**ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความดันโลหิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง**

**The effect of a grouped-empowerment intervention program on blood pressure levels among hypertension at-risk group**

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ พย.ม.\* จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา วท.ม.\* สายพิน เม่งเอียด ส.บ.\*\* นันทนาถ ลีสุรพงศ์ ป.พย.\*\*\*

Wararat Tiparat MSN.\* Janpen Leartwanawattana M.Sc.\* Saipin Meng-aied B.P.H\*\* Nantanat Leesurapong RN\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มของ ดารณี จามจุรี ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ทั้งค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิก ในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งภายหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ทั้งค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม กลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง

**Abstract:**

This quasi-experimental research, two-group pre-post test design, aimed to study the effects of a grouped-empowerment intervention program on blood pressure levels of hypertension at risk group. The sample of 58 subjects was divided into control and experimental groups. The control group received routine nursing care. The experimental group received grouped-empowerment intervention developed by Daranee Jamjuree based on Gibson’s concept of empowerment. Results revealed that the averages of systolic and diastolic blood pressure levels of the experimental group post-program were lower than the pre-program levels: immediately after completion of the program and 12 weeks after program completion. The experimental group also had systolic and diastolic blood pressures statistically significant lower than those of the control group.

**Keywords:** grouped-empowerment intervention program, hypertension at risk group

\* Registered nurse senior professional level, Boromarajonani college of nursing, Trang

\*\* Director of health promotion hospital, Natamtai sub-district health promotion hospital, Trang

\*\*\* Registered nurse professional level (Nursing), Natamtai sub-district health promotion hospital, Trang

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

สถานการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเกือบพันล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรกว่า 1.56 พันล้านคนจะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน และในจำนวนผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในชายและร้อยละ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน (หรือไม่รู้ตัวว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง)1 ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่อันตรายเนื่องจากคนที่มีความดันโลหิตสูงส่วนมากมักจะไม่มีอาการ จึงทำให้คนส่วนใหญ่ละเลยไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดตามอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดบริเวณสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง เกิดโรคหัวใจจากเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ตาบอด ไตพิการ เนื้อสมองตาย เนื่องจากเส้นเลือดตีบหรือแตกเกิดเป็นอัมพาตช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น การป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในระยะแรก (primary prevention) โดยการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ก่อนที่จะมีอาการของโรค เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะยับยั้งการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงรวมทั้งลดผลกระทบต่างๆ ที่ตามมา2 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นบุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 8.7 เท่า และบุคคลที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 14 เท่า โดยบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้3 และการมีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงในครอบครัว ทำให้บุตรมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 30-604 นอกจากนั้นยังพบว่า มีความดันโลหิตค่อนข้างสูง (pre-hypertension) ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งค่าความดันโลหิตดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าค่าความดันโลหิตปกติหรือน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท ถึง 1.79 เท่า5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมสามารถป้องกัน และยืดระยะเวลาการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงออกไปได้ ถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ยังไม่มีภาวะดังกล่าว6

จากข้อมูลผลการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงของจังหวัดตรัง ปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.61 ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด ตำบลนาท่ามใต้ เป็นพื้นที่หนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง และพบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.457 ดังนั้นการประเมินว่าบุคคลกลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่ มีความสำคัญมากเนื่องจากมีผลต่อการระบุโอกาสต่อการเป็นภาวะนี้ว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ2 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม รวมทั้งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .058 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองในระดับมาก มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง มีระดับความดันโลหิตลดลง9 แต่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และยังไม่พบว่ามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมาใช้กับกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจุรี10 ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson11 มาใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย โดยเป็นกระบวนการในการพัฒนาบุคคลให้มีความเชื่อถือในศักยภาพและความสามารถของบุคคล รวมทั้งการใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดความเข้าใจ มีการตัดสินใจอย่างอิสระ สามารถจัดการสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ควบคุมตนเองโดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยครอบคลุม 3 อ. ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ หรือการจัดการความเครียด ซึ่งประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงนี้ จะลดอัตราอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงรายใหม่ บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ตลอดจนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านลดเสี่ยง ลดโรคได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิต ทั้งค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิต ทั้งค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม หลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ความดันโลหิต ทั้งค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิก ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีระดับต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ความดันโลหิต ทั้งค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิก ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ทั้งภายหลังการทดลองทันทีและภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ มีระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของดารณี จามจุรี10 ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson11 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม 2) การค้นหาสภาพการณ์จริงเพื่อประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ สะท้อนคิดถึงสาเหตุของปัญหา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง 4) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับข้อมูลความรู้ที่เหมาะสม สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหานั้นและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติได้ 5) การดำเนินการด้วยตนเอง เมื่อเกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถเลือกวิธีในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติได้เหมาะสม และ6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ทั้งนี้การที่พยาบาลและสมาชิกกลุ่มช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงนั้น มีการแลกเปลี่ยนทั้งพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จจากสมาชิกกลุ่ม ก็จะทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดกำลังใจและมีทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงและมีแนวโน้มอยู่ในระดับปกติได้

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups the pre-post test design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2557 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 18 สัปดาห์ วัดความดันโลหิตก่อน หลังการทดลองทันที และหลังการสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ มาตามนัด วัดความดันโลหิต พบแพทย์ และให้คำแนะนำ

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 และ 4 ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรังมากกว่า 6 เดือน ซึ่งได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยมีค่า Power ที่ยอมรับได้ = .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = .80 ต้องมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน ในการวิจัยนี้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คนเพื่อป้องกันการออกจากการทดลองขณะดำเนินการทดลอง ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน12 โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 เดือน 2) ไม่มีประวัติบิดา/มารดา หรือพี่น้องสายตรงมีภาวะความดันโลหิตสูง 3) มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร2 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในช่วงดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เนื่องจากน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้ความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีน้ำหนักเกินจะมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักปกติ13 4) ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเลือด เป็นต้น 5)มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ และ 6) ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 และกลุ่มควบคุม 30 คนอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 4 ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน จึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกัน (matched paired) ในเรื่องของเพศ อายุ ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (exclusions criteria) คือขณะเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ เช่น ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความดันโลหิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของดารณี จามจุรี10 ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson11 ประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความดันโลหิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง 2) แผนการสอนเรื่อง ภาวะความดันโลหิตสูงและการป้องกันตนเองไม่ให้มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย การแบ่งระดับความดันโลหิต และการป้องกันตนเอง 3) คู่มือการสร้างพลังอำนาจสำหรับตนเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเนื้อหาประกอบด้วย การป้องกันตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ได้ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคือ .87และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินแผนการสอน คู่มือ และทดสอบความเป็นปรนัย ดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท (mercure sphygmanometer) ยี่ห้อ MAC รุ่น 800 จำนวน 1 เครื่อง และเครื่องหูฟัง (stethoscope) ยี่ห้อ DULUX จำนวน 1 อันหาความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ (test-retest) กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคนเดิม 2 ครั้ง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99และใช้เครื่องเดิมตลอดการวิจัย เพื่อประเมินความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1)แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง พัฒนาจากแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง14 เป็นแบบสอบถามทางบวกและทางลบ จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)4 ระดับคือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง พัฒนาจากแบบวัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของดารณี จามจุรี10 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอนตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ข้อคำถามทั้ง 2 ชุดผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคือ .92และ.85 และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และได้รับการอนุมัติเมื่อ 18 กรกฎาคม 2556 จากนั้นทำหนังสือขออนุญาตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพื่อเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัย หลังจากนั้นได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยชี้แจงรูปแบบของการศึกษา ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาระหว่างทำการวิจัยโดยไม่มีผลเสียใดๆ รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้และไม่เปิดเผยความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่เปิดเผยจะเป็นข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเท่านั้น

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 18 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์แรกขั้นตอนการสร้างความร่วมมือและการค้นหาสภาพการณ์จริงของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและประเมินพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยน สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นนำเสนอ เปิดโอกาสให้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และวางแผนการควบคุมสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนการสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร ผู้วิจัยให้ความรู้ พร้อมแจกคู่มือ และให้ตัวแบบที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาเล่าประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ซักถาม ให้กำลังใจในการปฏิบัติตน และให้ทำแบบประเมินการปฏิบัติว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ หากพบว่าไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้ ร่วมวางแผนและหาแนวทางการช่วยเหลือสัปดาห์ที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเองโดยการโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือน ซักถามอาการทั่วไป ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ สัปดาห์ที่ 6, 10 และ14 ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยวัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นให้เล่าประสบการณ์การปฏิบัติตนทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจและหาแนวทางแก้ไข และสัปดาห์ที่ 18 ประเมินความดันโลหิต

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยผู้วิจัยเข้าพบในสัปดาห์ที่ 1 และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพร้อม pre-test พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและวัดความดันโลหิต นัดพบครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำ post-test พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและวัดความดันโลหิต และนัดพบครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 18 เพื่อวัดความดันโลหิตและสอนตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มพร้อมแจกคู่มือ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (paired t-test)

**ผลการวิจัย**

จากผลการศึกษาพบว่าในสัปดาห์ที่ 18 ของการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 1 คน มีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากมีอาการกำเริบของโรคประจำตัว คือ หอบหืด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนวันนัดพบกลุ่ม ซึ่งอาการดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน เป็นกลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ เพศ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** | **รวม** | **กลุ่มทดลอง** | | **กลุ่มควบคุม** | |  | ***p-value*** |
| **(n = 29)** | | **(n = 29)** | |
| **จำนวน(ร้อยละ)** | | **จำนวน(ร้อยละ)** | |
| **อายุ(ปี)** *Mean*=55.80 *SD*=9.86 Min=39 Max= 77 .833 .841 | | | | | | | |
| 30-39 | 1(1.73) | 1(3.45) | | 0 | |  |  |
| 40-49 | 15(25.86) | 7(24.14) | | 8(27.59) | |  |  |
| 50-59 | 23(39.66) | 12(41.38) | | 11(37.93) | |  |  |
| 60-69 | 13(22.41) | 6(20.69) | | 7(24.14) | |  |  |
| 70-79 | 6(10.34) | 3(10.34) | | 3(10.34) | |  |  |
| **เพศ** |  |  | |  | | .000 | 1.000 |
| ชาย | 10(17.24) | 5(17.24) | | 5(17.24) | |  |  |
| หญิง | 48(82.76) | 24(82.76) | | 24(82.76) | |  |  |
| **ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก** **(mmHg)** *Mean*= 135.43 *SD*= 2.831 2.644 .450 | | | | | | | |
| Min=124 Max= 138 | | | | | | | |
| 120-126 | 5(8.62) | 2(6.89) | | 3(10.34) | |  |  |
| 127-133 | 14(24.14) | 8(27.59) | | 6(20.68) | |  |  |
| 134-138 | 39(67.24) | 19(65.52) | | 20(68.98) | |  |  |
| **ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก** **(mmHg)** *Mean*=85.05 *SD*=2.77 1.669 .196 | | | | | | | |
| Min=80 Max= 88 | | | | | | | |
| 80-82 | 15(25.86) | 7(24.14) | | 8(27.58) | |  |  |
| 83-85 | 12(20.69) | 5(17.24) | | 7(24.14) | |  |  |
| 86-89 | 31(53.45) | 17(58.62) | | 14(48.28) | |  |  |
| **ดัชนีมวลกาย** **(Kg/m2)**  *Mean*=25.79  *SD*=3.69 3.107 .212 | | | | | | | |
| Min=23.00 Max= 30.83 | | | | | |  |  |
| 23.00-24.99  25.00-27.49  27.50-29.99 | 31(53.45)  13(22.41)  7(12.07) | 16(55.17)  6(20.69)  3(10.34) | | 15(51.72)  7(24.14)  4(13.80) | |  |  |
| 30.00-32.49 | 7(12.07) | 4(13.80) | | 3(10.34) | |  |  |
|  | | |  | |  | | |

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองทันที ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวแปร** | **กลุ่มทดลอง** | | | | | **กลุ่มควบคุม** | | | | |
| ***Mean*** | ***SD*** | ***df*** | ***t*** | ***p-value*** | ***Mean*** | ***SD*** | ***df*** | ***t*** | ***p-value*** |
| **ความดันโลหิตซิสโตลิก** | | | | | | | | | | |
| - ก่อนการทดลอง | 136.00 | 2.56 | 28 5.942 .000\* | | | 135.66 | 2.40 | 28 1.284 .210 | | |
| - หลังการทดลอง | 132.00 | 3.51 | 136.34 | 2.83 |
| ทันที |  |  |  | | |  |  |  | | |
| **ความดันโลหิตไดแอสโตลิก** | | | | | | | | | | |
| - ก่อนการทดลอง | 85.59 | 2.69 | 28 2.176 .038\* | | | 84.83 | 2.75 | 28 1.787 .085 | | |
| - หลังการทดลอง | 84.07 | 3.64 | 86.41 | 2.85 |
| ทันที |  |  |  | | |  |  |  | | |

\*p < .05

3**.** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ทั้งค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังการทดลองทันทีและหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กลุ่มตัวอย่าง** | **ความดันโลหิตซิสโตลิค** | | | | | | **ความดันโลหิตไดแอสโตลิค** | | | | |
| ***Mean*** | ***SD*** | ***df*** | ***t*** | ***p-value*** | | ***Mean*** | ***SD*** | ***df*** | ***t*** | ***p-value*** |
| **ก่อนการทดลอง** | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| -กลุ่มทดลอง | 136.00 | 2.56 | 28 1.044 .305 | | | | 85.59 | 2.69 | 28 1.580 .125 | | |
| -กลุ่มควบคุม | 135.66 | 2.40 | 84.83 | 2.75 |
| **หลังการทดลองทันที** | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| -กลุ่มทดลอง | 132.00 | 3.51 | 28 | 3.455 | .002\* | | 84.07 | 3.64 | 28 | 2.843 | .008\* |
| -กลุ่มควบคุม | 136.34 | 2.83 | 86.41 | 2.85 |
| **หลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์** | | | | | | | | | | | |
| -กลุ่มทดลอง | 126.21 | 8.13 | 28 | 5.940 | .000\* | 75.24 | | 5.87 | 28 | 9.784 | .000\* |
| -กลุ่มควบคุม | 136.52 | 5.28 | 86.76 | | 3.23 |

\*p < .05

**การอภิปรายผล**

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือ ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และความดันโลหิต ค่าซิสโตลิกและค่าไดแอสโตลิกของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ภายหลังการทดลองทันที และภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ มีระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของดารณี จามจุรี10 ทำให้กลุ่มทดลองมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนเองด้วยการตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน ผ่านกระบวนการค้นหาสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณทำให้กลุ่มทดลองมีการวิเคราะห์ ไตร่ตรอง ตระหนักคิดถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสะท้อนคิดด้วยตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายเข้าใจสถานการณ์ตนเอง สามารถคิด วิเคราะห์แยกแยะปัญหาต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง15 กระบวนการดังกล่าวทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ มีความรู้เพิ่มขึ้น16 โดยในช่วงแรกกลุ่มทดลองไม่ทราบว่าพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติจะเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลังจากได้รับการสนับสนุนด้านความรู้เป็นรายกลุ่ม พร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองร่วมกับการเรียนรู้จากตัวแบบจริง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และใช้ความรู้ที่ได้มาประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงทั้งในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดที่เป็นของตนเองสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการได้รับข้อมูลย้อนกลับทางบวกจากสมาชิกกลุ่มที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงเหมือนกัน ทำให้เกิดความตระหนักว่าไม่ได้มีเฉพาะตนเองที่ประสบปัญหามีภาวะเสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูง ยังพบว่ามีสมาชิกอื่นก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง ก็จะกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม17 และกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้น ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ร่วมค้นหาปัญหาและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันจากพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้เกี่ยวกับสภาพปัญหาที่แท้จริงและเป็นการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจในการปฏิบัติ ก็จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังสิ้นสุดการทดลองมีค่าลดลง (ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย ลดลง 4 mmHg ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย ลดลง 1.52 mmHg) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์แบบผันตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความดันโลหิตค่าบนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง18 และการศึกษาด้านการออกกำลังกายพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ19

นอกจากนั้นยังอธิบายได้ว่าหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 6) กลุ่มทดลองยังคงมีการปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยยังมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันทุก 4 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 ครั้ง ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ โดยสมาชิกกลุ่มได้ชี้แนะแนวทางแก้ไขและให้กำลังใจในผู้ที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความเป็นพวกเดียวกัน ทำให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรค เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น15,20,21 และทุกครั้งที่มีการพบกลุ่มจะมีการวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินค่าที่เปลี่ยนแปลง ทำให้กลุ่มทดลองเห็นตัวเลขค่าความดันโลหิตที่ลดลงในแต่ละสัปดาห์ที่มาพบกลุ่ม ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติตนมากขึ้น โดยกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากสุดด้านอาหารคือ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จด้วยการทอดฯ ด้านการออกกำลังกายคือ มีการประเมินความพร้อมของตนเองก่อนออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ด้านการจัดการความเครียดคือ การลดการใช้ยาระงับประสาทหรือยานอนหลับ และจากการที่มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ก็จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงด้วย (ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยลดลง 9.79 mmHg ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยลดลง 10.35 mmHg) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการบริโภคอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงได้ด้วย22  และผลการวิจัยสนับสนุนการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ที่เสี่ยงภาวะความดันโลหิตและมีภาวะอ้วนลงพุง มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0523 รวมทั้งทำให้มีการจัดการในการตัดสินใจดีขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง24

จากผลการวิจัยครั้งนี้นับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยดำเนินตามโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของดารณี จามจุรี10 ทำให้ความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลง รวมทั้งมีการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นพบว่าทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไป ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และไม่ได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพบว่ามีค่าคะแนนของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงก่อนและหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น

**ข้อเสนอแนะ**

***ด้านการปฏิบัติการพยาบาล*** พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ควรนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอนไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อการกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงเกิดการสะท้อนคิด วิเคราะห์ตนเอง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกัน จะเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการศึกษา นำผลจากการวิจัยไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะของการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องต่อไป

***ด้านการ*ทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในระยะยาว เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไปและมีการติดตามทุก 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงและค่าความดันโลหิต

2. ในการศึกษากลุ่มเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง ควรมีการควบคุมตัวแปรที่สำคัญ คือ ปัญหาโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ เช่น โรคหอบหืด เป็นต้น

**ข้อจำกัดของการศึกษา**

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) และจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) ทั้งด้าน เพศ อายุ ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย จำนวน 30 คู่ จึงทำให้ต้องสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรังที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Health Information and Statistics 2012 [Cited 5 March 2013]. Available from <http://bps.ops>. moph.go.th/index. php?mod=bps&doc=5; 2555. (in Thai)
2. Pradipasen M, Chongsuwat R, Hudthagoso C. Excessive & imbalance consumption: Excessive sugars, excessive fat, excessive sodium . In: N. Srichang, K. Jareondee, S. Patarakulpanich, L. Jumpakeow, editors. *Book series: Excessive & Imbalance consumption: Excessive sodium*. Bangkok: National Office of Buddhism press; 2011. p. 9-63. (in Thai)
3. Jantasuwan R. The study of risk factor on hypertension community. Nakhon Sithammarat. Nakhon Sithammarat: Walailax University; 2006. (in Thai).
4. Groer MW. Advanced pathophysiology: Application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott; 2001.
5. Joint National Committee. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. US. NIH Publication; 2003.
6. Bureau of Non-communicable disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health*.* Lesson learned from community report: Reduce risk, reduce non-communicable disease in community 2010*.* Bangkok: n.p; 2011. (in Thai)
7. Public health office of Trang. The report of chronic patient data. [Cited 16 May 2013]. Available from http://tro.moph.go.th/provis/main/index.php; 2010. (in Thai)
8. Terdudomtham A. The effect of empowerment program on complication preventive behavior in older people with essential hypertension. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
9. Yuwadee A. Self-care empowerment in essential hypertension patients, Uthai Thani hospital. Nakhon Sawan: Nakhon Sawan Rajabhat University; 2009. (in Thai).
10. Daranee Jamjuree. The Development of an empowerment model for health in chronically ill patients. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2005. (in Thai).
11. Gibson C H. The process of empowerment I mothers of chronically ill children. J ADY NURS 1995; 21(6), 1201-10.
12. Polit F D, Hungler P B. Nursing research: Principle and methods. Philadelphia: Lippincott; 1999.
13. Kawada T. Body mass index is a good predictor of hypertension and hyperlipidemia in a rural Japanness population. Int J obes relat. Mctab Disord: 725-729.
14. Puangniyom P. The effect of self-efficacy program on health promoting behavior among prehypertension adults in Mueang Disrict, Trat Provice. Chonburi: Burapha University; 2009. (in Thai).
15. Suriyathai J, Wongsit S, Phankeaw S, Wongsukpisan M. Effects of group empowerment on dyspnia and quality of life among complex chronic. Journal of Health Science 2011; 20(2): 313-322. (in Thai).
16. Rafael F, Adeline R. Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring. ADV NURS SCI 2001: 24(1): 1-16: [internet]. 2001 [cited 2015 May 8]. Available from: <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2001/09000/empowerment_as_a_Process_of_Evolving.4.aspx>.
17. Pakjarung T. Group process and family support on Diabetic controlling of type 2 Diabetic patients at Chongsammoh primary care unit, Khonsawan Chaiyaphum Province. Khonkaen: Khonkaen University; 2005. (in Thai).
18. Siemmai A. Blood pressure prediction model for hypertensive patients at Saraburi hospital in 2009. Saraburi: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
19. Sitthikoson N, Kompayak J, Durongritichai V, Panpakdee O. The tool development for screening the risk of primary hypertension for community nursing practitioner. Thai journal of cardio-thoracic nursing 2007; 18(1). (in Thai).
20. Onnon B. Effect of group empowerment on self-care agency among persons with Diabetes Mellitus. Chiangmai: Chiangma University; 2004. (in Thai).
21. Pornweang Y, Meunma W, Srisuwannophakul P , Kaewyoungphang W. The effect of group empowerment on foot care behaviors and quality of life in type 2 Diabetes patients with foot ulcer. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 2002; 22(2): 85-97. (in Thai).
22. Silathong J. Predictive the factors of hypertensive prevention health behavior among rish adult at Banlaem community in Petchaburi Province. Nakronpratom: Christian University; 2010. (in Thai).
23. [Chang AK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Chang%20AK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23050578), [Fritschi C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fritschi%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23050578), [Kim MJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kim%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23050578). Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome. Contemp Nurse 2012: 42(1): 118-28 [internet]. 2012 [cited 2015 May 8]. Available from: http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/23050578 doi: 10.5172/conu.2012.42.1.118. PubMed PMID: 23050578.
24. [Deinzer A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Deinzer%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19534034), [Veelken R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Veelken%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19534034), [Kohnen R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kohnen%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19534034), [Schmieder RE](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schmieder%20RE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19534034). Is a shared decision-making approach effective in improving hypertension management. J Clin Hypertens (Greenwich) 2009: 11(5): 266-70 [internet]. 2009 [cited 2015 May 8]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19534034. PubMedPMID: 19534034.