

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลเชียงกลาง

ณัชปภา เกลียวทอง¹, พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลิคบายส์, คู่มือการจัดการตนเอง, สื่อวีดิทัศน์และวีดีโอคลิปให้ความรู้ และแบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท หูฟัง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและรอบเอวต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้, พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบบทความ: ณัชปภา เกลียวทอง E-mail: chalermphen_amm@hotmail.com

¹กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงกลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

The Development of a System for Classification of Patients in Emergency Department at Chiangklang Hospital, Chiangklang District, NAN Province

Natpapha Kliewthong¹, B.N.S.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-management program on health behaviors and blood pressure levels of persons with uncontrolled hypertension. The samples consisted of uncontrolled hypertension patients who were on the list of treatment in the Chronic Disease Clinic, Chiangklang hospital, Nan province. Sixty participants selected by criteria which were equally divided into the experimental group and the comparison group of 30 subjects. The experimental group received self-management program and the routine nursing care for an eight-week period while the comparison group received only the routine nursing care. The research instruments consisted of the self-management promoting program in patient with uncontrolled hypertension was developed by the researcher based on the self-management concept of Kanfer & Gaelick-Buys, handbook of self-management, videos about hypertension and how to self-manage for patient with uncontrolled hypertension, a book recording of self-management in patient with uncontrolled hypertension, manual blood pressure monitoring and the health behaviors for patient with uncontrolled hypertension questionnaire. The reliability of health behaviors questionnaire was .94., tested by Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test and paired t-test. This research results indicated that the mean score of the health behaviors of persons with uncontrolled hypertension after receiving the self-management promotion program was statistically significantly higher than before and higher than the control group ($p < .01$). Systolic blood pressure and diastolic blood pressure, BMI and waist circumference of patients with uncontrolled hypertension after receiving the self-management promotion program was statistically significantly lower than before applied intervention and lower than the control group ($p < .05$) as well.

Keywords: Self-management program, Uncontrolled hypertensive patients, Health behavior

Corresponding Author: Natpapha Kliewthong E-mail: chalermphen_amm@hotmail.com

¹Nursing organization, Chiangklang hospital, Nan provincial public health office.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก เนื่องจากมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และความดันโลหิตสูงยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดและไตวาย เป็นต้น (Kario K, Mogi M, Hoshida S., 2022) รายงานจากองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ.2562 ทั่วโลกมีประชากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.13 พันล้านคน โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 144 จากปีพ.ศ.2533 (NCD Risk Factor Collaboration, 2021) โดยอัตราส่วนการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในเพศชาย พบ 1 ใน 4 ส่วนในเพศหญิง พบ 1 ใน 5 โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวนกว่า 17.9 ล้านคน จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก 56.9 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็น 44 เปอร์เซ็นต์ จากผู้เสียชีวิตทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน ทั้งนี้พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7 ล้านคน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีจำนวนมากถึง 2.8 ล้านคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสียชีวิต ถึงร้อยละ 73.79 (Kario, K., Okura, A., Hoshida, S. et al., 2024) นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาเสี่ยงที่เด่นชัดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปัจจัยด้านอื่น ๆ (World Health Organization, 2023) จะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมายังพบอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ การขาดความตระหนักในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาทิ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารรสเค็ม การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีการออกกำลังกายเลย การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่มาพบแพทย์ตามนัดและการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มชา กาแฟ (Vokonas PS, Kannel WB, Cupples LA, 2023. & Huang Z, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA., 2022)

แนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้นั้น คือ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เป็นสาเหตุทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต ดังนั้นเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concept) ของแคนเฟอร์และแกลิกบายส์ (Kanfer FH, Gaelick-Buys L., 1991) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีความเชื่อว่าไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวของบุคคลนั้นเอง กล่าวคือ บุคคลมีบทบาทหลักในการดูแลจัดการและรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองนี้ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพทำหน้าที่สร้างแรงจูงใจให้กับบุคคล เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง แต่เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังเป็นปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดในการ

ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่ผ่านมา เพราะเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเกิดเป็นความเคยชิน และกลายเป็นวิถีชีวิต ผลการศึกษาการใช้แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ของ สายฝน วรรณขาว (2562) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพ.ภรณ์ จันทรศรี, กนกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล (2020) พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $<.001$ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563) พบว่าผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และพบว่าผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) กล่าวโดยสรุปแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่สำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นหนึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องเฝ้าระวังของจังหวัดน่าน โดยในปี 2566 จังหวัดน่าน มีจำนวนผู้ป่วย 70,184 คน และพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี จำนวน 39,014 คน (ร้อยละ 56.88) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60) ในขณะที่โรงพยาบาลเชียงกลาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิที่มีแนวโน้มพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 258 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 285 ราย ในปี 2564 ทั้งนี้ในปี 2565 มีจำนวน 249 ราย และเพิ่มเป็น 254 ราย ในปี 2566 และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 1,515 ราย, 1,537 ราย, 1,569 ราย และ 1,490 ราย ในปี 2563 – 2566 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 60 ที่กำหนด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากประเด็นปัญหาและความสำคัญในการจัดการปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน จึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง และสามารถจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา สนับสนุน และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ดีขึ้นและเกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาสุขภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีผลอย่างไรต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลเขียงกลาง จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

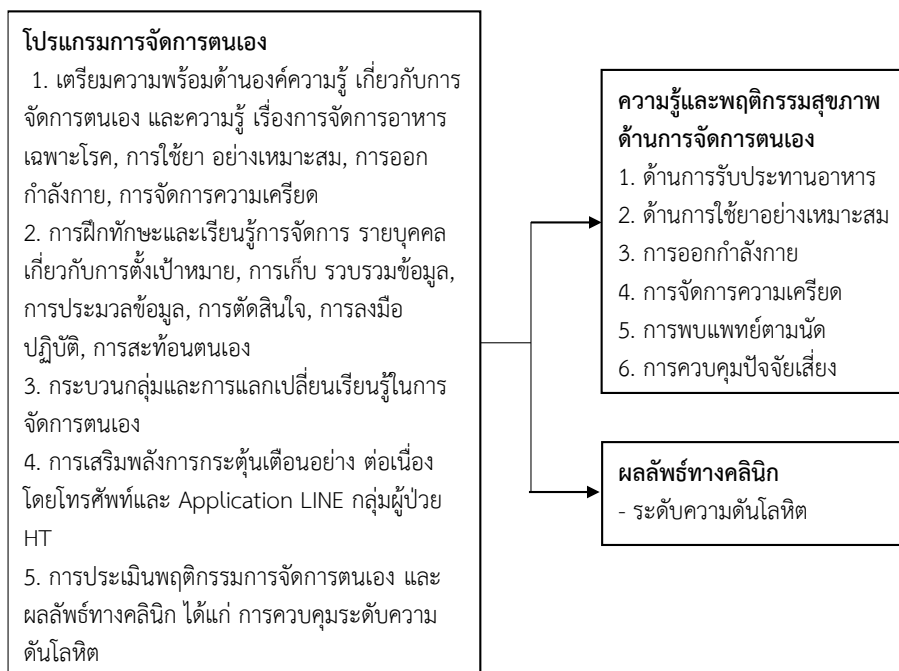
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการใน

โรงพยาบาลเขียงกลาง จังหวัดน่าน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่อยู่ว่าความตระหนัก และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการเจ็บป่วยของตนเอง การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดของแคนเฟอร์และแกลิกบายส์ (1991) เป็นแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ผ่านกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องตลอด 8 สัปดาห์ โดยการให้ความรู้ บันทึกการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการประชุมกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ให้คงไว้ซึ่งปกติ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (two group pretest - posttest designs) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นค่าความดันโลหิตที่ได้จากการวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง ด้วยเครื่องมือในสถานพยาบาล สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต และโรคไทรอยด์ เป็นต้น

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ โคเฮน (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แยกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และอีก 30 คน เป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย

1. โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง สร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลลิคบายส์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตนเอง โดยมี 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบความถูกต้องในการกำกับ การจดบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีการประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. คู่มือการจัดการตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะแบบเติมข้อความ ประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเป็น

รายบุคคล โดยผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง 3) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะ ที่ได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกปี ปีละ 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

1. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ นพากรณ์ จันทรศรี, กนกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิณ (2020) ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (3) พฤติกรรมการจัดการความเครียด (4) พฤติกรรมการรับประทานยา (5) พฤติกรรมการพบแพทย์ตามนัด และ (6) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน และผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลยใน 1 สัปดาห์ ให้ 0 คะแนน คิดเกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการแบ่งอันตรายภาคขึ้น ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ และแปลผลดังนี้ คือ คะแนน 0.00-1.00 หมายถึง ระดับไม่ดี คะแนน 1.01-2.00 หมายถึง ระดับพอใช้ คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง ระดับดี และคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง ระดับดีมาก

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้อง ครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเชียงกลาง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (เวชปฏิบัติครอบครัว) 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงและตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่า CVI = 0.86 จากนั้นนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพฯ มาตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่าเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Dependent t-test (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความ

ต้นโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน รหัส NAN REC 66-40 ลงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย โดยกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองหลังจากรับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และรับทราบเรื่องโอกาสการถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อโดยจะยังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ จากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 1 โดยประกอบด้วย จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.00	11	36.67
หญิง	18	60.00	19	63.33
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 50 ปี	9	30.00	8	26.67
51-60 ปี	14	46.67	15	50.00
61-70 ปี	5	16.67	6	20.00
สูงกว่า 70 ปี	2	6.67	1	3.33
การศึกษา				
ประถมศึกษา	10	33.33	9	30.00
มัธยมศึกษา	12	40.00	11	36.67
ปวส./อนุปริญญา	6	20.00	7	23.33
ปริญญาตรี	2	6.67	3	10.00
ปริญญาโทและสูงกว่า	0	0.00	0	0.00

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกร	14	46.67	15	50.00
รับจ้าง	8	26.67	9	30.00
ค้าขาย	4	13.33	3	10.00
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	4	13.33	3	10.00
สถานภาพสมรส				
โสด	2	6.67	1	3.33
คู่	20	66.67	21	70.00
หม้าย	6	20.00	7	23.33
หย่า/แยกกันอยู่	2	6.67	1	3.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 5,000 บาท	15	50.00	13	43.33
5,001-10,000 บาท	9	30.00	10	33.33
มากกว่า 10,000 บาท	6	20.00	7	23.33
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)				
น้อยกว่า 2 ปี	2	6.67	2	6.67
2-6 ปี	22	73.33	21	70.00
มากกว่า 6 ปี	6	20.00	7	23.33

จากตาราง 1 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 2-6 ปี มากที่สุด ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับกลุ่มเปรียบเทียบที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมกับกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	107.34	6.78	83.58	7.54	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	130.15	9.29	143.75	12.38	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	71.38	6.35	77.29	7.98	.005*

Independent t-test, *Significant at the 0.05 level

จากตาราง 2 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 107.34$, S.D. = 6.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 130.15$, S.D. = 9.29 และ $\bar{x} = 71.38$, S.D. = 6.35) ส่วนกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 143.75$, S.D. = 12.38 และ $\bar{x} = 77.29$, S.D. = 7.98) โดยค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งสองค่า

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
กลุ่มควบคุม					
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	84.27	7.34	83.58	7.54	.088
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	138.47	12.25	143.75	12.38	.257
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	73.85	10.96	77.29	7.98	.471
กลุ่มทดลอง					
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	83.59	7.54	107.34	6.78	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	139.64	11.75	130.15	9.29	.012*
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	82.59	9.87	71.38	6.35	.000*

Paired t-test, *Significant at the 0.05 level

จากตาราง 3 การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 107.34$, S.D. = 6.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 139.64$, S.D. = 11.75 และ $\bar{X} = 82.59$, S.D. = 9.87 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 130.15$, S.D. = 9.29 และ $\bar{X} = 71.38$, S.D. = 6.35 ตามลำดับ) กล่าวโดยสรุปค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งสองค่า

วิจารณ์

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 อีกด้วย สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ ซึ่งประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะแก้ไข ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคคลากรทางสุขภาพ โดยได้มีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่าน สื่อวีดิทัศน์และคลิปวิดีโอผ่าน Application line เกี่ยวกับโรคดันโลหิตสูงและการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (นลินี หนูห่วง, 2566) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ปฐยาวัชร ปรากฏผล, อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ, กนกพร แก้วโยธา (2566) โดยพบว่าปัจจัยด้านความรู้และการได้รับการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพากรณ์ จันทรศรี, กนกพร นทีชนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล (2020) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563) ที่พบว่าการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ซึ่งอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีผลต่อค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง โดยโปรแกรมการจัดการตนเองมีกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น โดยอาศัยกลวิธีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น กลุ่มทดลองจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยในโปรแกรมการให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้านทุกวัน เพื่อส่งเสริมให้มีการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และให้เสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล โดยการติดตามโทรศัพท์เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8 เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามตนเอง (self-monitoring) และการประเมินตนเอง (self-evaluation) ผ่านการพูดคุยเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบจากบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองที่กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกไว้ทุกวัน มีการให้กำลังใจและให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ว่าจะสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการตนเองของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563) ประกอบด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มักจะพบอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ การขาดความตระหนักในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้นั้น คือ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เป็นสาเหตุทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต ดังนั้นเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงผู้ป่วยโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ

โปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยสามารถจัดการตนเองและมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา จนส่งผลให้เพื่อสามารถควบคุมและลดผลกระทบจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

2. สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยในระยะยาว โดยอาจเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตถึงความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองซ้ำในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ

3. การศึกษาโดยเพิ่มการพัฒนาสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ทุกช่องทาง และเพิ่มกระบวนการดูแลโดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารการแพทย์สาธารณสุขในทุกกระดับ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยและญาติทุกคนที่มีส่วนสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ จนผลการศึกษามีขึ้นบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถิติจำนวนอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). การสาธารณสุขไทย 2559 -2560 Thai Health Profile 2016 -2017. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

นพากรณ จันทรศรี, กนกพร นทีชนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล. (2020). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *scihcu* 2020, 6, 58-68

นลินี หนูห่วง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 8(4), 264-74.

ปฐยาวัชร ปราภผล, อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ, กนกพร แก้วโยธา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง. *วารสารสุขภาพและการ*

- ศีกษาพยาบาล. 27(1), 151-65.
- สายฝน วรรณขาว. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์*. 11(1), 126-141.
- สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร* 47(2), 85-97.
- Cohen J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Huang Z, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA. (2022). Body weight, weight change, and risk for hypertension in women. *Annals of internal medicine*. 128(2), 81-8..
- Kanfer FH, Gaelick-Buys L. (1991). Self-management methods. *APA*. 52(1), 305-60.
- Kario K, Mogi M, Hoshide S. (2022). Latest hypertension research to inform clinical practice in Asia. *Hypertens Res*. 45, 555–72.
- Kario, K., Okura, A., Hoshide, S. et al. (2024). The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res* 47, 1099–1102
- NCD Risk Factor Collaboration. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 398, 957–80.
- Vokonas PS, Kannel WB, Cupples LA. (2023) Epidemiology and risk of hypertension in the elderly: the Framingham Study. *Journal of hypertension. Supplement: official journal of the International Society of Hypertension*. 6(1), S3-9.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension statistics*.
- World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023, p. 1–276.