลแก่ตนเอง การสังเกตพฤติกรรมตนเอง ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ การบันทึกพฤติกรรมตนเอง ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมไปในทิศทางใด มีระดับมากน้อยแค่ไหน พฤติกรรมตรงตามเกณฑ์ที่จะเสริมแรงตนเองหรือไม่

(2) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสังเกตพฤติกรรมอย่างรอบคอบ ทำให้บุคคลระมัดระวังตัว และจะแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายได้ ถ้าบุคคลทราบว่าพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมาย หรือมาตรฐานที่วางไว้ บุคคลก็จะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2.2) ประสิทธิภาพการติดตามตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนี้

(1) ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม มักจะพบเสมอว่า เพียงแต่บอกให้ผู้เข้ารับการบำบัดหรือผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมนั้น บันทึกพฤติกรรมตนเองก็ไม่ได้หมายความว่าจะได้ข้อมูลที่แม่นยำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลที่จะเกิดขึ้นจากข้อมูลที่บันทึกได้ ถ้าข้อมูลที่ได้จะมีผลต่อการเสริมแรงความแม่นยำของการบันทึกก็จะน้อยลงเพราะข้อมูลที่ได้นั้นมักจะสูงกว่าความเป็นจริง จึงได้มีความพยายามที่จะหาทางให้การบันทึกพฤติกรรมตนเองมีความแม่นยำมากขึ้น โดยการให้การเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรม ซึ่งกระทำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากผู้อื่นสังเกต ถ้าตรงกันก็จะได้รับการเสริมแรง

(2) ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม การติดตามตนเองอาจจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมตนเองหรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

(3) ความง่ายของงาน หรือพฤติกรรมที่กระทำ การติดตามตนเอง จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ง่าย

2.3) ขั้นตอนในการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

- (1) เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน
- (2) จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน
- (3) กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

- (4) ทำการสังเกตและบันทึก
- (5) แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน
- (6) วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

2.4) ข้อดีของการกำกับตนเอง สรุปได้ดังนี้

(1) เป็นการเปลี่ยนความรับผิดชอบ ในการรวบรวมข้อมูล และการปรับพฤติกรรม ไปให้แก่ผู้ที่จะรับการปรับพฤติกรรม แทนที่จะเป็นความรับผิดชอบของนักปรับพฤติกรรมแต่เพียงผู้เดียว ผู้ถูกปรับพฤติกรรมก็จะได้ใช้ความพยายามมากขึ้น โอกาสที่โปรแกรมจะประสบความสำเร็จก็ย่อมจะมีมากขึ้น

(2) ทำให้ผู้ถูกปรับพฤติกรรมนั้นเกิดความตระหนัก ถึงพฤติกรรมของตนเองว่า เป็นอย่างไร มีผลกระทบต่อใครบ้าง ความตระหนักในตนเองจะช่วยทำให้พฤติกรรมของบุคคล เปลี่ยนไป

(3) การสังเกต และการบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้น ถ้าได้รับการฝึกจนเกิดความเคยชินแล้ว ก็อาจสามารถนำมาใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการตนเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2005) ใช้แนวคิดการจัดการตนเองโดยพัฒนาโปรแกรมเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าน้ำตาลสะสมลดลง

3) การประเมินตนเอง เป็นขั้นตอนของการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองนั้นๆ กับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง จากการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550)

4) การให้แรงเสริมตนเอง เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเอง เมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ

4.1) การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมแรงทางบวกและทางลบ

(1) การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม อันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งภายหลังพฤติกรรมนั้น สิ่งที่ทำให้ภายหลังพฤติกรรมนั้นเรียกว่า “ตัวเสริมแรง”

(2) การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม อันเป็นผลเนื่องมาจากการแสดงพฤติกรรมนั้น แล้วสามารถอดถอนหรือหลีกเลี่ยงพ้นจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนาได้

4.2) ประเภทของตัวเสริมแรงแบ่งเป็นหลายประเภท ดังนี้

(1) ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพกับเด็กมาก เนื่องจากเป็นตัวเสริมแรงที่ประกอบไปด้วยอาหาร ของที่เสพได้และสิ่งของต่างๆ เช่น ขนม ของเล่น เสื้อผ้า น้ำหอม รถยนต์

(2) ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcers) แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ เป็นคำพูด และเป็นการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้หรือการสัมผัส

(3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity reinforcers) กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่สูงสามารถนำไปเสริมแรงกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความถี่ต่ำได้ เช่น การได้รับอนุญาตให้ไปวิ่งที่สนามหญ้า อาจจะใช้เสริมแรงต่อพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่อย่างเงียบๆ

(4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยยรรดกร (Token reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงได้เมื่อสามารถนำไปแลกเป็นตัวเสริมแรงอื่นๆ ตัวเสริมแรงที่นำไปแลกได้นั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรงสนับสนุน เบี้ยยรรดกรมักจะอยู่ในรูปของเบี้ยเลี้ยง แด้ม ดาว แสตมป์หรือคูปอง

(5) ตัวเสริมแรงภายใน (Covert reinforcers) ตัวเสริมแรงภายในนี้ครอบคลุมถึงความถี่ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุขหรือความภาคภูมิใจ

ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ การจัดการตนเองสามารถนำวิธีการเสริมแรงมาใช้ได้หลายวิธีแต่วิธีที่ดีคือ เป็นวิธีที่ง่ายและตนเองมีความรู้สึกลงว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี สิ่งสำคัญคือ แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเอง เพราะผู้อื่นไม่สามารถ ทราบว่าบุคคลนั้นมีความต้องการเสริมแรงหรือไม่ ในการเสริมแรงวิธีที่ดีที่สุดต้องเสริมแรงทันที

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถดูแลตนเองได้ และมีพฤติกรรม หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน การติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีทักษะในการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสมกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงใกล้เคียงระดับความดันโลหิตปกติ (สุกัษร ชมพู, 2551) Chodosh et al. (2005) ได้วิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุนาน 53 เรื่อง พบว่าการจัดการตนเองทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น คือ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก

ลง 5 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 4.3 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 การดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living)

Hafen (1981) ให้ความหมายของแบบแผนการดำเนินชีวิตว่า หมายถึง แบบแผนของชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหารที่บริโภค เส้นทางที่ไปทำงาน ยา บุหรี่ สุรา งานอดิเรก กีฬา ซึ่งล้วนมีผลต่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อสุขภาพ เป็นต้น และลักษณะที่สองคือ การปฏิบัติที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ หรือได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เป็นต้น

การดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติตนเป็นประจำสม่ำเสมอในแต่ละวัน กิจกรรมประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การขับถ่าย เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับมนุษย์ที่ทุกคนจะต้องปฏิบัติให้แก่ตนเอง เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (รุ่งนภา เรือนแก้ว, 2544)

สรุปได้ว่าการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมที่แต่ละบุคคลเลือกมาปฏิบัติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันตามความต้องการของตนเอง และได้รับอิทธิพลจากสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพได้

2.5.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี บุคคลจำเป็นต้องมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยไม่ให้เกิดความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับใด ซึ่งผู้ป่วยจะคิดและตัดสินใจด้วยตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแนวทางการรักษา สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับงานวิจัยครั้งนี้คือการควบคุมอาหาร การใช้พลังงาน และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิตที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

2.6 ความสัมพันธ์ของรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเป็นโรคที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีการพัฒนามาจากภาคเกษตรกรรมมาเป็นภาคอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น สังคมเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ทำให้วิถีความเป็นอยู่ของประชากรไทยเปลี่ยนตามประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นที่ยอมรับว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย พฤติกรรมดำเนินชีวิตที่สำคัญที่จะต้องปรับเปลี่ยนจะช่วยลดระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะเป้าหมายอื่นๆ มิให้เสียหายอย่างกลับคืนไม่ได้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นความเชื่อด้านสุขภาพที่สามารถนำมาอธิบายและทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลในด้านเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็น ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการปฏิบัติการบริการการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่มุ่งสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ซึ่งมีผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ป่วย ประกอบกับการได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ และคำแนะนำจากบุคคลซึ่งการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทางสุขภาพเชิงการป้องกันตามที่ได้รับคำแนะนำ ทั้งนี้ต้องนำการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคเข้าร่วมพิจารณาด้วย เมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีมากกว่าอุปสรรค โอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมก็จะมากและเป็นตัวแรงให้เกิดพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ (Becker, 1974) ดังนั้นการที่จะควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องมีการค้นหาพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาทางสุขภาพอยู่ตลอดเวลา การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ แนวคิดการจัดการตนเองเป็นการเพิ่มความสามารถและทักษะในการควบคุม

อาการของโรคด้วยตนเองไม่ให้กำเริบหรือทวีความรุนแรงขึ้นตามแนวคิดของ Kanfer (1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน การติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน หากมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงได้ แม้ว่าการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจะก่อให้เกิดประโยชน์เพราะว่าเป็นวิธีที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ประสิทธิผลของการปฏิบัติดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของแต่ละบุคคลและการสร้างความเชื่อมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อโรคและพฤติกรรมดังกล่าว (เพ็ญจันทร์ เสรวิวัฒนา, 2552) ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีน้อย ดังนั้น หากมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะมีการดำเนินชีวิตในประจำวันที่ดี สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้ ทำให้สามารถมีชีวิตอยู่กับภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างปกติและสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้

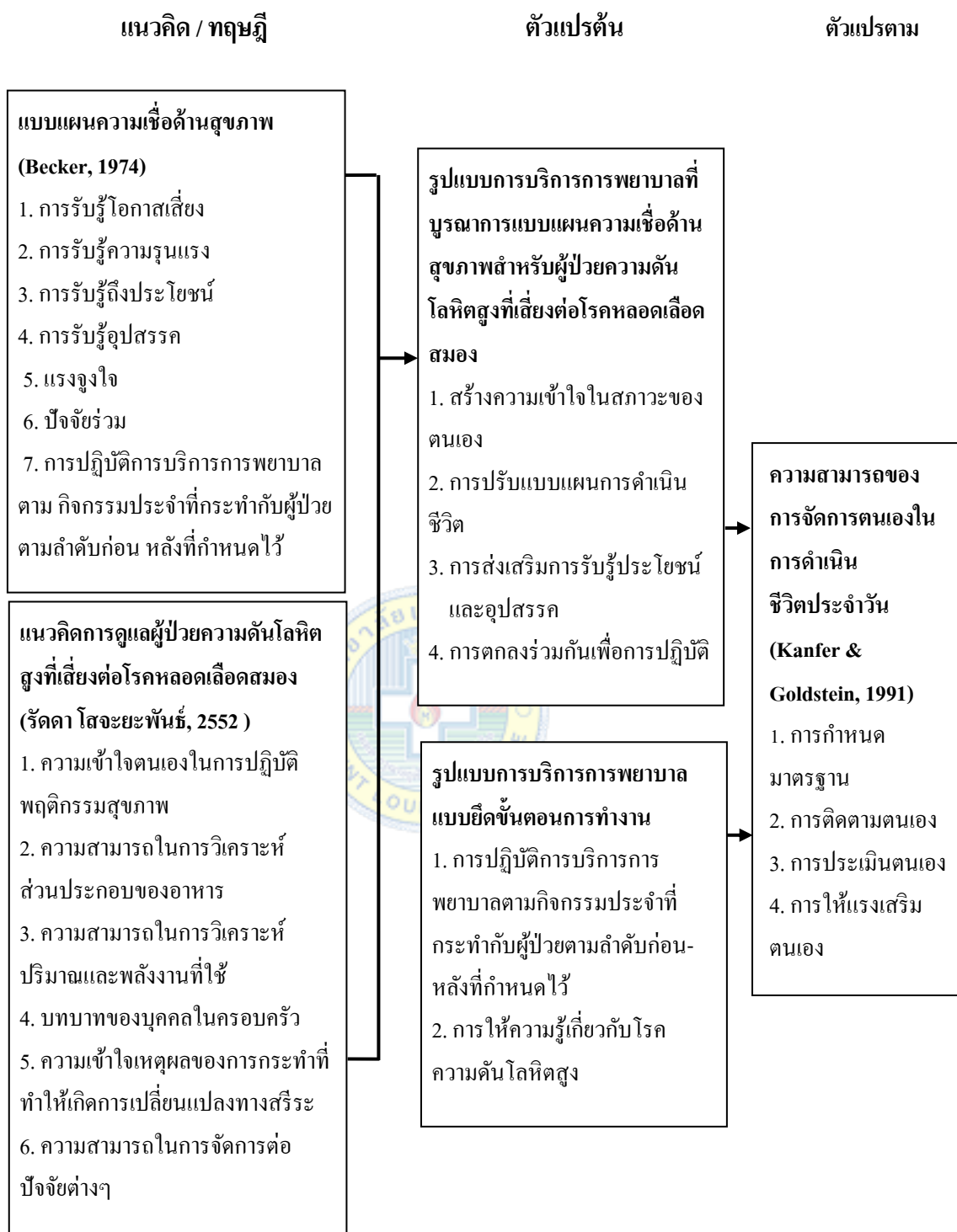
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเพื่อควบคุมความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ปัจจุบันมีแนวทางที่สามารถลดความดันโลหิตได้หลายทาง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตน การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเองทำให้มีความยินดีที่จะปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจไม่ได้ผลเต็มที่หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วย ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่ง Becker (1974) มีแนวคิดว่าการรับรู้ภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้องโดยการให้ความรู้และมีการเปลี่ยนทัศนคติความเชื่อจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) คือ การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน การติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการให้แรงเสริมตนเองใน

การดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแนวทางในการศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการขึ้น หากผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองตามแนวทางการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและลด ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two – Group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออก

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอรัญประเทศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

1) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 10 ราย และ กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติที่กำหนด จากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 10 ราย

2) เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย

2.1) เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยนอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

(2) อายุ 40 - 65 ปี เพศหญิง

(3) มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 ข้อ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด

(4) สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

(5) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2.2) เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อ จะพิจารณาคัดออก

(1) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมการวิจัย

(2) ผู้ป่วยแสดงความต้องการขอออกจากการวิจัยครั้งนี้

(3) ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

3) ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว จะทำการจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 ราย โดยกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน กลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3.1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอรัญประเทศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

(1) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน ผู้วิจัยสัมภาษณ์เก็บข้อมูล บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุม แต่ละคนระหว่างวันที่ 30 เมษายน - 17 มิถุนายน 2556 จนครบ 10 ราย

(2) กลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมารับ การตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์เก็บ

ข้อมูล บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแต่ละคน จับคู่ตามคุณสมบัติให้ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม - มิถุนายน 2556 จนครบ 10 ราย

3.2) การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched Pair) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยให้แต่ละคู่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด คือมีเพศเดียวกัน และอายุอยู่ในช่วงเดียวกันกำหนดช่วงห่างของอายุไม่เกิน 5 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้วและคัดเลือกกลุ่มควบคุมที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ดำเนินการวิจัยไปพร้อมๆ กันทั้งสองที่และจัดให้เข้ากันเป็นคู่ไปเรื่อยๆ จนครบ 10 คู่ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ

คู่ที่	กลุ่ม	เพศ	อายุ
1	ควบคุม	หญิง	42
	ทดลอง	หญิง	44
2	ควบคุม	หญิง	54
	ทดลอง	หญิง	54
3	ควบคุม	หญิง	56
	ทดลอง	หญิง	54
4	ควบคุม	หญิง	59
	ทดลอง	หญิง	54
5	ควบคุม	หญิง	60
	ทดลอง	หญิง	56
6	ควบคุม	หญิง	61
	ทดลอง	หญิง	57
7	ควบคุม	หญิง	61
	ทดลอง	หญิง	58
8	ควบคุม	หญิง	63
	ทดลอง	หญิง	59

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่ม	เพศ	อายุ
9	ควบคุม	หญิง	64
	ทดลอง	หญิง	60
10	ควบคุม	หญิง	64
	ทดลอง	หญิง	64

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 10)		รวม (n = 20)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ							
	หญิง	10	100	10	100	20	100
อายุ							
	40-44 ปี	1	10	1	10	2	10
	50-54 ปี	1	10	3	30	4	20
	55-59 ปี	2	20	4	40	6	30
	60 -64 ปี	6	60	2	20	8	40
สถานภาพสมรส							
	คู่	9	90	9	90	18	90
	หม้าย	1	-	1	10	2	10
ระดับการศึกษา							
	ประถมศึกษา	9	90	10	100	19	95
	มัธยมศึกษา	1	10	-	-	1	5
อาชีพ							
	ค้าขาย	5	50	3	30	8	40
	รับจ้าง	3	30	6	60	9	45
	แม่บ้าน	2	20	1	10	3	15

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย และภาวะเครียด

กลุ่ม ทดลอง	ปัจจัยเสี่ยง				
	ระดับ	ระดับ	ดัชนีมวลกาย	ขาดการออก	มีภาวะ
	ความดันโลหิต (มากกว่า 140/90 mmHg)	คอเลสเตอรอล (มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	(มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร ²)	กำลังกาย	เครียด
1	168/90	219	32	✓	-
2	157/85	229	19.6	-	✓
3	159/81	132	37.5	✓	-
4	149/84	237	28.8	✓	-
5	159/86	151	30.4	✓	✓
6	152/84	161	30.8	✓	-
7	148/90	228	32	✓	-
8	150/82	178	26.8	-	✓
9	162/92	157	31.6	-	✓
10	152/90	225	21.9	✓	-

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

1.2) สรุปสาระสำคัญของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) บทบาทและกิจกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ นำแนวคิดทั้งหมดบูรณาการเข้าด้วยกัน สร้างเป็นตารางแสดงกิจกรรมการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ตารางที่ 4) โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำ



ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
1. ความเข้าใจตนเองในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องเข้าใจตนเองว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นอยู่จริง ณ เวลานั้นๆ พฤติกรรมใดที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ - การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพ	- ความเข้าใจตนเองในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เมื่อบุคคลป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องการการรับรู้ภาวะอันตรายของโรคที่เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรค ซึ่งความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจึงต้องการคำแนะนำและการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ	กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสถานะของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
	หรือผลกระทบจากการเกิดโรคการประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค	ขณะมารับบริการ พยาบาลวิชาชีพจึงควรศึกษาปัญหาของผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการพูดคุยเพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นและความต้องการของผู้ป่วย มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง วัดระดับความดันโลหิต การซักประวัติการดื่มสุรา การสูบบุหรี่และปัญหาการเจ็บป่วยแล้วนำปัญหาไปวางแผนร่วมกับผู้ป่วยถึงวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
2. ความสามารถในการวิเคราะห์ส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน/แต่ละมื้อ อาหารเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เชื่อมโยงไปสู่โรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องสามารถวิเคราะห์อาหารที่จะรับประทานได้ว่ามีอะไรเป็นส่วนประกอบเลือกรับประทานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในแต่ละวันและแต่ละมื้ออาหาร	- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะให้หายหรือไม่หายจากโรคนั้นๆ โดยเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย	- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะให้หายหรือไม่หายจากโรคนั้นๆ โดยเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ มีสารอาหารอะไรเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกรับประทานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในแต่ละวัน เช่นการลดปริมาณเกลือในอาหารสามารถลดหรือควบคุมไม่ให้ความดันโลหิตสูง ควรแนะนำไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มปรุงที่มีรสเค็ม ใส่น้ำมันอาหารหมักดองและแต่ละมื้อ อาหารพยาบาลจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการแนะนำถึงพฤติกรรมในการรับประทานอาหารของ	กิจกรรมที่ 2 การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตจากพฤติกรรมสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
		ผู้ป่วยโดยครอบคลุมในเรื่อง การประกอบอาหารของตากแห้ง ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว และบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวแทน การได้รับสารอาหารตามหลักโภชนาการ และปริมาณของอาหารที่ควรได้รับต่อวัน ร่วมกับแนะนำให้บริโภคผัก ผลไม้	
3. ความสามารถในการวิเคราะห์ปริมาณและพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องให้ความสนใจกับพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารและพลังงานที่ใช้ ในแต่ละวัน ในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน ซึ่งพลังงานที่ใช้กับพลังงานที่ได้ควรสมดุลกัน เพราะหากพลังงาน	- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) ดังรายละเอียดข้างต้น	- ความสามารถในการวิเคราะห์ปริมาณและพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวันต้องมีความสมดุลกันเพราะหากพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารมีมากกว่าพลังงานที่ใช้ไปจะทำให้มีน้ำหนักที่มากเกินไปจนการแนะนำถึงเรื่องพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารควรต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการพลังงาน มีความความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน	กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
มากกว่าพลังงานที่ใช้ไปที่ได้รับจากการรับประทานอาหาร จะทำให้อ้วนและมีผลต่อความดันโลหิต แต่ถ้าพลังงานที่ได้รับน้อยเกินไปไม่สมดุลกับพลังงานที่ใช้ไปทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย		ควรได้รับคำแนะนำและกระตุ้นเตือนให้ลดน้ำหนัก ด้วยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และ สม่ำเสมอโดยพยาบาลสาธิตการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือว่ายน้ำ แนะนำให้ออกกำลังกายตามลำดับค่อยๆ ปรับเพิ่มความหนักและเวลาเพื่อให้ร่างกายสามารถปรับตัวได้ ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยในการขยายตัวของหลอดเลือด ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังการออกกำลังกายทันทีและคงอยู่นานช่วยให้ความดันโลหิตลดลง	
4. บทบาทของบุคคลในครอบครัวที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเรื่องอาหาร พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับอาหาร ตั้งแต่การเลือกซื้ออาหาร วิธีการประกอบอาหาร การรับประทาน มีผล	- แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ที่ช่วยสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นอาจเป็นสิ่งเร้า	- ความสนใจห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อการควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตที่ดี มีอิทธิพลในการตัดสินใจเรื่องอาหาร ตั้งแต่การเลือกซื้ออาหาร วิธีการประกอบอาหาร	กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตจากพฤติกรรมสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของระดับ

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
ต่อโรคความดันโลหิตสูง และได้รับอิทธิพลจากครอบครัว ดังนั้นการเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารของบุคคล จึงต้องทราบพฤติกรรมของครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้มีบทบาทและมีอิทธิพลในการตัดสินใจเรื่องเงิน เรื่องอาหารของคนในครอบครัวและลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เพื่อใช้ในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม	ภายในตัวบุคคล เช่น ระดับความสนใจ ห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการมีสุขภาพ ที่ดี ความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อการควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตที่ดี หรือสิ่งรบกวนนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำ ของสมาชิกในครอบครัว ผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค - การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) โดยการประเมินแรงจูงใจของบุคคล สามารถวัดได้จากความต้องการ หรือความตั้งใจของบุคคลร่วมมือในการรักษาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน	การรับประทาน ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอิทธิพลจากครอบครัว ดังนั้น การเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารของบุคคลจึงต้องทราบพฤติกรรมของครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้มี บทบาทและมีอิทธิพลในการตัดสินใจเรื่องเงิน เรื่องอาหารของคนในครอบครัวและลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ความดันโลหิต

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
5. ความเข้าใจเหตุผลของการกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่ส่งผลต่อระบบและอวัยวะของร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นและการทำให้เกิดความเข้าใจเหตุผลของการกระทำที่มีต่อระบบและอวัยวะในร่างกายซึ่งส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง เชื่อว่าทำให้เกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานอาหาร โดยการลดอาหารมันและเค็ม การควบคุมน้ำหนักการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่	- การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความไม่สะดวกในการมารับ	- ความเข้าใจเหตุผลของการกระทำที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่ส่งผลต่อระบบและอวัยวะของร่างกาย โดยการใช้สื่อบุคคลที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในทั้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองได้บ้างเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสูงหรือญาติที่ดูแลถึงวิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน พยาบาลเจ้าของไข้มีการสรุปเน้นประเด็นความรุนแรงของโรคภายหลัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เป็นจริง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้น และการทำให้เกิดความเข้าใจเหตุผลของการกระทำที่มีต่อระบบ	กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสภาวะของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
	บริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าบุคคลรับรู้ว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้	และอวัยวะในร่างกายซึ่งส่งผลให้เกิดโรค ชักงูให้เกิดความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นอยู่ การรับประทานเกลือมากเกินไปทำให้มีการคูดน้ำกลับมาในเส้นเลือดได้มากทำให้ปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อาหารที่มีไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันสัตว์ ทำให้ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดเกิดการแข็งตัว และเกิดการตีบตันเลือดไหลเวียนไม่สะดวกทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การออกกำลังกายทำให้มีการหลั่งสารชนิดหนึ่ง ทำให้บุคคลมีความสุขและช่วยเพิ่มไขมันตัวช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	ที่สัมพันธ์ความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
		อารมณ์เครียดทำให้ร่างกายหลังสารชนิดหนึ่งที่ ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและเกิดแรงดึงกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น การดื่มสุราปริมาณมากอย่างต่อเนื่องทำให้หลอดเลือดถูกกด หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้นและยังขัดขวางการเผาผลาญไขมันในร่างกาย บุหรี่ย สารนิโคตินในควันบุหรี่จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้ผลิตสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค	

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
6. ความสามารถในการจัดการต่อปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ สิ่งสำคัญที่สุดคือความสามารถในการปรับตัวหรือพลังงานในการปรับตัวซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูงจะสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์หรือพลังงานในการปรับตัว มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้สูงสุด ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวปานกลางหรือต่ำ จะมีความพร้อมในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูง	- แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่ช่วยสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแผน การรักษา สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นอาจ เป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ระดับความสนใจห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพความต้องการมีสุขภาพที่ดี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงความตั้งใจ ปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อการควบคุมโรค และการดำเนินชีวิตที่ดี หรือสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว โดยการประเมินแรงจูงใจของบุคคลสามารถวัดได้จากความต้องการ หรือความตั้งใจของบุคคลร่วมมือในการรักษาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ความสามารถในการจัดการต่อปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ สิ่งสำคัญที่สุด คือ ความสามารถในการปรับตัว ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการ ปรับตัวสูงจะสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้สูงสุด แหล่งประโยชน์ที่ได้รับจากพยาบาลได้แก่ การโทรศัพท์แจ้งเตือนในเรื่อง การมาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานยา การส่งไปรษณียบัตรหรือโปสการ์ดข่าวสาร หรือผลของงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการออกเยี่ยมบ้านโดยเน้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อช่วยสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อการควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตที่ดีซึ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เป็นความรู้สึกนึกคิด	กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่ 4 สร้างความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ลดการเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดในสมอง

ตารางที่ 4 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
	6. ปัจจัยร่วม (Modifying and enabling factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านโครงสร้าง ความรู้ ประสบการณ์ สัมพันธภาพจะดำเนินไปด้วยความราบรื่นก่อนให้เกิดความพึงพอใจส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ที่สัมพันธ์กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	หรือความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการแสดงบทบาทของกันและกัน ถ้ามุมมองและการคาดหวังสอดคล้องกันสัมพันธภาพจะดำเนินไปด้วยความราบรื่น ก่อนให้เกิดความพึงพอใจส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตาม	

1.3) ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมตามแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้กระบวนการเป็นเครื่องมือ ประกอบด้วยกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ที่ต้องการและสิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ เพื่อให้เข้าใจง่ายผู้วิจัยจึงจัดสร้างเป็นตารางเรียกว่า ตารางกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
การมอบหมายงาน	1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมอบให้หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก 2. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คนที่เข้ารับการอบรมเพื่อร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยบันทึกไว้ในใบมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยวันละ 1-2 คน กำหนดเวลาระหว่าง 09.00 – 11.00 น.พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน และ 13.00 – 15.00 น.พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน 3. พยาบาลวิชาชีพให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยมีกิจกรรมดังนี้ พบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 -45 นาที มีการปฏิบัติดังนี้		-ใบมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (Case assignment sheet)

ตารางที่ 5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสถานะของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพฤติกรรมเพื่อให้รู้ถึงสถานะการเจ็บป่วย โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและผลที่ทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองแตก	พบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30-45 นาที มีการปฏิบัติ ดังนี้ 1. พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นรายค้ำนี้ ด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ระดับความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของบุคคลในครอบครัวด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. พยาบาลวิชาชีพแจกแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมา เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด 3. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับผู้ป่วยเชิงเปรียบเทียบถึงการปฏิบัติพฤติกรรม เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด และพฤติกรรมที่ไปกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงและไปส่งผลต่อหลอดเลือดทำให้เกิดหลอดเลือดแตกได้ โดยใช้แผ่นภาพพลิกโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	ผู้ป่วยระบุพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและทำให้หลอดเลือดในสมองแตก	- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล - แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมาจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง - แบบบันทึกพฤติกรรมที่ ที่ผ่านมาจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง - แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมาและแนวทางการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง - แผ่นภาพพลิก “พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง”

ตารางที่ 5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
	ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด โดยมุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 4. พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้ป่วยในแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย 5. มอบสมุดคู่มือการบันทึกสำหรับผู้ป่วย การบันทึกแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติตามเวลาจริงที่บ้านเพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์) 6. พยาบาลวิชาชีพบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยไว้ในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย สำหรับใช้ในการติดตาม และกระตุ้นเตือนการบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงในแต่ละวันของผู้ป่วยโดยใช้โทรศัพท์ของหน่วยงาน		
กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตจากพฤติกรรมสู่การ	พยาบาลวิชาชีพพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 30 - 45 นาที) 1. พยาบาลวิชาชีพทบทวนเนื้อหาในสัปดาห์ที่ผ่านมาและพูดคุยซักถามวิธีปฏิบัติตามแบบแผนการดำเนินชีวิต	ผู้ป่วยเข้าใจถึงการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งสู่	- แผนภาพพลิกโรคความดันโลหิตสูง - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต	2. พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงในสัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติจริงว่าสิ่งใดถูกต้องหรือสิ่งใดไม่ถูกต้องและควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ 3. พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยพูดคุยเชิงเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วย ปฏิบัติจริงและสิ่งที่ถูกต้องโดยการชี้แจงภาพพจน์ในเรื่อง 3.1 อาหารและการคำนวณแคลอรี 3.2 การออกกำลังกายและการสูญเสียพลังงาน 3.3 อาหารทดแทนและการเทียบเคียงการออกกำลังกาย 4. พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติโดยการแบ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต และความรุนแรงที่จะเกิดหลอดเลือดในสมอง	การป้องกันการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต	- แบบประเมินการบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
	แต่กตามการรับรู้ของผู้ป่วย 5. พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับผู้ป่วยวางแผนการปรับพฤติกรรมใหม่โดยเลือกพฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยันการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน 6. พยาบาลวิชาชีพแนะนำการบันทึกการปรับพฤติกรรมแบบแผน การดำเนินชีวิตแบบใหม่ และบันทึกอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ 7. นัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 โดยมีระยะห่าง 1 สัปดาห์ 8. พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูล ในแบบบันทึกกิจกรรมสำหรับพยาบาล 9. พยาบาลวิชาชีพติดตามกระตุ้นเตือนผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในการปฏิบัติและการบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอุปสรรคที่เกิดขึ้น		
กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	พยาบาลวิชาชีพพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 (ใช้เวลา 30 - 45 นาที) 1. พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่ปฏิบัติจริงและอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้มาพูดคุยกับ	ผู้ป่วยระบุผลดีของการป้องกันเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและระบุปัญหาที่พบเพื่อนำไปปรับเปลี่ยน	- แบบบันทึกพฤติกรรมและอุปสรรคในการปฏิบัติของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ประโยชน์และอุปสรรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อค้นหาสิ่งที่ปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งตัวชี้วัดการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง	ผู้ป่วยและระบอบุคลากรที่เกิดขึ้นระหว่างการปรับเปลี่ยน แบบแผนการดำเนินชีวิต 2. พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆระหว่างการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งแนะนำถึงประโยชน์และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง 3. แนะนำการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 4. นัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 4 โดยมีระยะห่าง 1 สัปดาห์ 5. พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตแบบใหม่ และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ไว้ในแฟ้มบุคคลของผู้ป่วย	พฤติกรรมได้	- แบบบันทึกอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติพฤติกรรมและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 5 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
	6. พยาบาลวิชาชีพติดตามกระตุ้นเตือนผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในการปฏิบัติ การบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		
กิจกรรมที่ 4 การตกลงร่วมกันเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในการทำให้ระดับความดันโลหิตคงที่หรือไม่สูงเพิ่มขึ้นพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันหาวิธีการปฏิบัติกิจกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แสดงถึงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน และ แดก	พยาบาลวิชาชีพพบผู้ป่วยครั้งที่ 4 (ใช้เวลา 30 - 45 นาที) 1. พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมาร่วมวิเคราะห์กับผู้ป่วยถึงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 2. พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยวิเคราะห์ผลของการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันโรคและนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน 3. พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยร่วมกันสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในการลดระดับความดันโลหิตและการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน และ แดก บันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมสำหรับพยาบาลและ สมุดคู่มือการบันทึกสำหรับผู้ป่วย	ผู้ป่วยรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยันในการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน และ แดก	- แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย - แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดของ Kanfer and Goldstein (1991) และการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างแบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ และ 4) ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) มี 5 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมดให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้ให้ระดับคะแนน เท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนของระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 5 ระดับ รายข้อและโดยรวมใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยมีตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ผู้วิจัยใช้สูตรช่วงคะแนนชั้น = ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยระดับการแบ่ง (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2537) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนนชั้น} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับการแบ่ง}} \\
 &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80
 \end{aligned}$$

เมื่อได้ช่วงคะแนนแล้วจึงมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลคะแนน ดังแสดงรายละเอียด การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น คือ คู่มือรูปแบบบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถาม

ความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการศึกษา ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้ได้เนื้อหาที่ถูกต้องสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและครอบคลุมเนื้อหาตามขอบเขตของคำจำกัดความของการวิจัยครั้งนี้ นำข้อเสนอแนะมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาอีกครั้งเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

ผลการตรวจสอบ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้ข้อเสนอแนะการปรับสำนวนภาษาในภาคผนวก ส่วนแบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขการใช้สำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมีความหมายตรงตามคำจำกัดความเพื่อความเหมาะสมของข้อคำถาม ผู้วิจัยนำคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ดังนี้ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ และด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ โดยปรับปรุงภาษาและสำนวนที่ใช้ในข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ไม่เพิ่มหรือลดจำนวนข้อคำถาม

3.3.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลที่ได้ มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 และรายด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.83
- 2) ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.80
- 3) ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.82
- 4) ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.82

3.4 จริยธรรมในการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมจริยธรรมวิจัย ดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ / สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ.2553 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5) นำเสนอโครงร่างสารนิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุมัติหัวข้อสารนิพนธ์ และแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างของโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างสารนิพนธ์ระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

(1) โรงพยาบาลอรัญประเทศ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

(2) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

(3) โรงพยาบาลบึงนาราง อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

3) เอกสารประกอบการขออนุมัติ ดังนี้

(1) โครงร่างการสารนิพนธ์

(2) หนังสืออนุมัติโครงร่างสารนิพนธ์

(3) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัย

(4) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4) นำเสนอเอกสารขออนุมัติโครงร่างสารนิพนธ์เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอรัญประเทศ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว (กลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว (กลุ่มควบคุม) เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยและขอใช้ข้อมูลผู้ป่วย

5) เมื่อได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอรัญประเทศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วแล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

6) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาก่อนและอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงเครื่องมือการดำเนินการทดลองว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาก่อนจะเป็นความลับและไม่ผลต่อการรักษา หรือการรับบริการใดๆ โดยจะไม่ปรากฏชื่อผู้รับบริการและความเห็นส่วนบุคคลในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้รับบริการสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดย

ไม่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการแต่อย่างใด ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้รับบริการ จะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อผู้รับบริการยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้ผู้รับ บริการลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล

3.5 วิธีดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1) การเตรียมด้านเอกสาร

1.1) หนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล อยุธยาประเทศ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2) แบบฟอร์มแสดงความยินยอมร่วมมือในการวิจัย

1.3) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.4) แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

2) การเตรียมพยาบาลวิชาชีพ มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1) ผู้วิจัยประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ ต่อทีมการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก โดยปฏิบัติงานในรูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตาม แนวคิดของ Becker (1974) ทราบถึงขั้นตอน การเตรียมการ และการอบรม

2.2) เขียนโครงการอบรม เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เสนอโครงการอบรมแก่ อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุม ความถูกต้อง และปรับปรุงโครงการตามคำแนะนำของ อาจารย์ที่ปรึกษา

2.3) เสนอโครงการต่อหัวหน้าพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอยุธยาประเทศ จังหวัด สระแก้ว เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ

2.4) จัดอบรมเรื่องการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่พยาบาลวิชาชีพ ผู้ร่วม วิจัยจำนวน 3 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอยุธยาประเทศ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมฟัง จำนวน 7 คน ในวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 โดย

เชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ บรรยายเรื่องรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระหว่างการบรรยาย มีการซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล

2.5) ภายหลังการอบรมผู้วิจัยสร้างความเข้าใจ ในการดำเนินตามบทบาทหน้าที่โดยให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 คน ฝึกทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยจัดให้มีการทดลองใช้คู่มือกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอรัญประเทศ พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยผู้ป่วยที่ใช้ในการฝึกจะไม่นับเป็นกลุ่มทดลอง

2.6) ในระหว่างฝึกปฏิบัติการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยได้เข้าไปให้คำปรึกษาในการใช้รูปแบบพูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการจนพยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1) กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองร่วมกับหัวหน้าทีม และพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอรัญประเทศ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2556 ถึงวันที่ 7 มิถุนายน 2556

โดยมีขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1.1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการทำวิจัย ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 (Pretest) โดยให้กลุ่มตัวอย่างถืบัตรคำที่อธิบายความหมายของเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 2 นาที จนครบทุกข้อ มอบรายชื่อให้หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกมอบรายชื่อผู้ป่วยจำนวน 3-4 ราย ต่อพยาบาลวิชาชีพ 1 คน โดยให้ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยรายเดิม ดำเนินการตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทีมพยาบาลมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความเข้าใจในรูปแบบการบริการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและทำความเข้าใจแผนการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติจริงเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล

1.2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีผู้วิจัยอยู่ในหน่วยงานและพร้อมชี้แจงเมื่อพยาบาลผู้ร่วมวิจัยต้องการสอบถามเพิ่มเติมแต่ไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการทดลอง ตามขั้นตอนกิจกรรม ดังนี้

1.2.1) พยาบาลวิชาชีพพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 1 พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันสร้างความเข้าใจในสถานะของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง โดยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรม เพื่อให้รู้ถึงสถานะการเจ็บป่วย โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและผลที่ทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองตีบตัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมที่ผ่านมา เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ--ดื่มสุรา การสูบบุหรี่และการจัดการความเครียด มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเชิงเปรียบเทียบถึงการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มอบหมายให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมที่ถูก ต้องและปฏิบัติจริงและนัดพบผู้ป่วยอีก 1 สัปดาห์ (ใช้เวลา 30 – 45 นาที) พยาบาลวิชาชีพบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยสำหรับใช้ในการติดตาม และกระตุ้นเตือนการปฏิบัติและการบันทึกกิจกรรม

1.2.2) พยาบาลวิชาชีพพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 2 เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยทราบถึงการป้องกันการเกิดโรคจากพฤติกรรมการปฏิบัติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงในสัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติจริงว่าสิ่งใดถูกต้องหรือสิ่งใดไม่ถูกต้องและควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่พูดคุยเชิงเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรม ระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริงและสิ่งที่ถูกต้องวางแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่โดยเลือกพฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยันการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน มอบหมายให้ผู้ป่วยบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบใหม่ และบันทึกอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้นัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 โดยมีระยะห่าง 1 สัปดาห์ (ใช้เวลา 30 – 45 นาที)

1.2.3) พยาบาลวิชาชีพพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่ปฏิบัติจริงและอุปสรรคที่เกิดขึ้นมาพูดคุยกับผู้ป่วย และระบุดูอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกันวิเคราะห์ประโยชน์และอุปสรรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งตัวชี้ขาดวางแผนการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพแนะนำข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต มอบหมายให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ นัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 4 โดยมีระยะห่าง 1 สัปดาห์ (ใช้เวลา

30-45 นาที) พยาบาลวิชาชีพติดตามกระตุ้นเตือนผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในการปฏิบัติ และการบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2.4) พยาบาลวิชาชีพพบผู้ป่วยครั้งที่ 4 ร่วมกันหาวิธีการปฏิบัติกิจกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แสดงถึงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน และแตก วิเคราะห์ผลของการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันโรคและนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการตกลงร่วมกันและยืนยันในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพเชิงป้องกันในการทำให้ระดับความดันโลหิตคงที่หรือไม่สูงเพิ่มขึ้นโดยการลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

1.3) ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2) กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 30 เมษายน - 17 มิถุนายน 2556 โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 (Pretest) โดยให้กลุ่มตัวอย่างถือบัตรคำที่อธิบายความหมายของเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถาม ให้ความเวลาในการตอบคำถามประมาณ 2 นาทีจนครบทุกข้อ หลังจากนั้นให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกดำเนินการบริการการพยาบาลตามที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมให้ การบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นขั้นตอนการทำงาน คือพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกดำเนินการบริการการพยาบาลตามกิจกรรมประจำที่กระทำกับผู้ป่วยตามลำดับก่อน หลังที่กำหนดไว้ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติทั้งหมดขั้นตอนนี้นับอยู่กับเวลาและการกระทำของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน หลังจากนั้นนัดผู้ป่วย 4 สัปดาห์เพื่อตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง โดยปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน ดังนี้

(1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจกแบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันกับกลุ่มตัวอย่างหลังลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

(2) ผู้วิจัยอธิบายถึงคำชี้แจง เกณฑ์การให้คะแนนจนกลุ่มตัวอย่างสนใจ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

(3) ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามในแต่ละรายข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างถ้อยบัตรคำที่อธิบายความหมายของเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อตอบแบบสอบถาม ให้เวลาประมาณ 2 นาที เพื่อคิดคำตอบจนครบข้อคำถาม

(4) ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน 1-3 กับกลุ่มตัวอย่างทุกคน

3.6.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ใช้เวลาประมาณ 15 -20 นาที/ คน ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและมีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด บันทึกข้อมูลไว้ในบัญชีรายชื่อกลุ่มทดลอง

2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม ภายหลังผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมครบตามรูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (4 สัปดาห์)

4) ข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.6.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจ บันทึกข้อมูลไว้ในบัญชีรายชื่อกลุ่มควบคุม

2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน

3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมภายหลังผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน และมาตรวจตามนัด (4 สัปดาห์)

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

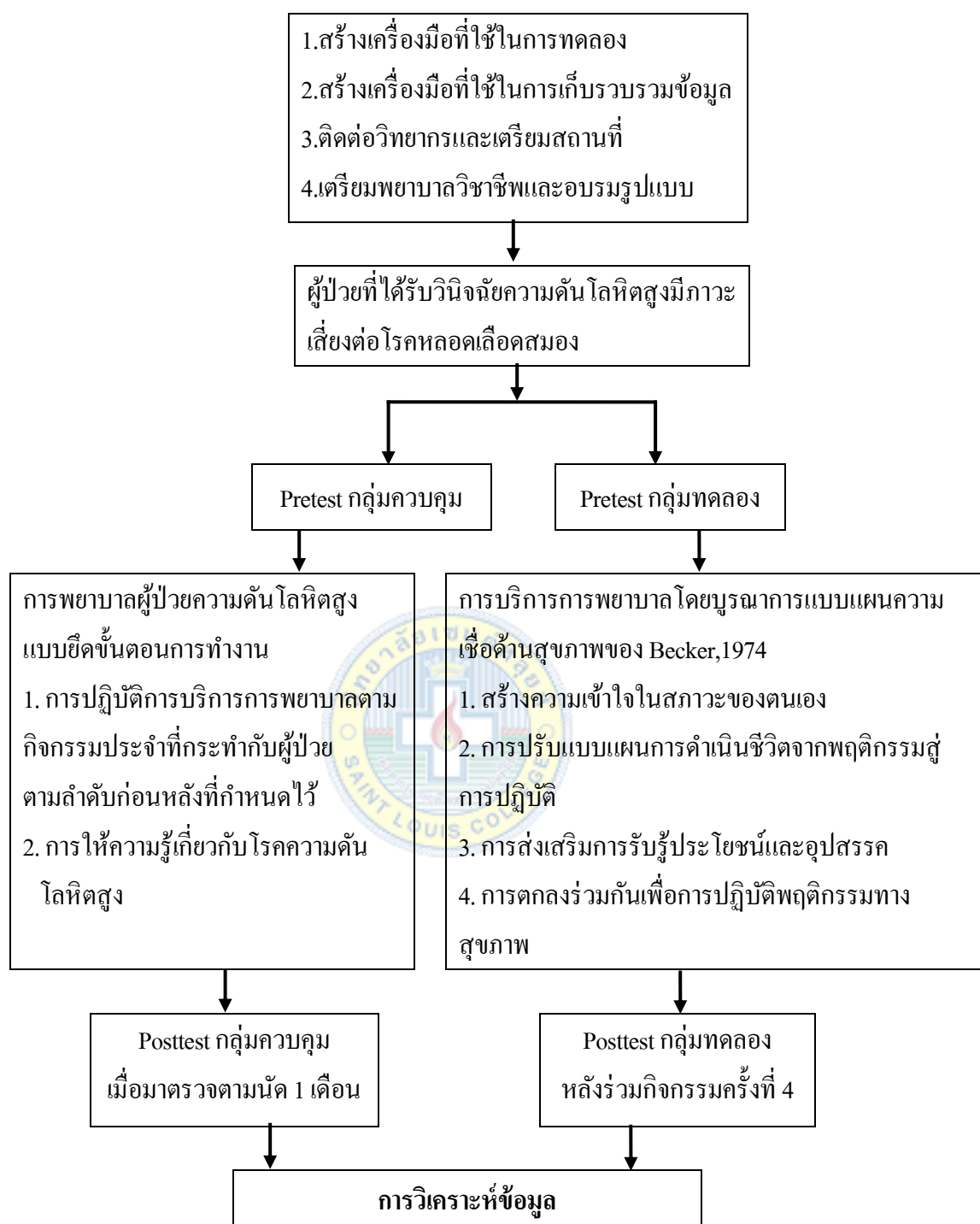
ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังใช้รูปแบบการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน โดยใช้สถิติ Non parametric วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันของ Mann-Whitney U

4) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Non parametric วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กันของ Wilcoxon Signed Ranks Test



ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ชั้นตอนการทำงานโดยใช้ค่าเฉลี่ย (ตารางที่ 6-15)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ชั้นตอนการทำงานด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test (ตารางที่ 16-20)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่นุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ 21-25)

ส่วนที่ 1 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบการบริการ การพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงานโดยใช้ค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน

ความสามารถของการจัดการตนเองใน การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ด้านการกำหนดมาตรฐาน	2.86	0.518	ปานกลาง	3.07	0.700	ปานกลาง
2.ด้านการติดตามตนเอง	3.20	0.391	ปานกลาง	3.30	0.396	ปานกลาง
3.ด้านการประเมินตนเอง	3.22	0.362	ปานกลาง	3.33	0.658	ปานกลาง
4.ด้านการให้แรงเสริมตนเอง	3.38	0.603	ปานกลาง	3.46	0.773	มาก
โดยรวม	3.16	0.341	ปานกลาง	3.29	0.576	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบ ยี่ดั้นตอนการทำงาน ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกลุ่มก่อนใช้ รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 1 ด้าน และระดับปานกลาง 3 ด้าน ซึ่งเมื่อ เปรียบเทียบทางสถิติพบว่าด้านการให้แรงเสริมตนเองทั้งในกลุ่มควบคุมที่มีระดับปานกลางและกลุ่ม ทดลองที่มีระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการกำหนดมาตรฐานใน การดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วยเครื่องปรุง ที่ไม่มีรสเค็มหรือมีเกลือเป็นส่วนประกอบ	2.90	0.568	ปานกลาง	2.90	1.287	ปานกลาง
2. ท่านใช้ปลาสดและปรุงให้สุกด้วยวิธีการ นึ่ง ต้ม ย่าง ยกเว้นการทอด	3.10	0.738	ปานกลาง	3.00	0.943	ปานกลาง
3. ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที	2.50	1.080	น้อย	2.40	1.578	น้อย
4. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ววิ่ง ช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิก	2.60	1.265	น้อย	2.50	1.354	น้อย
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีผ่อนคลาย โดยการฟังเพลง ดูหนัง เล่นเกมหรือพูดคุย	3.10	0.994	ปานกลาง	3.50	1.080	มาก
6. ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยืดเหยียดผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเพื่อป้องกันความเครียด	2.80	0.919	ปานกลาง	3.40	1.174	ปานกลาง
7. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่	3.10	1.663	ปานกลาง	3.70	1.418	มาก
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสม แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ	2.80	1.814	ปานกลาง	3.20	1.229	ปานกลาง
โดยรวม	2.86	0.518	ปานกลาง	3.07	0.700	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อ และระดับน้อย 2 ข้อ สำหรับกลุ่ม

ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ ระดับปานกลาง 4 ข้อ และระดับน้อย 2 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่สิบขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการติดตามตนเองใน การดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่านไม่ ปรุงรสเค็มเพิ่ม	3.10	0.994	ปานกลาง	3.30	1.059	ปานกลาง
2. ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหารท่านไม่ใช้ เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด	3.40	0.699	ปานกลาง	2.80	1.135	ปานกลาง
3. เมื่อเดินทางไปในสถานที่ใกล้ๆ ท่าน หลีกเลี่ยงการใช้ยานพาหนะ	3.40	1.174	ปานกลาง	3.30	0.823	ปานกลาง
4. ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การฉุดดึง แบก ลากหนัก	3.40	1.350	ปานกลาง	2.90	1.287	ปานกลาง
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียดท่านหลีกเลี่ยง การอยู่ตามลำพัง	2.80	1.033	ปานกลาง	3.10	1.101	ปานกลาง
6. ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิด ความเครียดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย	2.80	1.033	ปานกลาง	3.90	0.994	มาก
7. ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้กับวันหรือท่านเดิน หลีกเลี่ยงไปเพื่อให้สุดวันหรือ	3.20	1.398	ปานกลาง	3.90	0.994	มาก
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ	3.50	1.509	มาก	3.20	1.033	ปานกลาง
โดยรวม	3.20	0.391	ปานกลาง	3.30	0.396	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 1 ข้อและระดับปานกลาง 7 ข้อ สำหรับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมาก 2 ข้อและระดับปานกลาง 6 ข้อ

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเองด้าน การประเมินตนเองในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ท่านทราบ ว่ามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดัน โลหิต	2.70	1.059	ปานกลาง	3.20	1.398	ปานกลาง
2. ท่านประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด	3.00	0.943	ปานกลาง	3.80	0.789	มาก
3. ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้ยานพาหนะ เพื่อเพิ่มการเผาผลาญพลังงานที่สะสมใน ร่างกาย	3.80	0.919	มาก	3.10	0.738	ปานกลาง
4. ท่านทำงานบ้าน ทำสวน หรือกิจกรรมที่ ทำให้ร่างกายได้เหงื่อเป็นการเพิ่มการสลาย ไขมัน	3.50	0.850	มาก	3.90	1.101	มาก
5. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือสิ่ง ที่ทำให้ท่านโกรธ	3.40	0.699	ปานกลาง	3.10	0.876	ปานกลาง
6. ท่านมีการฟังเพลง ยืดเหยียดคลาย กล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย	3.10	0.568	ปานกลาง	3.30	1.252	ปานกลาง

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

ความสามารถของการจัดการตนเองด้าน การประเมินตนเองในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
7. เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่าน หลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง	3.00	1.414	ปานกลาง	3.40	1.265	ปานกลาง
8. ดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือ น้ำตาลแทนการดื่मเครื่องดื่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน	3.30	1.567	ปานกลาง	2.90	0.994	ปานกลาง
โดยรวม	3.22	0.362	ปานกลาง	3.33	0.658	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อและระดับปานกลาง 6 ข้อ

ตารางที่ 10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเองด้านการให้ แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านภูมิใจที่ไม่ดื่มเกลือ น้ำปลาและซอส ปรุงรสเพิ่มขณะรับประทานอาหารได้	3.20	1.033	ปานกลาง	3.20	1.317	ปานกลาง
2. ท่านพึงพอใจที่บุคคลในครอบครัวปรุง อาหารด้วย การนึ่ง ต้ม อย่างแทนการทอด หรือผัด	3.40	1.075	ปานกลาง	3.80	0.919	มาก
3. ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกายให้ เป็นไปตามแผนที่กำหนด	3.30	0.949	ปานกลาง	3.00	1.764	ปานกลาง
4. ท่านชื่นชมตนเองที่สามารถหลีกเลี่ยงคำพูด หรือการกระทำของผู้อื่นที่ทำให้เกิด ความเครียดได้	3.10	0.994	ปานกลาง	3.30	0.949	ปานกลาง
5. ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่าสามารถควบ คุมระดับความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้น ได้	3.70	1.160	มาก	4.00	1.054	มาก
6. ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน	3.60	1.075	มาก	3.50	1.434	มาก
โดยรวม	3.38	0.603	ปานกลาง	3.47	0.773	มาก

จากตารางที่ 10 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ และระดับปานกลาง 4 ข้อ สำหรับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 3 ข้อ และระดับปานกลาง 3 ข้อ

ตารางที่ 11 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน

ความสามารถของการจัดการตนเองในการ ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการกำหนดมาตรฐาน	3.25	0.552	ปานกลาง	4.28	0.510	มากที่สุด
2. ด้านการติดตามตนเอง	3.42	0.359	มาก	4.36	0.345	มากที่สุด
3. ด้านการประเมินตนเอง	3.45	0.445	มาก	4.20	0.387	มาก
4. ด้านการให้แรงเสริมตนเอง	3.55	0.666	มาก	4.26	0.466	มากที่สุด
โดยรวม	3.41	0.433	มาก	4.27	0.376	มากที่สุด

จากตารางที่ 11 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ขั้นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน และระดับปานกลาง 1 ด้าน สำหรับกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ด้าน และระดับมาก 1 ด้าน

ตารางที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการกำหนดมาตรฐานใน การดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วยเครื่องปรุง ที่ไม่มีรสเค็มหรือมีเกลือเป็นส่วนประกอบ	3.00	0.667	ปานกลาง	4.20	0.632	มากที่สุด
2. ท่านใช้พลาสติกและปรุงให้สุกด้วยวิธีการ นึ่ง ต้ม ย่าง ยกเว้นการทอด	3.20	0.789	ปานกลาง	4.40	0.699	มากที่สุด
3. ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที	3.00	1.054	ปานกลาง	4.20	1.135	มาก
4. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ววิ่ง ช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิก	3.10	0.876	ปานกลาง	4.00	1.155	มาก
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีผ่อนคลาย โดยการฟังเพลง ดูหนัง เดินเล่นหรือ พูดคุย	3.50	1.080	มาก	4.20	0.789	มาก
6. ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยืดเหยียดผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเพื่อป้องกันความเครียด	3.20	0.789	ปานกลาง	4.40	0.699	มากที่สุด
7. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่	3.70	1.418	มาก	4.70	0.483	มากที่สุด
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสม แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ	3.30	1.703	ปานกลาง	4.20	0.632	มาก
โดยรวม	3.25	0.552	ปานกลาง	4.28	0.510	มากที่สุด

จากตารางที่ 12 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ และระดับปานกลาง 4 ข้อ สำหรับกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 4 ข้อ และระดับมาก 4 ข้อ

ตารางที่ 13 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเองด้านการ ติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่านไม่ ปรุง รสเค็มเพิ่ม	3.50	0.707	มาก	4.30	0.675	มากที่สุด
2. ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหารท่านไม่ใช้ เนื้อสัตว์ ไขมันทุกชนิด	3.70	0.675	มาก	4.50	0.527	มากที่สุด
3. เมื่อเดินทางไปในสถานที่ไกลๆท่าน หลีกเลี่ยงการใช้นานพาหนะ	3.30	0.823	ปานกลาง	4.40	0.699	มากที่สุด
4. ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การฉุดดึง แบก ลากของหนัก	3.40	1.174	ปานกลาง	4.10	0.876	มาก
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียดท่านหลีกเลี่ยง การอยู่ ตามลำพัง	3.10	0.994	ปานกลาง	4.30	0.675	มากที่สุด
6. ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิด ความเครียดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย	2.90	0.738	ปานกลาง	4.30	0.483	มากที่สุด
7. ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้ควันบุหรี่ท่านเดิน หลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้สูดควันบุหรี่	3.70	0.949	มาก	4.80	0.422	มากที่สุด
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ	3.80	1.229	มาก	4.20	0.632	มาก
โดยรวม	3.42	0.359	มาก	4.36	0.345	มากที่สุด

จากตารางที่ 13 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ และระดับปานกลาง 4 ข้อ สำหรับกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 6 ข้อ และระดับมาก 4 ข้อ

ตารางที่ 14 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลาเกลือ ท่านทราบว่ามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต	2.90	0.876	ปานกลาง	4.20	0.632	มาก
2. ท่านประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด	3.20	0.789	ปานกลาง	4.30	0.675	มากที่สุด
3. ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้ยานพาหนะ	3.80	0.632	มาก	3.90	0.568	มาก
4. ท่านทำงานบ้าน ทำสวน หรือกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เหงื่อ	3.80	0.632	มาก	4.40	0.699	มากที่สุด
5. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือสิ่งที่จะทำให้ท่านโกรธ	3.50	0.707	มาก	4.20	0.632	มาก
6. ท่านมีการฟังเพลง ยืดเหยียดคลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย	3.30	0.823	ปานกลาง	4.10	0.738	มาก
7. เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่านหลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง	3.40	1.174	ปานกลาง	4.40	0.966	มากที่สุด

ตารางที่ 14 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความสามารถของการจัดการตนเองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
8. ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำเปล่าแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน	3.70	1.337	มาก	4.10	0.568	มาก
โดยรวม	3.45	0.445	มาก	4.20	0.466	มาก

จากตารางที่ 14 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นขั้นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ และระดับปานกลาง 4 ข้อ สำหรับกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ และระดับมาก 5 ข้อ

ตารางที่ 15 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเองด้าน การให้แรงเสริมตนเองในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านภูมิใจที่ไม่ดื่มเกลือ น้ำปลาและซอสปรุงรสเพิ่ม	3.40	1.075	ปานกลาง	4.40	0.516	มากที่สุด
2. ท่านพึงพอใจที่บุคคลในครอบครัวปรุงอาหารด้วยการนั่ง ค้ม ย่างแทนการทอดหรือผัด	3.50	0.850	มาก	4.40	0.516	มากที่สุด
3. ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกายให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	3.70	0.949	มาก	4.10	0.876	มาก
4. ท่านชื่นชมตนเองที่สามารถหลีกเลี่ยงคำพูดหรือการกระทำของผู้อื่นที่ทำให้เกิดความเครียดได้	3.30	0.823	ปานกลาง	4.10	0.568	มาก
5. ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้นได้	3.50	1.080	มาก	4.40	0.699	มากที่สุด
6. ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน	3.90	0.738	มาก	4.20	0.632	มาก
โดยรวม	3.55	0.666	มาก	4.27	0.466	มากที่สุด

จากตารางที่ 15 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ สำหรับกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ และระดับมาก 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน

ความสามารถของ การจัดการตนเอง	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านการกำหนดมาตรฐาน	ควบคุม	10	3.25	0.552	6.30	63.00	-3.184*
	ทดลอง	10	4.28	0.510	14.70	147.30	
2. ด้านการติดตามตนเอง	ควบคุม	10	3.42	0.359	5.90	59.00	-3.494*
	ทดลอง	10	4.36	0.345	15.10	151.00	
3. ด้านการประเมินตนเอง	ควบคุม	10	3.45	0.445	6.60	66.00	-2.964*
	ทดลอง	10	4.20	0.387	14.40	144.00	
4. ด้านการให้แรงเสริมตนเอง	ควบคุม	10	3.55	0.666	7.30	73.00	-2.440*
	ทดลอง	10	4.26	0.466	13.70	137.00	
โดยรวม	ควบคุม	10	3.41	0.433	6.40	64.00	-3.099*
	ทดลอง	10	4.27	0.376	14.60	146.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการกำหนดมาตรฐานใน การดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วย เครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็มหรือมีเกลือเป็น ส่วนประกอบ	ควบคุม	10	3.00	0.667	6.60	66.00	
	ทดลอง	10	4.20	0.632	14.40	144.00	-3.123*
2. ท่านใช้พลาสติกและปรุงให้สุกด้วย วิธีการนึ่ง ต้ม ย่าง ยกเว้นการทอด	ควบคุม	10	3.20	0.789	6.90	69.00	
	ทดลอง	10	4.40	0.699	14.10	141.00	-2.876*
3. ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที	ควบคุม	10	3.00	1.054	7.70	77.00	
	ทดลอง	10	4.20	1.135	13.30	133.00	-2.201*
4. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ว วิ่งช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิก	ควบคุม	10	3.10	0.876	8.30	83.00	
	ทดลอง	10	4.00	1.155	12.70	127.00	-1.773*
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธี ผ่อนคลายโดยการฟังเพลง ดูหนัง เดิน เล่น พุดคุย	ควบคุม	10	3.50	1.080	8.60	86.00	
	ทดลอง	10	4.20	0.789	12.40	124.00	-1.501
6. ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยืดเหยียด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกครั้งเพื่อป้องกัน ความเครียด	ควบคุม	10	3.20	0.789	6.90	69.00	
	ทดลอง	10	4.40	0.699	14.10	141.00	-2.859*
7. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควัน บุหรี่	ควบคุม	10	3.70	1.418	8.40	84.00	
	ทดลอง	10	4.70	0.483	12.60	126.00	-1.754*
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสม แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง	ควบคุม	10	3.30	1.703	9.35	93.50	
	ทดลอง	10	4.20	0.632	11.65	116.50	-0.910
โดยรวม	ควบคุม	10	3.25	0.552	6.30	63.00	
	ทดลอง	10	4.28	0.510	14.70	147.30	-3.183*

*p < 0.05

จากตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 6 ข้อใน 8 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of	Z
ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน					Rank	Ranks	
1. ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหาร	ควบคุม	10	3.50	0.707	7.65	76.50	-2.297*
ท่านไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม	ทดลอง	10	4.30	0.675	13.35	133.50	
2. ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหารท่าน	ควบคุม	10	3.70	0.675	7.50	75.00	-2.471*
ไม่ใช้เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด	ทดลอง	10	4.50	0.527	13.50	135.00	
3. เมื่อเดินทางไปในสถานที่ใกล้ๆท่าน	ควบคุม	10	3.30	0.823	7.15	71.50	-2.690*
หลีกเลี่ยงการใช้นานพาทนะ	ทดลอง	10	4.40	0.699	13.85	138.50	
4. ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การ	ควบคุม	10	3.40	1.174	8.85	88.50	-1.310
นวดดึง แยก ลากของหนัก	ทดลอง	10	4.10	0.876	12.15	121.50	
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียดท่าน	ควบคุม	10	3.10	0.994	7.20	72.00	-2.594*
หลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง	ทดลอง	10	4.30	0.675	13.80	138.00	
6. ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิด	ควบคุม	10	2.90	0.738	6.20	62.00	-3.448*
ความเครียดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย	ทดลอง	10	4.30	0.483	14.80	148.00	

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดยืดขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความสามารถของการจัดการตนเอง	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of	Z
ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน					Rank	Ranks	
7. ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้ควันทันหรือท่านเดินหลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้สูดควันทันหรือ	ควบคุม	10	3.70	0.949	7.10	71.00	-2.793*
	ทดลอง	10	4.80	0.422	13.90	139.00	
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ	ควบคุม	10	3.80	1.229	9.80	98.00	-0.561
	ทดลอง	10	4.20	0.632	11.20	112.00	
โดยรวม	ควบคุม	10	3.42	0.359	5.90	59.00	-3.494*
	ทดลอง	10	4.36	0.345	15.10	151.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดยืดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดยืดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 6 ข้อใน 8 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขึ้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการประเมินตนเองในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลาเกลือ ท่าน ทราบว่ามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับ ความดันโลหิต	ควบคุม	10	2.90	0.876	6.65	66.50	
	ทดลอง	10	4.20	0.632	14.35	143.50	-3.032*
2. ท่านประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด	ควบคุม	10	3.20	0.789	7.10	71.00	
	ทดลอง	10	4.30	0.675	13.90	139.00	-2.730*
3. ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้ ยานพาหนะ	ควบคุม	10	3.80	0.632	10.05	100.50	
	ทดลอง	10	3.90	0.568	10.95	109.50	-0.404
4. ท่านทำงานบ้าน ทำสวน หรือ กิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เหงื่อ	ควบคุม	10	3.80	0.632	8.20	82.00	
	ทดลอง	10	4.40	0.699	12.80	128.00	-1.895*
5. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือ สิ่งที่กระทำท่านโกรธ	ควบคุม	10	3.50	0.707	7.85	78.50	
	ทดลอง	10	4.20	0.632	13.15	131.50	-2.160*
6. ท่านมีการฟังเพลง ยืดเหยียดคลาย กล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย	ควบคุม	10	3.30	0.823	7.85	78.50	
	ทดลอง	10	4.10	0.738	13.15	131.50	-2.127*
7. เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่าน หลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุก ครั้ง	ควบคุม	10	3.40	1.174	8.00	80.00	
	ทดลอง	10	4.40	0.966	13.00	130.00	-1.990*
8. ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือ หรือน้ำเปล่าแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	ควบคุม	10	3.70	1.337	10.05	100.50	
	ทดลอง	10	4.10	0.568	10.95	109.50	-0.363
โดยรวม	ควบคุม	10	3.45	0.445	6.60	66.00	
	ทดลอง	10	4.20	0.466	14.40	144.00	-2.964*

*p < 0.05

จากตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยัดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยัดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 6 ข้อใน 8 ข้อ

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยัดขั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการการให้แรงเสริมตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านภูมิใจที่ไม่ดื่มเกลือ น้ำปลาและ ซอสปรุงรสเพิ่ม	ควบคุม	10	3.40	1.075	7.70	77.00	-2.228*
	ทดลอง	10	4.40	0.516	13.30	133.00	
2. ท่านพึงพอใจที่บุคคลในครอบครัว ปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ต้ม ย่างแทนทอด หรือผัด	ควบคุม	10	3.50	0.850	7.50	75.00	-2.455*
	ทดลอง	10	4.40	0.516	13.50	135.00	
3. ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกาย ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	ควบคุม	10	3.70	0.949	9.35	93.50	-0.914
	ทดลอง	10	4.10	0.876	11.65	116.50	
4. ท่านชื่นชมตนเองที่สามารถหลีกเลี่ยง คำพูดหรือการกระทำที่ทำให้เกิดความ เครียดได้	ควบคุม	10	3.30	0.823	7.60	76.00	-2.358*
	ทดลอง	10	4.10	0.568	13.40	134.00	
5. ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่ามีระดับ ความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้น	ควบคุม	10	3.50	1.080	7.90	79.00	-2.100*
	ทดลอง	10	4.40	0.699	13.10	131.00	

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความสามารถของการจัดการตนเอง	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	Sum of	Z
ด้านการการให้แรงเสริมตนเอง					Rank	Ranks	
ในการดำเนินชีวิตประจำวัน							
6. ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการ	ควบคุม	10	3.90	0.738	9.35	93.50	-0.965
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน	ทดลอง	10	4.20	0.632	11.65	116.50	
โดยรวม	ควบคุม	10	3.55	0.666	13.70	137.00	-2.440*
	ทดลอง	10	4.27	0.466	10.35	103.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ด้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ข้อใน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน

ความสามารถของ การจัดการตนเอง	กลุ่ม ทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านการกำหนดมาตรฐาน	ก่อน	10	3.07	0.700	5.50	55.00	-2.807*
	หลัง	10	4.28	0.510	0.00	0.00	
2. ด้านการติดตามตนเอง	ก่อน	10	3.30	0.396	5.50	55.00	-2.840*
	หลัง	10	4.36	0.345	0.00	0.00	
3. ด้านการประเมินตนเอง	ก่อน	10	3.33	0.658	5.50	55.00	-2.805*
	หลัง	10	4.20	0.387	0.00	0.00	
4. ด้านการให้แรงเสริมตนเอง	ก่อน	10	3.46	0.773	5.50	55.00	-2.668*
	หลัง	10	4.26	0.466	0.00	0.00	
โดยรวม	ก่อน	10	3.29	0.576	5.50	55.00	-2.803*
	หลัง	10	4.27	0.376	0.00	0.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 21 เปรียบเทียบความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการกำหนดมาตรฐานใน การดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วย เครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็ม	ก่อน	10	2.90	1.287	4.00	28.00	-2.392*
	หลัง	10	4.20	0.632	0.00	0.00	
2. ท่านใช้พลาสติกและปรุงให้สุกด้วย วิธีการนึ่ง ย่าง ยกเว้นการทอด	ก่อน	10	3.00	0.943	4.00	28.00	-2.388*
	หลัง	10	4.40	0.699	0.00	0.00	
3. ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที	ก่อน	10	2.40	1.578	4.50	36.00	-2.558*
	หลัง	10	4.20	1.135	0.00	0.00	
4. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ว วิ่งช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิก	ก่อน	10	2.50	1.354	5.00	45.00	-2.724*
	หลัง	10	4.00	1.155	0.00	0.00	
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมี วิธีการผ่อนคลายโดยการฟังเพลง ดู หนัง เดินเล่น พุดคุย	ก่อน	10	3.50	1.080	3.50	21.00	-2.333*
	หลัง	10	4.20	0.789	0.00	0.00	
6. ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยืดเหยียด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกครั้งเพื่อป้องกัน ความเครียด	ก่อน	10	3.40	1.174	4.00	28.00	-2.428*
	หลัง	10	4.40	0.699	0.00	0.00	
7. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควัน บุหรี่	ก่อน	10	3.70	1.418	4.25	25.50	-1.983*
	หลัง	10	4.70	0.483	2.50	2.50	
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสม แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง	ก่อน	10	3.20	1.229	4.71	33.00	-2.157*
	หลัง	10	4.20	0.632	3.00	3.00	
โดยรวม	ก่อน	10	3.07	0.700	5.50	55.00	-2.807*
	หลัง	10	4.28	0.510	0.00	0.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายข้อทุกข้อ

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการติดตามตนเองในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่าน ไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม	ก่อน	10	3.30	1.059	5.13	41.00	-2.308*
	หลัง	10	4.30	0.675	4.00	4.00	
2. ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหารท่าน ไม่ใช้เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด	ก่อน	10	2.80	1.135	5.50	55.0	-2.913*
	หลัง	10	4.50	0.527	0.00	0.00	
3. เมื่อเดินทางไปในสถานที่ใกล้ๆ ท่าน หลีกเลี่ยงการใช้นานพาหนะ	ก่อน	10	3.30	0.823	5.00	45.00	-2.887*
	หลัง	10	4.40	0.699	0.00	0.00	
4. ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การจุก ดิ่ง แบก ลากของหนัก	ก่อน	10	2.90	1.287	5.19	41.50	-2.326*
	หลัง	10	4.10	0.876	3.50	3.50	
5. ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียดท่าน หลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง	ก่อน	10	3.10	1.101	4.50	36.00	-2.640*
	หลัง	10	4.30	0.675	0.00	0.00	
6. ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิด ความเครียดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย	ก่อน	10	3.90	0.994	4.20	21.00	-1.265
	หลัง	10	4.30	0.483	3.50	7.00	
7. ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้สวนบุนหรีท่าน เดินหลีกเลี่ยงไปเพื่อไม่ให้สวนบุนหรี	ก่อน	10	3.90	0.994	4.00	28.00	-2.460*
	หลัง	10	4.80	0.422	0.00	0.00	

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการติดตามตนเองในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ	ก่อน	10	3.20	1.033	4.00	28.00	-2.456*
	หลัง	10	4.20	0.632	0.00		
โดยรวม	ก่อน	10	3.30	0.396	5.50	55.00	-2.805*
	หลัง	10	4.36	0.345	0.00	0.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 7 ข้อ ใน 8 ข้อ

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการประเมินตนเองในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ท่าน ทราบว่ามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับ ความดันโลหิต	ก่อน	10	3.20	1.398	4.29	30.00	
	หลัง	10	4.20	0.632	6.00	6.00	-1.723*
2. ท่านประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด	ก่อน	10	3.80	0.789	3.60	18.00	
	หลัง	10	4.30	0.675	3.00	3.00	-1.667*
3. ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้ ยานพาหนะ	ก่อน	10	3.10	0.738	4.57	32.00	
	หลัง	10	3.90	0.568	4.00	4.00	-2.111*
4. ท่านทำงานบ้าน ทำสวน หรือกิจกรรม ที่ทำให้ร่างกายได้เหงื่อ	ก่อน	10	3.90	1.101	3.60	18.00	
	หลัง	10	4.40	0.699	3.00	3.00	-1.667*
5. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือ สิ่งทีกระทำให้ท่านโกรธ	ก่อน	10	3.10	0.876	4.50	36.00	
	หลัง	10	4.20	0.632	0.00	0.00	-2.636*
6. ท่านมีการฟังเพลง ชีตเหยียดคลาย กล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย	ก่อน	10	3.30	1.252	4.57	32.00	
	หลัง	10	4.10	0.738	4.00	4.00	-2.111*
7. เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่าน หลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง	ก่อน	10	3.40	1.265	4.00	36.00	
	หลัง	10	4.40	0.966	0.00	0.00	-2.640*
8. ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือ หรือน้ำเปล่าแทนการดื่มแอลกอฮอล์หรือ กาแฟอื่น	ก่อน	10	2.90	0.994	4.50	36.00	
	หลัง	10	4.10	0.568	0.00	0.00	-2.588*
โดยรวม	ก่อน	10	3.33	0.658	5.50	55.00	
	หลัง	10	4.20	0.466	0.00	0.00	-2.805*

*p < 0.05

จากตารางที่ 24 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายข้อ

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกเป็นรายข้อ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความสามารถของการจัดการตนเอง ด้านการการให้แรงเสริมตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่ม ทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านภูมิใจที่ไม่ดื่มเกลือ น้ำปลาและ ซอสปรุงรสเพิ่ม	ก่อน	10	3.20	1.317	4.00	28.00	-2.414*
	หลัง	10	4.40	0.516	0.00	0.00	
2. ท่านพึงพอใจที่ครอบครัวปรุงอาหาร ด้วยการนั่ง ต้ม ย่างแทนการทอดหรือผัด	ก่อน	10	3.80	0.919	3.00	15.00	-2.121*
	หลัง	10	4.40	0.516	0.00	0.00	
3. ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกาย ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	ก่อน	10	3.00	1.764	3.00	15.00	-2.060*
	หลัง	10	4.10	0.876	0.00	0.00	
4. ท่านชื่นชมตนเองที่หลีกเลี่ยงคำพูด หรือการกระทำของผู้อื่นที่ทำให้เกิด ความเครียดได้	ก่อน	10	3.30	0.949	4.64	32.50	-2.126*
	หลัง	10	4.10	0.568	3.50	3.50	
5. ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่ามีระดับ ความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้น	ก่อน	10	4.00	1.054	1.50	3.00	-1.342
	หลัง	10	4.40	0.699	0.00	0.00	
6. ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน	ก่อน	10	3.50	1.434	2.50	10.00	-1.841*
	หลัง	10	4.20	0.632	0.00	0.00	
โดยรวม	ก่อน	10	3.47	0.773	5.50	55.00	-2.668*
	หลัง	10	4.27	0.466	0.00	0.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 25 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยนุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ข้อ ใน 6 ข้อ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยนอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มควบคุมเป็น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 10 ราย และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 10 ราย จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยเพศ และอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Kanfer & Goldstein (1991) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้รับการตรวจสอบความเที่ยง และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.94

การดำเนินการทดลอง หลังผ่านกระบวนการจริยธรรมในการวิจัย และการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลอง ด้วยการอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 3 คน เรื่องรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและฝึกปฏิบัติจริงตามคู่มือ

เริ่มทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ โดยผู้วิจัยเป็นผู้มอบหมายงานให้พยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพในทีม ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 3-4 คนต่อพยาบาลวิชาชีพ 1 คน รวมจำนวน 10 คน ซึ่งได้ดำเนินการทดลองระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม - 7 มิถุนายน พ.ศ. 2556 และสำหรับกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วระหว่างวันที่ 30 เมษายน -17 มิถุนายน พ.ศ. 2556 จำนวน 10 คน

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีสัมภาษณ์ กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (Pretest) เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วยอ่านตามรายชื่อที่มีอยู่ ต้องไม่มีการอธิบายข้อความใดๆ เพิ่มเติม และลงข้อมูลตามที่ผู้ป่วยบอกปฏิบัติเช่นเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมทดลอง หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงานและเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (Posttest) โดยมีระยะห่าง 4 สัปดาห์ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองครั้งที่ 1 (Pretest) ในวันที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ครบ 4 กิจกรรมและเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (Posttest) เมื่อพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกัน จัดเป็นคู่ไปเรื่อยๆด้วยอายุและเพศ จนครบ 10 คู่

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดั้นตอนการทำงาน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Mann - Whitney U Test และ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิต

ประจำวันสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงานและกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงานโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1.1) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วยเครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็ม” ข้อคำถาม “ท่านใช้พลาสติกและปรุงให้สุกด้วยวิธีการนึ่ง ต้ม ย่าง ยกเว้นการทอด” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีผ่อนคลายโดยการฟังเพลง ดูหนัง เดินเล่น พุดคุย” ข้อคำถาม “ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยึดเหยียดผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกครั้งเพื่อป้องกันความเครียด” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับน้อย 2 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที” และข้อคำถาม “ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ววิ่งช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิก”

1.2) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 1 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 7 ข้อคือ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่านไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม”

ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหารท่านไม่ใช้เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด” ข้อคำถาม “เมื่อเดินทางไปสถานใดก็ตามท่านหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมัน” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการกินน้ำหนัก การจุดธูป แบก ลากของหนัก” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียดท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย” และข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้ควันบุหรี่ท่านเดินหลีกเลี่ยงไปเพื่อไม่ให้สูดควันบุหรี่”

1.3) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมาก 2 ข้อใน 8 ข้อได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้น้ำมัน” และข้อคำถาม “ท่านทำงานบ้าน ทำสวน หรือกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เหงื่อ” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อคือ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ท่านทราบว่าเมื่อผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต” ข้อคำถาม “ท่านประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือสิ่งที่จะทำให้ท่านโกรธ” ข้อคำถาม “ท่านมีการฟังเพลง ยืดเหยียดคลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่านหลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง” และข้อคำถาม “ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน”

1.4) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2 ข้อใน 6 ข้อได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่ามีระดับความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้น” และข้อคำถาม “ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ไม่เติมเกลือ น้ำปลาและซอสปรุงรสเพิ่ม” ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่บุคคลในครอบครัวปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ต้ม ย่างแทนการทอดหรือผัด” ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกายให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด” และข้อคำถาม “ท่านชื่นชมตนเองที่สามารถหลีกเลี่ยงคำพูดหรือการกระทำของผู้อื่นที่ทำให้เกิดความเครียดได้”

2) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับ

มาก 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้แรงเสริมตนเอง และอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดมาตรฐาน ด้านการติดตามตนเอง และด้านการประเมินตนเอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

2.1) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีผ่อนคลายโดยการฟังเพลง ดูหนัง เดินเล่น พุดคุย” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่” ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วยเครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็ม” ข้อคำถาม “ท่านใช้ปลาสดและปรุงให้สุก ด้วยวิธีการนึ่ง ต้ม ย่าง ยกเว้นการทอด” ข้อคำถาม “ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยืดเหยียดผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกครั้งเพื่อป้องกันความเครียด” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับน้อย 2 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที” และข้อคำถาม “ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ววิ่งช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิค”

2.2) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมาก 2 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย” และข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้ควันบุหรี่ท่านเดินหลีกเลี่ยงไปเพื่อไม่ให้สูดควันบุหรี่” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อคือ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่านไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่คุณรับประทานอาหารท่านไม่ใช้เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด” ข้อคำถาม “เมื่อเดินทางไปในสถานที่ใกล้ๆท่านหลีกเลี่ยงการใช้ยานพาหนะ” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การจุดธูป แบก ลากของหนัก” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียดท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ”

2.3) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมาก 2 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ ท่านรับประทานอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด” และข้อคำถาม “ท่านทำงานบ้าน

ทำสวน หรือกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เหงื่อ” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ อยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อคือ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ท่านทราบว่ามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต” ข้อคำถาม “ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้นายพานหนะ” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือสิ่งที่กระทำท่านโกรธ” ข้อคำถาม “ ท่านมีการฟัง เพลง ยืดเหยียดคลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย” ข้อคำถาม “เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่านหลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง” และข้อคำถาม “ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน”

2.4) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมาก 3 ข้อใน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ ท่านพึงพอใจที่บุคคลในครอบครัวปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ต้ม อย่างแทนการทอดหรือผัด” ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำแนะนำมีระดับความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้น” และข้อคำถาม “ ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ไม่เติมเกลือ น้ำปลาและซอสปรุงรสเพิ่ม” ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกายให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด” และข้อคำถาม “ท่านชื่นชมตนเองที่สามารถหลีกเลี่ยงคำพูดหรือการกระทำของผู้อื่นที่ทำให้เกิดความเครียดได้”

3) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยืดหยุ่นตอนการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการติดตามตนเอง ด้านการประเมินตนเอง และด้านการให้แรงเสริมตนเอง และอยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดมาตรฐาน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

3.1) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีผ่อนคลายโดยการฟังเพลง ดูหนัง เดินเล่น พูดคุย” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่” ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ใน

ระดับปานกลาง 6 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วยเครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็ม” ข้อคำถาม “ท่านใช้พลาสติกและปรุงให้สุกด้วยวิธีการนึ่ง ต้ม ย่าง ยกเว้นการทอด” ข้อคำถาม “ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที” ข้อคำถาม “ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ววิ่งช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิก” ข้อคำถาม “ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยืดเหยียดผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกครั้งเพื่อป้องกันความเครียด” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง”

3.2) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 4 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่านไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหารท่านไม่ใช้เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้ควันบุหรี่ท่านเดินหลีกเลี่ยงไปเพื่อไม่ให้สูดควันบุหรี่” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อคือ ข้อคำถาม “เมื่อเดินทางไปในสถานที่ใกล้ๆท่านหลีกเลี่ยงการไต่ยานพาหนะ” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การจุดธูป แบก ลากของหนัก” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพื่อให้ เกิดการผ่อนคลาย ”

3.3) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 4 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านใช้วิธีการเดินแทนการไต่ยานพาหนะ” ข้อคำถาม “ท่านทำงานบ้าน ทำสวน หรือกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เหงื่อ” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือสิ่งของที่กระทำท่านโกรธ” และข้อคำถาม “ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำเปล่าแทนการดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์หรือกาแฟอื่น” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อคือ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ท่านทราบว่าผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต” ข้อคำถาม “ท่านประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด” ข้อคำถาม “ท่านมีการฟังเพลง ยืดเหยียดคลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย” และข้อคำถาม “เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่านหลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง”

3.4) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมาก 4 ข้อใน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่บุคคลในครอบครัวปรุงอาหารด้วยการนั่ง ต้ม อย่างแทนการทอดหรือผัด” ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกายให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด” ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่ามีระดับความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้น” และข้อคำถาม “ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ไม่ดื่มเกลือ น้ำปลาและซอสปรุงรสเพิ่ม” และข้อคำถาม “ท่านชื่นชมตนเองที่สามารถหลีกเลี่ยงคำพูดหรือการกระทำของผู้อื่นที่ทำให้เกิดความเครียดได้”

4) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดมาตรฐาน ด้านการติดตามตนเอง และด้านการให้แรงเสริมตนเอง และอยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินตนเอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

4.1) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 4 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านปรุงรสชาติของอาหาร ด้วยเครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็ม” ข้อคำถาม “ท่านใช้ปลาสดและปรุงให้สุกด้วยวิธีการนั่ง ต้ม อย่าง ยกเว้นการทอด” ข้อคำถาม “ท่านดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ยืดเหยียดผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกครั้งเพื่อป้องกันความเครียด” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่” ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับมาก 4 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที” ข้อคำถาม “ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ววิ่งช้าๆ ปั่นจักรยาน แอโรบิก” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีผ่อนคลายโดยการฟังเพลง ดูหนัง เล่นเกม พุดคุย” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง”

4.2) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 6 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่านไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหารท่านไม่ใช้เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด” ข้อคำถาม “เมื่อเดินทางไปในสถานที่ใกล้ๆท่านหลีกเลี่ยงการใช้ยานพาหนะ” ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียดท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ตามลำพัง” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพื่อให้เกิด การผ่อนคลาย” และข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านอยู่ใกล้ควันบุหรี่ท่านเดินหลีกเลี่ยงไปเพื่อไม่ให้สูดควันบุหรี่” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับมาก 2 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การจุดธูป แบก ลากของหนัก” และ ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ”

4.3) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อใน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด” ข้อคำถาม “ท่านทำงานบ้าน ทำสวน หรือกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เหงื่อ” และข้อคำถาม “เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ท่านหลีกเลี่ยงหรือสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับมาก 5 ข้อคือ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลา เกลือ ท่านทราบว่าส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต” ข้อคำถาม “ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้ยานพาหนะ” ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลหรือสิ่งทีกระทำให้ท่านโกรธ” ข้อคำถาม “ท่านมีการฟังเพลง ยืดเหยียดคลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย” และข้อคำถาม “ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน”

4.4) ระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อใน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ไม่เติมเกลือ น้ำปลาและซอสปรุงรสเพิ่ม” ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่บุคคลในครอบครัวปรุงอาหารด้วยการนึ่ง ต้ม ย่างแทนการทอดหรือผัด” และข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่ามีระดับความดันโลหิตที่คงที่หรือไม่สูงขึ้น” ส่วนระดับความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับมาก 3 ข้อคือ ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกายให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด” ข้อคำถาม “ท่านชื่นชมตนเองที่สามารถหลีกเลี่ยงคำพูดหรือการกระทำของผู้อื่นที่ทำให้เกิด

ความเครียดได้” และข้อความ “ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และกาแฟอื่น ”

5.1.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงานและกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน

2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน เมื่อพิจารณารายด้าน และรายข้อ พบว่า

2.1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยี่ดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 6 ข้อใน 8 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีผ่อนคลายโดยการฟังเพลง ดูหนัง เดินเล่น พุดคุย” และข้อคำถาม “ ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง”

2.2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิต

ประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 6 ข้อ ใน 8 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการยกน้ำหนัก การลุกนั่ง แบก ลากของหนัก” และข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ”

2.3) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนน เฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 6 ข้อ ใน 8 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านใช้วิธีการเดินแทนการใช้นานพาหนะ” และข้อคำถาม “ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำเปล่าแทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือกาแฟอื่น ”

2.4) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคะแนน เฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ข้อ ใน 6 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ควบคุมการออกกำลังกายให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด” และข้อคำถาม “ท่านชื่นชมตนเองเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และกาแฟอื่น”

5.1.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดย บุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดย บุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อ 2

2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการ การพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง โดยรวมและรายด้าน จำแนกเป็นรายชื่อ พบว่า

2.1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายข้อ ทุกข้อ

2.2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลัง ใช้รูปแบบ การบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบ การบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 7 ข้อ ใน 8 ข้อ ส่วนอีก 1 ข้อไม่แตกต่างกัน คือข้อคำถาม “ท่านมีการฟังเพลง ยืดเหยียด กลายกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย”

2.3) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิต ประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบุรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายข้อทุกข้อ

2.4) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ข้อ ใน 6 ข้อ ส่วนอีก 1 ข้อไม่แตกต่างกัน คือข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่ามีระดับความดันโลหิตให้คงที่หรือไม่สูงขึ้น”

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

5.2.1 ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า กลุ่มหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

อธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีกิจกรรมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความสามารถของการจัดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น เนื่องจาก การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะรายศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยถึงภาวะคุกคาม การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจในสถานะของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน นำปัญหาทั้งหมดมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลโดยทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้นกับตนเองและสนับสนุนจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดโรค

แทรกซ้อนรวมถึงการทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง หลังให้กิจกรรมพยาบาลมีการติดตามประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้อาการที่เกิดขึ้นได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตระหนักถึงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุหรือความรุนแรงที่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัติในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการจัดการความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ส่งผลต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งที่ดีและถูกต้องด้วยตนเอง การติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้มีการปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเองกำหนดไว้ การประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง และการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการชื่นชมตนเองในการปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้อง เกิดประโยชน์และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับบริการการพยาบาลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบยัดยัดขั้นตอนการทำงานที่มุ่งเน้นให้งานเสร็จสิ้นทันเวลา ทันแพทย์ตรวจ ที่มีการกำหนดขั้นตอนและวิธีการยังไม่ชัดเจน พยาบาลเป็นผู้วางแผนการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตและความพร้อมของผู้ป่วยทำให้ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้การค้นหารายละเอียด

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สำคัญของผู้ที่มารับบริการซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญในการตัดสินใจให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมลดน้อยลง ดังนั้นในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยไม่ให้เกิดความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับใด ซึ่งผู้ป่วยจะคิดและตัดสินใจด้วยตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแนวทางการรักษา สภาพสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำ การเตือนจากเจ้าหน้าที่ ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การคุกคามจากโรคโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อตนเอง สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ (เกศกนก เข้มคง, 2550) แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ การควบคุมอาหาร การใช้พลังงาน และการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความดันโลหิตที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

เมื่อพิจารณารายด้านและรายชื่อ จากผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความสามารถของการจัดการดูแลตนเอง ด้านการกำหนดมาตรฐาน ด้านการติดตามตนเอง ด้านการประเมินตนเอง และด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่า การใช้รูปแบบการบริการแบบยึดขั้นตอนการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกด้าน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันในเรื่องรสชาติของอาหารที่รับประทาน การประกอบอาหาร การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง และสูงขึ้นเมื่อเข้าร่วมในกิจกรรมตามรูปแบบ ส่วนในข้อที่ไม่แตกต่างกัน เรื่อง การออกกำลังกาย และการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่ม ชูกำลัง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาจมีพฤติกรรมและวิธีปฏิบัติอื่นๆ ที่แตกต่างจากเครื่องมือแบบสอบถามครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนในการดื่มชา กาแฟเป็นประจำ มีความเชื่อว่าถ้าลดปริมาณหรืองดดื่มกาแฟจะทำให้มีอาการปวดศีรษะจึงจำเป็นต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อเดิมและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า เมื่อนำรูปแบบการบริการการพยาบาลและแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาบูรณาการเป็นรูปแบบ กิจกรรมที่จัดบริการให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องร่วมกับมีการวางแผนในการส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น

5.2.2 ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน ได้ดังนี้

การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งรายด้านและรายชื่อและข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เท่ากันจำนวน 4 ข้ออภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรุงและรับประทาน

อาหารโดยการลดอาหารที่มีรสเค็ม มีการออกกำลังกายด้วยชนิดและวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม การป้องกันหรือหลีกเลี่ยงความเครียด รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ซึ่งอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วย รับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และรับรู้ผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาของรัตนา เรือนอินทร์ (2550) พบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค

การติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมรายด้าน ส่วนรายข้อที่ไม่แตกต่างกันคือ ข้อคำถาม “ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย” อาจเป็นเพราะการบริการการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมาตรวจมีลักษณะของการให้คำแนะนำที่ดี ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจึงทำให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาจากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่าคำถามข้อนี้ค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่า เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องรีบทำการปรับปรุงและแก้ไขให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพการบริการในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งทำได้โดย พยาบาลผู้ปฏิบัติควรเพิ่มความเอาใจใส่แก่ผู้ใช้บริการ เพิ่มการพูดคุยสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้มากขึ้น ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สูงกว่าข้ออื่นๆ คือ ข้อคำถาม “ทุกครั้งที่ท่านประกอบอาหาร ท่านไม่ใช้เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิดเนื่องจากเนื้อสัตว์ที่ติดมันส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น” ซึ่งอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสังเกตพฤติกรรมอย่างรอบคอบทำให้ผู้ป่วยมีความระมัดระวังตัว และจะแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายได้ ถ้าทราบว่าพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมาย หรือมาตรฐานที่วางไว้ก็จะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่มีผลต่อโรคที่ตนเองเป็นอยู่ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน

การประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยรวม และรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สูงกว่าข้ออื่นๆ คือ ข้อคำถาม “ท่านดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน” ซึ่งอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการร่วมทำกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคเกิดจากการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองนั้นๆ กับการกำหนดมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือการคงพฤติกรรมนั้นไว้ ทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทางสุขภาพเชิงป้องกัน ตามที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพเมื่อมารับบริการและร่วมปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ในกิจกรรม

การให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมรายด้าน ส่วนรายข้อที่ไม่แตกต่างกันคือ ข้อคำถาม “ท่านพึงพอใจที่ได้รับคำชมว่ามีระดับความดันโลหิตให้คงที่ หรือไม่สูงขึ้น” แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทุกรูปแบบมีความชื่นชมในตัวผู้ป่วยเช่นเดียวกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในทางที่ดีจะมีการให้กำลังใจต่อผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยคำพูดเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจในการปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องต่อไป ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สูงกว่าข้ออื่นๆ คือ ข้อคำถาม “ท่านภูมิใจที่ไม่เติมเกลือ น้ำปลาและซอสปรุงรสเพิ่ม” ซึ่งอธิบายได้ว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีและประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของศศิธรณ์ นนทะโมลี (2551) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ได้มีโอกาสเสนอความต้องการและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอิสระ ครอบครัวและผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักในความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น การศึกษาของเกษกนก เข้มคง (2550) พบว่าการได้รับคำแนะนำ การเตือนจากเจ้าหน้าที่ ข้อมูลจากสื่อ

ต่างๆ เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การคุกคามจากโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อตนเอง สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ และการศึกษางานวิจัยของบัณฑิตา คำโฮม (2550) พบว่าเป้าหมายสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตคือไม่ให้ความดันโลหิตเกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอทซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะของโรค ซึ่งจะสามารถควบคุมภาวะโรคและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข การที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้อง ทำได้โดยการให้ความรู้จะส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมารวมกับความรู้เก่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรขา, 2549)

สรุปได้ว่ากิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยทำให้คุณภาพความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าการบริการการพยาบาลแบบยึดขั้นตอนการทำงาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดระดับความเจ็บป่วยได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

- 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล สนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อไป เพื่อเป็นการป้องกันและช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) ผู้บริหารทางการพยาบาล นำแนวคิดการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยนำข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันที่ต้องการ

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 1) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดยเชื่อมโยงกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อระบุปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคลได้ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความเจ็บป่วย

2) กระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญมีการนำรูปแบบไปปรับใช้ในหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ

5.3.3 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

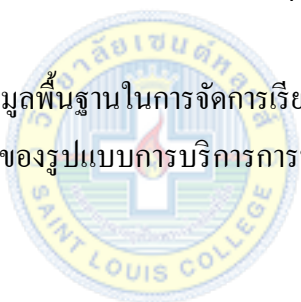
1) การนำรูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวัดความสามารถของการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหากมีการเก็บข้อมูลและศึกษาเพิ่มเติม อาจได้ผลเชิงการรักษาวัดผลได้ในระยะทดลองเพิ่มขึ้น เช่น ค่า BMI ระดับความดันโลหิตที่ลดลง

2) ควรมีการศึกษารูปแบบการบริการการพยาบาลโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อความสามารถในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยหอบหืด เป็นต้น

3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยวิธีศึกษาการวิจัย เชิงคุณภาพ

5.3.4 ด้านการศึกษา

ควรนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนหรือการอบรม เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของรูปแบบการบริการการพยาบาลและนำมาใช้ในการพยาบาลมากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- กรณีการ์ เกตุทิพย์. (2549). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กึ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น. (2552). ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรมต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกศกนก เข้มคง. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ใจเพชร พลสงคราม. (2549). ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้าว-โคกคอน อำเภอบำบือ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- บัณฑิตา คำโสม. (2550). การสำรวจงานวิจัยการพยาบาลแบบไม่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปฐญากรณ์ ลาคุณ. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ = *Essential hypertension*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ปราณี ทัพไพเราะ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). 50 ปี ชีวิตและงาน : อาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. กรุงเทพฯ: วังใหม่บุปผารินทร์.

ภavana กิริติยวงศ์. (2005). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาข้อมูลทางคลินิก ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และคุณภาพการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยุวดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา และวิไล ลิสุวรรณ. (2537). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.

รัตนา โสจะยะพันธ์. (2552). ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีความรู้ความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรมต่อการรับรู้ความมีเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

รัตนา เรือนอินทร์. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เรือนแก้ว. (2544). การดำเนินชีวิตของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ ชมรมผู้ติดเชื้อ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วัลย์ลดา นันทน์เรืองวนิชย์. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 3 (หน้า 489-528). (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส.

วัฒน์ ยี่ ปานจินดา. (2550). *Stroke....ป้องกันได้*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2556. จากเว็บไซต์: http://crungrote-healthfun.blogspot.com/2007/08/stroke_24.html

ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2551). ผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลครอบครัว : กรณีศึกษา หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

ศิริวรรณ รักษาใจ. (2552). ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้คุณค่าการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ดูแลบุตรวัยทารกที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2: วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุกัษธร ชมพ. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุเมธ แสนสิงห์ชัย. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมถวิล เพชรนอก. (2551). ผลของการเข้าค่ายโรคหอบหืดต่อการจัดการตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรุณีย์ ศรีนวล. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal Health behavior. *Health Education Monographs*. 2. 324-508. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>.

Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo Jr., J. L.,....et al., (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure : The JNC VII Report. *Journal of the American Medical Association : JAMA*, 289(19), 2560-2572.doi: 10.1001/jama.289.19.2560.

- Chodosh, J., Morton. S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M., Hilton. L., et al. (2005). *Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Program for Older Adult*. *Annals of Internation Medicine*, 143(6), 427-438. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00007>.
- Hafen, B. Q. (1981). *How to Longer*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hafen, B. Q. (1981). *Nutrition, food and weight control*. Boston: Allyn & Bacon,
- Hafen, B. Q., & Frandsen, K. (1981). *How to live longer*. Engle Wood Cliff:Prentice Hall.
- Holman, H., & Lorig, K. (2004). *Patient self-mansgement : A key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease*. *Public Health Reports*.119(3), 239-243. doi: 10.1016/j.phr.2004.04.002.
- Joint National Committee 7-Complete Version. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *Hypertension*, 42(6), 2106-2152.
- Kanfer, F. H., & Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. In Rehm, L. P. (Ed.). *Behavior Therapy for Depression*. New York: Academic
- Kanfer, F. H., & Goldstein, A.P. (Eds.). (1991). *Self-Management method. In helping people change : A textbook of method*. (4th ed.). New York: Pergamon Press.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. จินตนา อาจสันเทียะ

การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาล)
มหาวิทยาลัยมหิดล
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
(สาขาการพยาบาลสาธารณสุข หลักสูตรนานาชาติ)
มหาวิทยาลัยมหิดล
สังกัด อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

2. ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา

การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล
ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สังกัด อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

3. อาจารย์ อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์

การศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยมหิดล
สังกัด อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 9/56

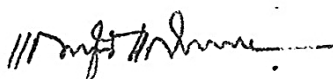
คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: “ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง
ต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความสามารถของการจัดการตนเองใน
การดำเนินชีวิตประจำวัน”

ของ: นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง

นักศึกษานักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง 

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปพัฒนาระบบงานด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยให้เกิดผลเสียหายต่อท่านทั้งในหน้าที่การงานและโดยส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านต้องการยกเลิกท่านสามารถบอกยกเลิกโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัยหากมีข้อสงสัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย จากผู้วิจัยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล



แบบสอบถาม

เรื่อง ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง



ชื่อผู้วิจัย นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสามารถในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งนี้ โดยแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบการปฏิบัติของท่านในการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแต่ละข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังเมื่อ อ่านจบแล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีการให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงทั้งหมด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงเกินครึ่งแต่ไม่ทั้งหมดของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงตามการปฏิบัติของท่านซึ่งท่านปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้จริงน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของข้อรายการ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดไว้ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ตัวอย่าง การตอบแบบสอบถาม

ข้อที่	ข้อรายการ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.	ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารนอกบ้านท่านจะสั่งอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ทุกชนิดที่ไม่ติดมันเพราะเนื้อสัตว์ที่ติดมันจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น	✓				

แบบสอบถาม

ข้อที่	ข้อรายการ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1	<u>ด้านการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน</u> รสชาติของอาหารที่รับประทานทุกชนิด ท่านปรุงด้วยเครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็มหรือมีเกลือเป็นส่วนประกอบเพราะการลดอาหารเค็มเป็นการลดปริมาณโซเดียมในเลือดทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง					
						
8	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังทุกครั้ง เพราะมีผลต่อหัวใจและทำให้หลอดเลือดหดตัวเพิ่มระดับความดันโลหิต					
9	<u>ด้านการติดตามตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน</u> ทุกครั้งที่ท่านรับประทานอาหารท่านไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม เพราะทราบว่ารับประทานรสเค็มมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต					
						
16	ทุกครั้งที่มีการดื่มเครื่องดื่มท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ซึ่งมีผลให้หลอดเลือดหดตัวทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น					

ข้อที่	ข้อรายการ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
17	ด้านการประเมินตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทุกครั้งที่ท่านเติมน้ำปลา เกลือ หรือผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบเพิ่มในอาหารท่านทราบว่าผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตจึงเปลี่ยนเป็นรสอื่นโดยไม่ใส่รสเค็มในการปรุงอาหาร					
						
24	ทุกครั้งที่ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีนท่านทราบว่าผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจึงเปลี่ยนเป็นการดื่มน้ำผลไม้สดโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำปลา					
25	ด้านการให้แรงเสริมตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ท่านภูมิใจทุกครั้งที่สามารถควบคุมส่วนประกอบที่ใช้ในการปรุงอาหารโดยไม่เติมเกลือ น้ำปลาและซอสปรุงรสเพิ่มจนรับประทานอาหารได้					
						
30	ท่านชื่นชมตนเองทุกครั้งเมื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนซึ่งมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตได้					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ลงในช่องว่างหรือขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความตามความจริงของผู้ตอบมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส.....

4. ระดับการศึกษา.....

5. อาชีพ.....



ภาคผนวก ง

(ตัวอย่าง) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ
โรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ
โรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จัดทำโดย

นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง



อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชาการศึกษาอิสระตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปีการศึกษา 2556

คำนำ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ผู้วิจัยจัดทำเป็นรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นคู่มือให้กับพยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการบริการการพยาบาลกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นการใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีรูปแบบที่ชัดเจน โดยใช้ชื่อคู่มือว่า “รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ”

ดังนั้นเพื่อให้การศึกษานี้ดำเนินไปได้ด้วยดี และการปฏิบัติมีความถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้นเป็นแนวทางการปฏิบัติให้กับพยาบาลวิชาชีพต่อไป



เสาวณี รุ่งเรือง

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์.....	1
วิธีการใช้คู่มือ.....	1
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ.....	2
ส่วนประกอบของคู่มือ.....	2
1. รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	2
1.1 แนวคิด.....	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	2
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....	5
1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	7
2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	8
3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ.....	
3.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าทีม.....	26
3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ.....	27
บรรณานุกรม.....	28
ภาคผนวก ก. แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ.....	29
แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย.....	31
แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมาใน 1 สัปดาห์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	32
แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมาใน 1 สัปดาห์ที่ไม่ถูกต้องและแนวทางการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	33
แบบบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงใน 1 สัปดาห์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แบบประเมินการบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงใน 1 สัปดาห์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	35
แบบบันทึกพฤติกรรมและอุปสรรคในการปฏิบัติของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง.....	36
แบบบันทึกอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติพฤติกรรมและแนวทางการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม.....	37
แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมอง.....	38



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตารางรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	9
ตารางที่ 2 ตารางแสดงพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	20



คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง เอกสารที่เป็นชุดของกิจกรรมการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือนี้ เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือใช้เป็นแนวทางในการให้บริการการพยาบาลกับผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง และครอบคลุม

วิธีการใช้คู่มือ

1. พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ประเมินผู้วิจัยเมื่อพบข้อสงสัยหรือต้องการความชัดเจนในเนื้อหาสาระของคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 กิจกรรม/รูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	กิจกรรม/พฤติกรรม
1.ความเข้าใจตนเองในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงแลภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องเข้าใจตนเองว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นอยู่จริง ณ เวลานั้นๆ พฤติกรรมใดที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ	-ความเข้าใจตนเองในการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเมื่อบุคคลป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องการการรับรู้ภาวะอันตรายของโรคที่เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรค ซึ่งความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน	กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสภาวะของตนเองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรม	กิจกรรม/พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ปฏิบัติตามรูปแบบ
การมอบหมายงาน	1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มอบให้หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก 2. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คนที่เข้ารับการอบรมเพื่อร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยบันทึกไว้ในใบมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยวันละ 1-2 คน แบ่งเป็นช่วงเช้า (เวลา 09.00 – 11.00 น.) พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน และช่วงบ่าย (เวลา 13.00 – 15.00 น.) พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน 3. พยาบาลวิชาชีพให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมดังนี้		- ใบมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (case assignment sheet)
กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในสภาวะของตนเองเกี่ยวกับการ.....	พบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 -45 นาที มีการปฏิบัติดังนี้ 1. พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นรายด้านดังนี้ ด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ระดับความดันโลหิต	ผู้ป่วยระบุพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองว่า พฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	- แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ภาคผนวก จ

โครงการอบรมวิชาการเรื่อง การบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



โครงการอบรม

เรื่อง การบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ

โรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมในปัจจุบัน ส่งผลให้ประชากรภายในประเทศเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตทุกด้านโดยเฉพาะการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากทำให้ตัวผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางสังคมและมีผลกระทบต่อจิตใจ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีภาวะของโรครุนแรงก็ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติที่ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา ความสูญเสียที่สำคัญจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอีกประการหนึ่งคือภาวะแทรกซ้อน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สุวรรณ จันทน์ประเสริฐ และคณะ, 2553) ความเจ็บป่วยเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การรับเอาแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มาใช้ การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมจะช่วยลดความดันโลหิต (พระบูรณกิจเจริญ, 2553) ได้แก่ การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอล การออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก การลดน้ำหนักในผู้ที่อ้วน การงดบุหรี่ และงดหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้เหลือเพียงเล็กน้อยรวมทั้งการควบคุมความเครียด (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒน์, 2552) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวถือเป็นเรื่องยากเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคนส่วนมากมักไม่รู้ตัวว่าป่วยจึงไม่ได้รับการรักษาและเมื่อได้รับการรักษามักจะไม่ได้ผลเท่าที่ควร ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปผู้ป่วยก็ยังคงกลับไปใช้ชีวิตตามแบบแผนเดิมเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำๆ และรุนแรงขึ้น เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย และอยู่โรงพยาบาลนาน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาเช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต หรือภาวะเลือดหะเข้าในผนังเลือดใหญ่ทำให้แตกได้ ดังนั้นการค้นพบได้เร็วและการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้นตลอดจนการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติและมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันไม่ให้อวัยวะอื่นถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสมช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (วัลย์ธดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, 2553) โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย และเป็นการที่บุคคลประเมินว่าตนมีร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ทางสังคมที่สมบูรณ์แบบภาวะสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเชื่อและแรงจูงใจของบุคคล การให้ความรู้โดยยึดหลักแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง เกิดความตระหนักในความสำคัญและการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ควรส่งเสริมให้นำการให้ความรู้โดยใช้แบบแผนสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวต่อไป (ศศิธรณ์ นนทะโมลี, 2551) การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเองทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วย ความเชื่อ เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การให้ข้อมูลที่มีความเข้าใจง่ายและทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้องทำได้โดยการให้ความรู้จะส่งเสริมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ทราบว่าปฏิบัติอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมารวมกับความรู้อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนธนา, 2549) ผู้ศึกษาจึงสนใจ ที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการบริการการพยาบาลโดยเลือกใช้นวัตกรรมแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจบทบาทและรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการพัฒนา ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ด้วยการใช้นวัตกรรมบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้สนใจ จำนวน 10 คน

วิธีการดำเนินการ

การบรรยายเนื้อหา ทฤษฎี

เนื้อหาในการอบรม

1. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)
2. การนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

กำหนดการอบรม

วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 เวลา 13.00 น. – 15.00 น.

สถานที่

ห้องประชุม 2 โรงพยาบาลอรัญประเทศ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการนำความรู้เรื่องรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ผู้เข้ารับการอบรมมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันสามารถนำความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



กำหนดการอบรม

เรื่อง การบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
 โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2556
 สถานที่ โรงพยาบาลรัฐประเทศ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ห้องประชุม 2
 ผู้รับผิดชอบโครงการ : นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง

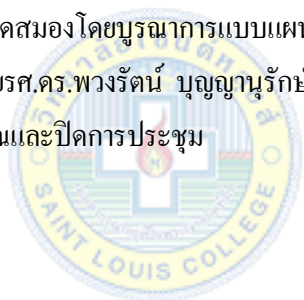
13.00 -13.15 น. พิธีเปิด

13.15 -15.00 น. บรรยาย เรื่อง

1. ทฤษฎีการพยาบาลซึ่งนำการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพ
 การพยาบาล

2. การบริการการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด
 สมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 โดยรศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

15.00 น. กล่าวขอบคุณและปิดการประชุม



ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ





บันทึกข้อความ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2556

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน”** โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญ ผศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน : ผศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ



บันทึกข้อความ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2556

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน”** โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญ **ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา** เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน : ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา



บันทึกข้อความ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2556

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน”** โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญ อาจารย์อัฉรา ตันศรีรัตนวงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน : อาจารย์อัฉรา ตันศรีรัตนวงศ์

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือ
และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/0230

26 กุมภาพันธ์ 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกบินทร์บุรี

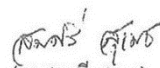
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล กำลังดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุ 40 - 65 ปี จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมีนาคม ด้วยการตอบแบบสอบถามความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยนักศึกษาจะเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ทั้งนี้การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาวินิจฉัยวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ดร.สมศรี สุวน)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

หมายเหตุ : ติดต่อนักศึกษาโดยตรงได้ที่ 081-5847921

พป/ธล



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/0415

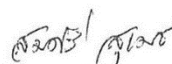
5 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุญาตกระทำการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความสามารถของการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2556 โดยนักศึกษาจะเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเองกับกลุ่มการพยาบาลต่อไป ทั้งนี้การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ดังกล่าว สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ดร. สมศรี สุเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

หมายเหตุ : ติดต่อนักศึกษาโดยตรงที่ โทรศัพท์ 081-5847921

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล

นางสาวเสาวณี รุ่งเรือง

วัน เดือน ปี เกิด

8 พฤษภาคม 2516

สถานที่เกิด

จังหวัดปราจีนบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2536

ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี

พ.ศ. 2542

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

พ.ศ. 2556

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล)
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ตำแหน่ง / สถานที่ทำงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลอรัญประเทศ จ.สระแก้ว