

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

บานเย็น เอกศิริ, วท.บ.¹, กำพล เข้มทอง, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลังทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 รวม 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย 54.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่าง 6 – 10 ปี มากสุด ร้อยละ 43.3 ด้านความรู้ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย 19.6 คะแนน หลังการให้กิจกรรมตามโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย 35.0 คะแนน คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการให้กิจกรรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้น 4.35 คะแนน (95%CI=3.63-4.48) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คะแนน การดูแลตนเองหลังโปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 45.3 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 58.3 คะแนน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 9.11 คะแนน (95%CI=5.65-9.96) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ผลจากโปรแกรมจัดการตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: sangkam.yen@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ Email: baokamk@gmail.com

The Effect of Self-care Program for Hypertension Patients in Kanthararom District, Sisaket Province

Banyen Aeksiri, B.Sc.¹, Kampol Khemthong, Dr.P.H..¹

Abstract

This quasi-experimental, single-group, pre- and post-hoc design study aimed to 1) study the effectiveness of a self-care program for hypertensive patients and 2) examine the outcomes of self-care for hypertensive patients between November 2014 and February 2015, a total of 12 weeks. The sample consisted of 30 hypertensive patients in Muang Noi Subdistrict, Kanthararom District, Sisaket Province. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive and comparative statistics.

The results revealed that the majority of participants were female (76.7%), with a median age of 54.7%. They were married (60.0%), had a primary education level (46.7%), were engaged in agriculture (43.3%), and earned between 5,001 and 10,000 baht (50.0%). The duration of hypertension (6-10 years) was the highest (43.3%). In terms of knowledge, the highest score was high in knowledge about hypertension. After the program, the mean score was 19.6 points higher than before the program activities. After the program activities, the mean score was 35.0 points. After the program activities, the mean score of knowledge about hypertension was 4.35 points higher than before the program activities. The mean knowledge score increased by 4.35 points (95% CI = 3.63-4.48), a statistically significant difference at .01. Self-care scores after the program were higher than before the program activities, with an average behavior score of 45.3 points and an average self-care behavior score of 58.3 points. The mean behavior of hypertensive patients increased by 9.11 points (95% CI = 5.65-9.96), a statistically significant difference at .001.

The self-management program positively impacted health behaviors and appropriate blood pressure control in hypertensive patients.

Keywords: health behavior promotion, hypertension patients

¹ Public Health Officer, Professor level, Mueangnoy Health Promoting Hospital, Kantrom District, Sisaket Province
Email: sangkam.yen@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professor level, Sisaket Provincial of Public Health office
Email: baokamk@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี ทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน (World Health Organization, 2020) และ คาดว่า ในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (ณัฐธีรธรณ์ พันธมุง และคณะ, 2562) โดยปกติโรคความดันโลหิตสูงมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภาวะหัวใจวาย โรคไตวาย โรคหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นต้น (Krause T และคณะ, 2011) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและทุพพลภาพ (World Health Organization, 2020) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกชนิดคร่าชีวิตคนเป็นจำนวนมากถึง 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก (Clark A และคณะ)

สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 13 ล้านคน และประมาณ 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย ซึ่งอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร แสนคนในระหว่างปี พ.ศ.2556-2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนทั้งเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยหนึ่งที่ได้เห็นได้ชัด คือ พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนไป ความเร่งรีบทำให้โอกาสในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อยลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคอื่นๆ ตามมา (กมลชนก เทพสิทธิ์า, 2555) ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยาพบว่ามียารายงานผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในอัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคนซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 563.06 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย 374.52 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการศึกษาของ Ezzati และคณะ พบว่าภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของอัตราการตายที่สูงที่สุด มากกว่าการสูบบุหรี่หรือโรคไขมันในเลือดสูง จากข้อมูลสถิติสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าในปี 2555 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 5.73 ต่อแสนประชากร และแสดงให้เห็นสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ในประเทศไทย วิเคราะห์ในรอบ 5 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี 2562 – 2566 พบว่าอัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูง 13.1, 14.1, 14.2, 14.8, 15.1 ตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2566 มากที่สุด 15.1 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2564 อัตราป่วย 14.8 ต่อแสนประชากร มีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างปี 2562-2566 อัตรา 10,023.2, 10729.2, 11541.3, 112416.5 และ 91051.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2565 มากที่สุด 11,541.3 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2566, 112,416.5 ต่อแสนประชากร โดยในจำนวนนี้ พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ระหว่างปี 2562-2566 อัตรา 1,100.3, 1118.4, 1,141.3, 1,137.9 และ 1095.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2564 มากที่สุด 1,141.3 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2565 อัตราป่วย 1,137.9 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2566)

ในปี 2566 จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 3,750 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.37 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจยืนยัน โดยอำเภอกันทรารมย์ มีผู้ป่วยรายใหม่ อยู่ในอันดับที่ 7 จำนวน 366 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.64 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งจังหวัด ซึ่งพบว่าตำบลเมืองน้อย มีผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอันดับ 4 ของอำเภอกันทรารมย์ มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.39 ซึ่งเป็นอัตราพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่สูงกว่าทั้งในระดับอำเภอและสูงกว่าในระดับจังหวัด(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์, 2567) และ จากรายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2566 อำเภอกันทรารมย์มีผู้ป่วยความดันโลหิตที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 67.23 ต่ำกว่าระดับจังหวัดซึ่งมีระดับการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 74.24 ซึ่งสาเหตุผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้นมาจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ ประวัติการดื่มสุรา อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติความดันโลหิตสูง ในครอบครัว (ภัสราวลัย ศีตีสาร และคณะ, 2562) การบริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ไม่พอ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม (ณัฐจิรธรณ พันธ์มุง และคณะ, 2562) และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาตามคำสั่งแพทย์ ไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด (รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์, 2556)

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความสำคัญต่อสุขภาพและการมีชีวิตที่สมบูรณ์ของประชากรทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งสนับสนุนการมีสภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเหมาะสมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของชุมชน โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เป็นที่ยอมรับทั่วโลกกว่า เป็นวิธีการที่ส่งผลให้คนในชุมชนและสังคมมีสุขภาพชีวิตที่ดี ซึ่งรัฐบาลไทย

ได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงได้ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ได้วางทิศทางและนโยบายเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพไว้หลาย ๆ แนวทางและได้นำเสนอรูปแบบของการจัดโครงการจัดกิจกรรมรณรงค์ในเรื่องต่าง ๆ แก่ประชาชน การส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงจะส่งผลดีต่อความแข็งแรงด้านร่างกายเท่านั้น หากเป็นการสร้างความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจและมิติจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน (กานดา ยุบล และวรยุทธ นาคอ้าย, 2561) สำหรับการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังโรค การรวบรวมข้อมูล การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรคและการรายงานตามระบบ เสนอแนวทางการปรับแผนปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สำนักจัดการความรู้กรมควบคุมโรค, 2551) หากการดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสมจะสามารถลดการเกิดโรครายใหม่และผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ ในระยะเริ่มแรก ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหากกลุ่มที่นำไปใช้เป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน เฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการที่จะลดการเกิดโรคลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วย มีศักยภาพในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายจะสามารถลดปัญหาที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลเมืองน้อย ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นมาตรการ

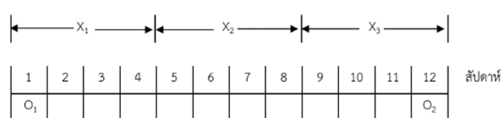
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่
ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest -posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน โดยมีรูปแบบวิจัยดังนี้



O₁ หมายถึง การวัดก่อนการทดลองด้วยแบบทดสอบของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

O₂ หมายถึง การวัดหลังการทดลองด้วยแบบทดสอบการของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

X₁ หมายถึง โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 1

X₂ หมายถึง โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 2

X₃ หมายถึง โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 3

ประชากร

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 677 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างจากประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 677 ราย คำนวณโดยใช้สูตรโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการพิจารณาค่าขนาด อิทธิพล ซึ่งเลือกขนาดกลาง (effect size) เท่ากับ 0.7 ค่าอำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Burns & Groove, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่

- 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 ถึง 180/99 มิลลิเมตร/ปรอท
- 2) ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมาก่อนคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด
- 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถรับรู้มองเห็น รับฟังและสื่อสารปกติได้
- 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่

- 1) เข้ารับการพักรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการวิจัย
- 2) มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ
- 3) โรคไตที่จำเป็นต้องล้างไต
- 4) ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ วัณโรค
- 5) มีภาวะทุพพลภาพด้านร่างกายหรือจิตใจ
- 6) มีภาวะบกพร่อง หรือทุพพลภาพทางการมองเห็น
- 7) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรับยา การเปลี่ยนยาระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบและผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาแล้ว ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ (5 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย

น้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์ (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อ นั้นเลยใน 1 สัปดาห์ (0 คะแนน) เกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลแบบอันตรายมากขึ้น ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ 12 ได้แก่ ไม่ดีมาก (0.00-1.00) ระดับไม่ดี (1.00-2.00) ระดับพอใช้ (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) และระดับดีมาก (4.01-5.00)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิกบายส์ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้าน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 12 การโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง และประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.3 สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2 เรื่อง ประกอบด้วย (1) ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาความดันโลหิตสูง (2) การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีการผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา

2.4 แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย (1) เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการปฏิบัติการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา มีลักษณะแบบเดิมข้อความ (2) การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นจริงรายวัน โดยกลุ่มตัวอย่างบันทึกด้วยตนเองทุกวัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. แบบสอบถาม ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาวิจัย 1 ท่าน ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและตรวจสอบหาความตรง ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูล ที่ได้โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา คือ การตรวจสอบ ข้อมูลเรื่องเดียวกันในเวลาต่างกัน แหล่งสถานที่ คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในสถานที่ต่างกัน แหล่งบุคคล คือการตรวจสอบข้อมูลเดียวกันในต่างบุคคลกัน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

4. นำแบบสอบถามพหุติกรรมสุขภาพฯ มาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้กลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิต ร่วมกันรับฟังความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง (1) โรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมความดันโลหิต (2) การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา (3) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหาร และ (4) ฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 2- 11 การติดตามตนเอง (selfmonitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3, 7, 10 การติดตามตนเอง (selfmonitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลร่วมกับแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 5, 9 การติดตามตนเอง (selfmonitoring) การประเมินตนเอง (self-

evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มเลือกผู้ที่สามารถแก้ไข ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้เสริมแรงทางสังคม

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลโปรแกรมโดย ชักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าร่วมโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ วัด ความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการวิจัย (Pre research Phase) การศึกษาข้อมูลทั่วไป บริบทของพื้นที่ ชุมชน และองค์กรประชาชน ได้แก่ สภาพทางกายภาพ ชีวภาพ สังคมและวัฒนธรรม ระบบการติดต่อสื่อสาร ความเป็นอยู่ของหมู่บ้าน และข้อมูลพื้นฐาน ใช้วิธีการ รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ศึกษา ข้อมูลพื้นฐาน และแบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) นักวิจัยมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลตลอดระยะ การดำเนินการ ประเมินกระบวนการแต่ละกิจกรรม ตามแผนการปฏิบัติงาน อธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้น และกลไกการทำงานที่ได้ดำเนินการ โดยการศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการศึกษา การ เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งจากการสอบถาม การสัมภาษณ์ และวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม หลังผ่านการ พิจารณานุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ชุมชนโดยมีขั้นตอน ตามขั้นตอนของการวิจัย ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบใน แต่ละข้อ และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัย

ชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ให้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลและ เก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ และเปิดเผย ข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วว่ามี ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจาก การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งผ่าน การตรวจสอบข้อมูลแต่ละส่วนนำมาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ ขั้นตอนดังนี้

1. สร้างคู่มือลงรหัส (Data Coding) และ ป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ
2. ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ ของข้อมูล (Data Checking and Editing)
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน โดย สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ผู้วิจัยได้ นำโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มาใช้ประมวลผลในการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ เพื่อ เปรียบเทียบ คะแนน ในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและ หลังการดำเนินการ เปรียบเทียบผลลัพธ์ การดำเนินงาน ก่อนและหลังการดำเนินการ และใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สรุปปัญหา อุปสรรค และ นำเสนอเป็นข้อเสนอแนะต่อไป

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะ ประชากรของกลุ่มตัว อย่างโดยใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation; S.D.)

ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และ
ค่าสูงสุด (Maximum)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
สุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ
Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย
SPPH 2024-195 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2567
วันที่หมดอายุ 29 ตุลาคม 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตาม
คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย 54.7
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 7.24 สถานภาพสมรส
ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษา อยู่ในระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 อาชีพเกษตรกร ร้อย
ละ 43.3 มีรายได้ส่วนใหญ่ ระหว่าง 5,001 – 10,000
บาท ร้อยละ 50.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. =
27.32) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
ระหว่าง 6 – 10 ปี มากสุดร้อยละ 43.3

2) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต
สูง หลังการให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตาม
โปรแกรม โดยก่อนการให้โปรแกรมมีคะแนนสูงสุด
เท่ากับ 39 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน มี
คะแนนเฉลี่ย 19.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(S.D.= 3.11) หลังการให้กิจกรรมตามโปรแกรมมี
คะแนนสูงสุด 48 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 33 คะแนน
มีคะแนนเฉลี่ย 35.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(S.D.= 7.11) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้
เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ
Pair t-test หลังการให้กิจกรรมสูงกว่าก่อนการให้
กิจกรรมตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้น 4.35
คะแนน (95%CI=3.63-4.48) แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ .01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบคะแนน
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการให้กิจกรรม

ความรู้	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	T	df	p
ก่อนการอบรม	12	39	19.6	3.11	4.35	3.63-4.48	18.91	85	.00**
หลังการอบรม	33	48	35.0	7.11					

3) คะแนนการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง หลังการโปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรม
ตามโปรแกรม โดยก่อนการให้กิจกรรมมีคะแนน
พฤติกรรมสูงสุดเท่ากับ 69 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรม
ต่ำสุด เท่ากับ 36 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย
45.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 9.22)
หลังการพัฒนาโดยการให้กิจกรรมตามโปรแกรม มี
คะแนนพฤติกรรมสูงสุด เท่ากับ 81 คะแนน มีคะแนน

พฤติกรรมต่ำสุด เท่ากับ 63 คะแนน มีคะแนน
พฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 58.3 คะแนน ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 9.19) และเปรียบเทียบ
คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair t-
test หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ย
พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 9.11
คะแนน (95%CI=5.65-9.96) แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ .001 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลัง

พฤติกรรม	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการอบรม	36	69	45.3	9.22	9.11	5.65-9.96	18.11	79	.001**
หลังการอบรม	63	81	58.3	9.19					

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ (quasi-experimental research) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest -posttest designs) ซึ่งผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ต้องมีการทักเฝ้าตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตลอดทั้งญาติ ภาควิชาที่เกี่ยวข้องที่มีความรู้ความเข้าใจและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะที่เข้าใจภาพรวมข้อมูลสุขภาพด้วย

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีประเด็นสำคัญ

1) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนและสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาและยกระดับความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุข เพื่อการลดโรคและลดปัญหาสุขภาพลดความแออัดของผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นสพ.ม. เอื้อ และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีวัด 7 สี่ ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การพัฒนาความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงได้

2) ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเฉลี่ยก่อนและหลังสูง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ มุจลินท์ คำล้อม และคณะ (2564) ที่ได้ผลจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลกุดปลาตุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ค่าความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย อสม. ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งการศึกษาของ ศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ (2565) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวย่อ พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c หลังสิ้นสุดการจับคู่ดูแลต่ำกว่าก่อนการจับคู่ดูแล อย่างมีนัยสำคัญที่ .01

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองยังมีการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในช่วงสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 9 ของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการติดตามและสังเกตพฤติกรรมของตนเอง (Self-monitoring) และให้มีการประเมินตนเอง (Self-evaluation) แบบง่ายๆ ที่สามารถเข้าใจวิธีหรือขั้นตอนการประเมินแล้วบอกว่าตนเองอยู่ในสภาพอย่างไร โดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินว่า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างนั้น นำมาพูดคุยแล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ และมีข้อเสนอแนะหรืออะไรที่จะแนะนำหรือเสนอ ซึ่งจากการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งมีปัญหาเรื่องการหลงลืมในการรับประทานยาที่ต้องรับประทานตามเวลาที่กำหนด

เนื่องจากไม่แน่ใจว่าในวันนั้นตนเองได้รับประทานยาไปแล้วหรือยัง จึงได้มีสมาชิกภายในกลุ่ม ได้ให้ข้อเสนอแนะโดยการให้เขียนวันที่กำกับไว้ที่แผงยา จะทำให้รู้ว่าในแต่ละวันรับประทานยาไปแล้วหรือไม่ หรือเตรียมยาไว้ให้พร้อมก่อนรับประทานอาหารเมื่อรับประทานอาหาร อย่างนี้ เป็นต้น

สำหรับการจัดการตนเองให้ได้อย่างถูกต้อง ยังต้องมีการให้คำชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้แรงเสริมทางสังคม ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) ซึ่งเป็นการส่งเสริม ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาพร สุจ านงค์ และคณะ (2556) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต าบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี พบว่า เพื่อนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติ ตามคำแนะนำ โปรแกรมที่ใช้รูปแบบผสมผสานหลาย กิจกรรม มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัตสร ชมพู (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ประยุกต์โปรแกรมการพัฒนาบูรณาการ จัดทำเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ปรับตามบริบทของแต่ละพื้นที่
2. นำโปรแกรมที่ปรับประยุกต์ปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งอาจจะปรับกระบวนการเรียนรู้บางส่วนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบท

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก เทพสิทธิ. (2555). ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension). Annual Epidemiological Surveillance Report 2012. (อินเทอร์เน็ต).2024 (เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2567). https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file11/5855_Hypertention.pdf.
- กรมควบคุมโรค. (2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวัง. กรุงเทพฯ : กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กานดา ยุบล และวรยุทธ นาคอ้าย. (2561). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอำเภอบัว จังหวัดน่าน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม;41(ฉบับพิเศษ):s23-36.
- ณัฐจิรธรณ พันธ์มุง และคณะ. (2562). ประเด็นสารณรงควัณความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ระบบออนไลน์). (สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567). http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf.
- ภัสราวลัย ศิตติสาร และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคาใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. ว.สาธารณสุขล้านนา;9(2):120-136.
- รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝกอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์. (2567). รายงานโรคติดต่อ ปี 2566. กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ.

สำนักจัดการความรู้กรมควบคุมโรค. (2551). การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคในเขตภาคใต้ตอนล่างของหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Clark A และคณะ. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020 Aug;8(8):e1003-e1017. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30264-3. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32553130; PMCID: PMC7295519.

Krause T และคณะ. (2011). On behalf of the Guideline Development Group. Management of hypertension: summary of NICE Guidance. BMJ 2011;343:doi:10.1136/bmj.d4891.

World Health Organization. (2020). Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 2021 Sep 19]. Available from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>.