

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา จากสถานการณ์ทั่วโลกมีประชากรที่เป็นความดันโลหิตสูงแล้วประมาณ 1,000 ล้านคน (โรงพยาบาลราชวิถี, 2549) ในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรในประเทศไทย พบว่าปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการเกิดเป็นอันดับ 1 ของ 5 อันดับ โรคเรื้อรัง (สำนักงานวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) และจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2549 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็น 218,218 265,636 307,671 และ 375,573 คนตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ในปี พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2547 มีอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมองเพิ่มเป็น 26.5, 34.5 และ 35.1 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ภาวะความดันโลหิตสูงยังมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายร้อยละ 21.2 และเพศหญิงร้อยละ 20.3 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่พบโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษายู่เพียงร้อยละ 16.9 ในเพศชาย และ 30.7 ในเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเพศชายร้อยละ 78.6 และเพศหญิงร้อยละ 63.8 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549)

จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าวทำให้สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) ได้กระตุ้นให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกณรงค์สร้างความตระหนักในการรณรงค์ลดปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างจริงจัง อีกทั้งองค์การอนามัยโลกยังได้เล็งเห็นศักยภาพการควบคุมโรคของประเทศไทย จึงได้เลือกประเทศไทยเป็น 1 ใน 3 ประเทศนำร่องแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวอย่างจริงจังร่วมกับประเทศจีน และอินเดีย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดให้มีการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปทั่วประเทศในเดือนกันยายน 2550 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการวัดความดันโลหิตจำนวนทั้งสิ้น 20,717,187 คน ครอบคลุมประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 75 มีจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติคือตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปทั้งสิ้น 2,370,897 คน คิดเป็นร้อยละ 11 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

จังหวัดตราดเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย มีอัตราการป่วยของผู้เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,099.79 ในปีพ.ศ.2547 เป็น 1,504.55 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ.2549 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2550) จากสถิติของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตราดพบว่าในปีพ.ศ. 2547, 2548, 2549 และ 2550 มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการที่โรงพยาบาลตราดจำนวน 3,250, 3,986, 4,454 และ 5,343 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด, 2551) และในปีพ.ศ. 2550 ที่ผ่านมา ผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองตราดในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 24,879 คน ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure., 2003) จำนวน 6,484 คน คิดเป็นร้อยละ 26.06 (โรงพยาบาลตราด, 2551) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตสูงยังคงเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลกมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอีกในอนาคต การคัดกรองความดันโลหิตสูงในแต่ละปีจะนำไปสู่ผลการสาธารณสุขทราบแนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยใหม่ อีกทั้งยังทราบจำนวนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่รอเวลาเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใหม่ในปีต่อไปอีกด้วย

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและการตายของประชากรทั่วโลก (Burt, 1995) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Cindy, 2003; Phipp, 2003) เนื่องจากอาการของความดันโลหิตสูงในระยะแรกจะไม่ปรากฏอาการผู้ป่วยมักไม่รู้ตัว จึงพบว่าเมื่อถึงร้อยละ 35 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้และไม่มีอาการแสดง (Hajjar & Kother, 2003) แต่ในขณะเดียวกันการดำเนินของโรคมักดำเนินต่อไปจากหลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัวทำให้เกิดการตีบตันและอาจแตกได้จนกระทั่งไปส่งผลให้อวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ไต ตา ถูกทำลายและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว เส้นเลือดสมองตีบ อัมพาต ไตวาย และจอตาเสื่อม สายตามัวและตาบอดได้ในที่สุด (Castelli, 1982; วิทยา ศรีดามา, 2546; โรงพยาบาลราชวิถี, 2549) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการของอวัยวะต่างๆที่ถูกทำลายหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ในที่สุด จากการศึกษาของ วงเดือน ปันดี (2539) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62 และโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 49 นอกจากนี้ ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติเมื่ออายุ 55 ปีจะพบว่าในตลอดชีวิต (Life Time) ร้อยละ 90 มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นความดันโลหิตสูงและส่งผลต่อการเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต การตายจากโรคหลอดเลือดแดง

หัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลวและโรคไตอีกด้วย (Vasan, 2002: โรงพยาบาลราชวิถี, 2006) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่รู้ตัวและไม่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตที่สั้นลงกว่าบุคคลปกติ 10-20 ปี ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะเป้าหมาย ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพียง 7-10 ปีจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยที่เกือบร้อยละ 30 จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก หัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น แต่ถ้าสามารถลดความดันหรือสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะสามารถลดการเกิดอัมพาตได้ร้อยละ 35-40 ลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20-25 และลดการเกิดหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50 (โรงพยาบาลราชวิถี, 2006, หน้า 3) ดังนั้นถึงแม้ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยก็อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ (วิทยา ศุภคามา, 2546, หน้า 162) และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากมายหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง

ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนอกจากจะเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและประเทศชาติอีกด้วย จะพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง 1,748 เหรียญต่อปี หากมีการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือต้องล้างไต จะต้องเสียค่าใช้จ่ายถึง 35,024 และ 40,864 เหรียญต่อปีตามลำดับ สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและสมองตีบตันหรือแตกปีละ 11,000 ราย เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตปีละกว่า 150,000 ราย เสียชีวิตกว่า 45,000 ราย และต้องกลายเป็นคนพิการเพิ่มขึ้นปีละ 84,000 ราย จากปัญหาที่ผ่านมาทำให้ประเทศไทยจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) อีกทั้งยังสูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 782.37 บาทต่อครั้ง (คณะนักวิจัย 64 คน, 2548) และยังสูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) ผู้ป่วยอาจเกิดความทุกข์ทรมานต่อจิตใจจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียบทบาทในสังคม และการทำงาน เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวและสังคม ทำให้การมีคุณค่าในตนเองลดลงอีกด้วย (White, Richter & Frey, 1992)

โรคความดันโลหิตยังพบได้สูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ จากการศึกษพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) 130-139 มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) 80-89 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตในระดับต่ำกว่า มากถึง 2 เท่า (Vasan,

2002) จากการศึกษาวิจัยยังพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่มียุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน ประชากรกลุ่มนี้อาจมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ ความอ้วน ภาวะเครียด ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสูบบุหรี่และดื่มสุรามากขึ้น (Kaplan, 1998; คณะนักวิจัย 64 คน, 2548) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวต่างส่งผลต่อระดับความดันโลหิตทั้งสิ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักจะไม่รู้ตัวและไม่มีอาการแสดง แต่จะพบว่าตนเองมีระดับโลหิตที่สูงก็ต่อเมื่อมาพบแพทย์ด้วยโรคต่าง ๆ ที่โรงพยาบาล หรือมารับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งคาดว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และอายุของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะลดลงเรื่อย ๆ ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดและผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง จึงควรให้ความสำคัญกับการควบคุมและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการขยายการเฝ้าระวังค้นหาไปยังกลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติด้วย ดังรายงานการประชุมของคณะกรรมการความร่วมมือแห่งชาติว่าด้วยเรื่องการป้องกัน การค้นหาโรค การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงครั้งที่ 7 (The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 2003) ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงไม่ให้บุคคลกลุ่มนี้ก้าวไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตต่อไป

การรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งการรักษาด้วยยาและการไม่รับการรักษาด้วยยา ซึ่งทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภค และการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยยา สิ่งที่จะระวัง ได้แก่ อาการข้างเคียงของยา และการออกฤทธิ์ของยา (วิทยา ศรีธามา, 2546, หน้า 171) ฉะนั้นการรักษาด้วยการไม่ใช้ยาก็นับว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุด ในการวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการศึกษาการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย ตามลำดับ (สุชัญญา วงษ์เพ็ง, 2542; ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542; วันเพ็ญ จาริยะศิลป์, 2543; สนิษานู อนุสกุล, 2544; ธนิกานต์ เขื่อนดิน, 2545; ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ, 2549) ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ยั่งยืนควรเน้นในการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีความรู้ตลอดจนรู้จักตัดสินใจเลือกแนวทางที่สอดคล้องกับชีวิตตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Appel, 2003; Gibson, 1998; Bandura, 1986; สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2543;

WHO, 1994 อ้างถึงใน วิมลนิจ สิงหะ, 2548) ทั้งนี้บุคคลนั้น ๆ ต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์แนวทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) ซึ่งเป็นแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977 อ้างถึงใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2543, หน้า 59) มาประยุกต์ใช้โดยเน้นถึง 4 ปัจจัยหลักได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) เป็นการทำให้กลุ่มเสี่ยงประสบความสำเร็จจากการเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง โดยการรับประทานไขมันต่ำ ควบคุมการรับประทานเกลือโซเดียมไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน มีการออกกำลังกายแบบชนิดที่มีการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญพลังงาน (Aerobic Exercise) มีการจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้อง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง 2) ประสบการณ์จากการเห็น (Vicarious Experience) เป็นการที่ได้เรียนรู้ประสบการณ์ของตัวแบบบุคคลที่ประสบความสำเร็จจากการควบคุมความดันโลหิต โดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย โดยไม่ต้องรับประทานยาความดันโลหิตสูง และนำไปสู่การตัดสินใจกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมทั้งอธิบายข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงต่อร่างกาย 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางบวกซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น จนกลุ่มเสี่ยงได้เกิดการรับรู้และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถควบคุมความดันโลหิตให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ ซึ่งจะส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ

สำหรับนรศึกษาวิจัยในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงพบว่ายังมีการศึกษาน้อย เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่ร่างกายยังไม่ปรากฏอาการแสดงที่ผิดปกติ และยังไม่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข อีกทั้งยังไม่มีความตระหนักในการป้องกันโรค จึงเป็นงานที่พยาบาลชุมชนควรให้ความตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่งตั้งแต่แรกพบ รูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองจะเน้นรูปแบบกิจกรรมที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ช่วยให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงได้มีการเรียนรู้และเกิดความตระหนักในการควบคุม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะโรคความดันโลหิตสูง และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

## คำถามในการวิจัย

การรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิตหรือไม่

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง และกลุ่มที่ไม่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง

## สมมติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง
2. ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสุ่มสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยมุ่งศึกษาในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตราดที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแพทย์ไม่ได้ให้การรักษาด้วยยา ระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2552

### ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 รูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง

## 2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2 ระดับความดันโลหิต

## 3. ตัวแปรควบคุม ได้แก่

3.1 เพศ

3.2 อายุ

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. **กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) ชนิดปรอทตั้งโต๊ะ โดยวัดจากหลอดเลือดแดงบริเวณเหนือข้อพับศอก (Brachial Artery) ในท่านั่ง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 1 นาที

2. **รูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง** หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ภายใต้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) การรับรู้ความสามารถตนเองได้จากปัจจัยสนับสนุน 4 ประการ ได้แก่ การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง ประสบการณ์จากการเห็น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์

3. **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำกิจกรรม หรือ การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

3.1 การรับประทานอาหาร หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ ได้แก่ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว (Saturated Fat) อาหารเส้นใยสูงประเภทผักและผลไม้ งดอาหารรสเค็ม เครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือผสมน้ำตาล เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

3.2 การออกกำลังกาย หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ ประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สม่ำเสมอ และไม่ออกกำลังกาย

3.3 การจัดการความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำเพื่อคลายความเครียด โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การฝึกหายใจ การใช้ดนตรี ประเมินพฤติกรรมจัดการความเครียดจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

4 ระดับความดันโลหิต หมายถึง ตัวเลขที่แสดงค่าของความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) และค่าของความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ประเมินโดยเครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) ชนิดปรอทตั้งโต๊ะ วัดจากหลอดเลือดแดงบริเวณเหนือข้อพับศอก (Brachial Artery) ในท่านั่ง ภายหลังจากที่นั่งพักอย่างน้อย 5 นาที มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) ความดันโลหิตมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า ได้แก่

4.1 ความดันตัวบน หรือ ความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว แบ่งระดับตามองค์การอนามัยโลกและประชาคมโรคความดันโลหิตสูง (WHO & ISH, 1999) เป็น

ระดับปกติ (Normal)	< 130	mmHg.
ระดับปกติค่อนข้างสูง (High Normal)	130-139	mmHg.
ระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild Hypertension)	140-159	mmHg.
ระดับความดันโลหิตสูงปานกลาง (Moderate Hypertension)	160-179	mmHg.
ระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe Hypertension)	≥180	mmHg.

4.2 ความดันตัวล่าง หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว แบ่งระดับตามองค์การอนามัยโลกและประชาคมโรคความดันโลหิตสูง (WHO & ISH, 1999) เป็น

ระดับปกติ (Normal)	< 85	mmHg.
ระดับปกติค่อนข้างสูง (High Normal)	85-89	mmHg.
ระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild Hypertension)	90-99	mmHg.
ระดับความดันโลหิตสูงปานกลาง (Moderate Hypertension)	100-109	mmHg.
ระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe Hypertension)	≥110	mmHg.

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยอาศัยแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



