

ผลของการพยาบาลการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม

อรทัย เขียวขำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการให้คำปรึกษาแบบสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 ข้อ 6 ด้าน การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice จำนวน 3 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (คะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ $SD = 0.32$ และหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$)

ข้อเสนอแนะ

การให้คำปรึกษาแบบสั้นส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีระดับคะแนนที่สูงขึ้น จึงควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ โดยการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้และสามารถจัดการตนเองได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบสั้น , โรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ , การจัดการตนเอง

วันที่รับบทความ

16 มกราคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

21 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่ตอบรับบทความ

27 กุมภาพันธ์ 2567

โรงพยาบาลนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: orathai.keawkam@gmail.com, โทร. 095-3650747

The Effects of brief counseling on self-management of the uncontrolled hypertensive patients in Nakhon Phanom hospital

Orathai Keawkam¹

Abstract

This quasi-experimental research is one group pre-post test design. To compare the mean self-management scores of patients with uncontrolled high blood pressure. Nakhon Phanom Hospital before and after receiving the brief counseling program The sample group were 42 patients with uncontrolled high blood pressure who receive services in the high blood pressure clinic Nakhon Phanom Hospital between November 2023 and January 2024. The research experiment included 1) a brief counseling program 2) the questionnaire of a self-management behavior assessment were 50 questions, 6 domains . Confidence test using Cronbach's alpha coefficient. The reliability value was 0.93. The sample group will receive a short advice program using the 3As skills: 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice, 3 times The data were analyzed to compare mean. Using t-test statistics. the results of the study found that

Patients with uncontrolled high blood pressure There was a higher mean overall self-management score after receiving brief counseling program than before receiving the program. (Mean self-management score before receiving the brief counseling program The overall level was at a moderate level $\bar{X} = 3.24$ SD = 0.32 and after receiving the short counseling program at the highest level $\bar{X} = 4.45$ SD = 0.32), the difference was statistically significant ($p=.024$).

Suggestions Providing brief advice results in improved self-management of patients with uncontrolled blood pressure higher score Therefore, personnel working should be encouraged to use it. By continuously training knowledge and skills This is to help patients improve there self-management.

Keywords: brief counseling, uncontrolled high blood pressure, self-management

Received
16 January 2023

Revised
21 February 2024

Accepted
27 February 2024

¹Nakhon Phanom Hospital, Corresponding author, e-mail: orathai.keawkam@gmail.com, Tel. 095-3650747

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัย หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะเพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสองเท่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองสี่เท่า¹ องค์การอนามัยโลก² รายงานพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.50 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณหนึ่งพันล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีการคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1,560 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนันโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร พ.ศ.2556-2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 คน พ.ศ. 2552 และ 2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 เป็นร้อยละ 24.70 และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ 904.93³

โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการดำเนินชีวิต เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งของปัญหาสาธารณสุขที่พบในชนบทคือมากกว่าร้อยละ 70 เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสม ส่วนใหญ่หลงผิดหลงถูก โดยไม่ผ่านการให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่สมควร

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer นั้น บุคคลจำเป็นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมใน

การควบคุมพฤติกรรมของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดได้ ประกอบด้วยตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้บรรลุตามเป้าหมายนั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้อง⁴ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม ต้องปรับเปลี่ยนจากความเคยชินที่ปฏิบัติมาโดยตลอด ซึ่งนับว่าเป็นความยากและท้าทายโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากการรวบรวมสถิติของโรงพยาบาลนครพนม ในปี พ.ศ. 2564 –2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพิ่มสูงขึ้น จำนวน 1,748 ราย และ 1,901 ราย ตามลำดับสาเหตุเนื่องมาจากความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติบกพร่อง ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การควบคุมความดันโลหิตสูงทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดได้ เช่น การรับประทานอาหารที่ควบคุมโซเดียม การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ลดความอ้วน ลดความเครียดสะสม งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁵ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจึงจะต้องมีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (meta analysis) 72 งานวิจัยพบว่าการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI) ระหว่างตัวแปรดัชนีมวลกาย

ระดับคลอเลสเทอรอลในเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด นอกจากนี้ พบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ส่งผลในด้านดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคพบว่า ร้อยละ 64 ของงานวิจัยที่มีการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผลการวิจัยออกมาดีหากปฏิบัติมากกว่า 1 ครั้ง⁶

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการลดค่าซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ โดยวัดผลก่อนและหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรม เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 โปรแกรมที่ใช้คือโปรแกรม การสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้ เวลา 5-10 นาที กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 40 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ พัทลุงและสงขลา ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.8-91.2 มีค่าซิสโตลิกลดลง โดยการควบคุมค่าซิสโตลิกพบว่า ร้อยละ 76.1, 78.1 และ 79.2 มีค่าที่ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ภายหลังจบโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ⁷

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง จึงนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิกเป็นแนวทางในการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความล้า⁸ โดยมีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) คือ

1) engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบำบัด 2) fight out & strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) advice with menu คือการให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด⁹ โดยนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ได้นำมาปรับรูปแบบการสนทนาเป็นให้เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Advice) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า BA ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข โดยใช้ทักษะ 3As คือ Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ที่ดี Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ และ Advice การให้คำปรึกษาโดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต และนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁰ ในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็นสัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว⁹ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 5 นาที ทุก 1 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด

โปรแกรมนี้มีจุดเด่นที่ใช้เวลาน้อยและสอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นความดันโลหิตสูงมีแรงจูงใจและมีความมั่นใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม มากกว่าการให้คำแนะนำซึ่งเป็นการบริการปกติ มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากมารับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถควบคุมตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถ

ตอบสนองความต้องการการดูแลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pre-posttest design) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567 จำนวน 42 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหลังได้รับการวินิจฉัยและได้รับยา ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567 จำนวน 1,538 คน เลือกแบบตามคุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นผู้ที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง 2) มีอายุ 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออกคือกลุ่มตัวอย่าง

ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานมีอาการของระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า power = 0.95, $\alpha = 0.05$ และใช้โปรแกรม G*power ในการคำนวณค่า effect size จากงานวิจัยที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันได้เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 ราย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลักประโยชน์ เสมอภาค เคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และได้เสนอขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม รหัส NP-EC11-No.40/2566 เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing :MI) ของมิลเลอร์และโรลนิกเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย มีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) คือ

1) engagement คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบำบัด ผ่านการสนทนาเรื่องที่ผู้รับบำบัดให้ความสำคัญ หาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางการสนทนาสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดย ค้นหาข้อดีและชื่นชม

2) Fight Out and strengthen คือ การค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น โดยการถามคำถามกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบำบัดได้คิดและพูดคำพูดที่บ่งบอกถึงความตั้งใจเป้าหมายวิธีการ ที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมออกมาเป็นคำพูดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) advice with menu คือการให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด โดยนายแพทย์ เติตศักดิ์เดชคง ได้นำมาปรับรูปการสนทนาให้เป็นโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้ เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไป และรับทราบแนวทางการแก้ไขโดยใช้ทักษะ 3As คือ

3.1) Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ ผลลัพธ์ที่ดี

3.2) Ask การใช้คำถามกระตุ้น หรือสร้างแรงจูงใจ และ

3.3) Advice การให้คำปรึกษาโดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตและนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตโดยการจัดการตนเอง ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็นสัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 -10 นาที ทุก 1 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้ำหนักส่วนสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จากแนวคิดของแนวคิดของ Creer¹¹ จำนวน 50 ข้อ 6 ด้าน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินผล และการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติและการประเมินผล โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการแปลผลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ที่ควบคุมไม่ได้ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของบลูมดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.21-5.00) มาก (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) น้อย (1.81-2.60) น้อยที่สุด (1.00-1.80)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ท่าน จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัยต่อไป การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หลังได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการวิจัย ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างโดยทีมผู้วิจัยเพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทุกขั้นตอนได้เองทุกขั้นตอนได้จริง

ด้านความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของณัฐธิดากันสาตร์, ชมนาด วรณพรศิริ, สุภาพร แนวบุตร 2559¹² นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

วิธีการรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทุกครั้งที่ เพื่อจัดกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนัดหมายก่อนวันเข้ารับบริการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อพูดคุยสร้าง

สัมพันธภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และมอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างสม่ำเสมอ

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที

ครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบค่าแบบไม่เป็นอิสระ โดยข้อมูลผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบค่าที (T-test) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้มาจากการสุ่ม ข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับช่วงมาตรา interval scale มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) และไม่ทราบความแปรปรวนของข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 73.8 เพศหญิงร้อยละ 57.10 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.50 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.40

ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.2 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 78.6 ดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 52.38

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ $SD = 0.32$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.65$ $SD = 0.65$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 2.79$ $SD = 0.97$

3. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$ การจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 4.73$ $SD = 0.82$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.87$ $SD = 0.52$

4. เปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนและหลัง

ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$) (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา

แบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ $SD = 0.32$ และก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t-test	P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน		
การจัดการตนเอง	$\bar{X}$	มาตรฐาน (standard deviation)	$\bar{X}$	มาตรฐาน (standard deviation)		
การตั้งเป้าหมาย	3.65	0.65	4.65	0.25	11.18	.001
การเก็บรวบรวมข้อมูล	2.79	0.97	3.87	0.52	10.66	.000
การประมวลผลและการประเมิน ข้อมูล	2.94	1.12	4.30	0.41	10.47	.000
การตัดสินใจ	3.51	0.73	4.63	0.22	10.94	.001
การปฏิบัติ	3.32	0.63	4.73	0.82	9.87	.157
การประเมินผล	3.27	0.62	4.55	0.20	14.23	.015
การจัดการตนเองโดยรวม	3.24	0.32	4.45	0.32	17.91	.024

อภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น $\bar{X} = 3.24$ $SD = .32$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chodsh, et al.¹³ ที่ได้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยการทบทวนจากการวิจัยที่ผ่านมาในช่วงปี 2004 จำนวน 87 รายการ พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการลดความดันโลหิต นอกจากนี้เนาวรัตน์ จันทานนท์ บุษราคม

สิงห์ชัย วิวัฒน์ วรวงษ์¹⁴ ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชนบทมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขน้อยกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ การศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างนี้จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร

การจัดการตนเองเป็นเป็นแนวคิดที่ช่วยสร้างให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อควบคุมโรคสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม สามารถประเมินและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค

ที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี¹⁵ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จึงมีการจัดการตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานคือพบสูงถึงร้อยละ 52.38 นับเป็นตัวบ่งชี้ถึงการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม มีภูมิสำเนาในจังหวัดนครพนม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย อาหารพื้นบ้านส่วนใหญ่มีรสเค็ม มีปริมาณโซเดียมที่สูง เช่น ส้มตำ ของหมักดอง มีลักษณะส่วนประกอบที่น้อยและเรียบง่าย ส่วนใหญ่จึงเติมผงชูรสลงไปให้อาหารในปริมาณมากเพื่อเพิ่มรสชาติ จึงส่งผลให้ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้น้อย คือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.6 วิถีชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเลือกซื้ออาหารปรุงสุกที่แบ่งขายเพราะราคาประหยัดกว่าการประกอบอาหารเอง จึงส่งผลให้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ถึงแม้จะมีเป้าหมายที่อยากจะทำปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.65$ $SD = 0.65$ นอกจากนี้การมารับการรักษาผ่านทางคลินิกความดันโลหิตสูง มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาปริมาณมากในเวลาอันเร่งรีบ จึงทำให้ได้รับข้อมูลตลอดจนการซักถามข้อสงสัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องน้อยลง ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.8 การศึกษาในระดับประถมศึกษา การเข้าถึงข้อมูล การบันทึกข้อมูล จึงไม่เพียงพอ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 2.79$ $SD = 0.97$

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$ การจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 4.73$ $SD = 0.82$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ $\bar{X} = 3.87$ $SD = 0.52$ จะเห็นได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นไปตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบ มีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ โดยไม่เกิดความลังเล เนื่องจาก โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น 3 ครั้ง ในแต่ละครั้ง เน้นการใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation การชื่นชมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) Ask การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจให้ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต โดยพบว่าสิ่งสำคัญในชีวิตหรือแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่อยากเป็นภาระกับบุตรหลาน อยากอยู่กับคนที่รักไปนานๆ และอยากอยู่เพื่อแบ่งเบาภาระแก่ลูก เช่น ต้องดูแลหลาน ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วย เป็นต้น ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และ 3) Advice ทักษะการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิต มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต เช่น รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควบคุมปริมาณอาหารติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้านและเพิ่มการออกกำลังกายมากขึ้น จึงส่งผลให้ค่าคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. เปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนครพนม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.024$) (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.24$ $SD = 0.32$ และก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.45$ $SD = 0.32$) สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี ปลายยอด อรสา พันธักกิตี ชีวรัตน์ ต่ายเกิด¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือผู้ที่เป็นความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้จำนวน 50 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น สร้างโดย เทอดศักดิ์ เดชคง จากทฤษฎีการสนทนา สร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และ โรลนิก โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 2 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตและแบบบันทึกการให้คำปรึกษาแบบสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square ผลการศึกษพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กิริณา อรุณแสงสด วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อรสา พันธักกิตี¹⁷ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจต่อการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาตรวจที่แผนกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จ.นราธิวาส โดย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผลการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงแรงจูงใจในการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง $SBP < 140$ mmHg คิดเป็น ร้อยละ 87.3, 86.3, และ 86.1 ตามลำดับ และ ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 65.8, 72.1, และ 83.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ต้องการการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง¹⁸⁻²⁰ เนื่องจากโปรแกรมนี้ใช้เวลาสั้นและสามารถปรับให้สอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการปรับพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. การให้คำปรึกษาแบบสั้นส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีระดับคะแนนที่สูงขึ้น จึงควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ โดยการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

2. จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวมากเกินไปเกินมาตรฐานซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม

ไม่เฉพาะความดันโลหิตสูงเท่านั้น ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีคลินิกเฉพาะด้านและพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น

3. การให้คำปรึกษาแบบสั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่กังวลเรื่องการเปิดเผยความลับ ดังนั้นควรจัดให้มีห้องรับคำปรึกษา

ในแผนกผู้ป่วยนอกจะช่วยให้การให้คำปรึกษาแบบสั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. การรวบรวมข้อมูลเป็นการจัดการตนเองที่มีค่าคะแนนต่ำสุดไม่ว่าจะเป็นก่อนหรือหลังได้รับโปรแกรม ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้นหรือพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข. ประเด็นรณรงค์เนื่องในวันความดันโลหิตสูงโลก ประจำปี 2561. 2561 [16 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease.
2. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis. 2013. [16 Oct 2020]. Available from: apps.who.int/iris/handle/10665/79059
3. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.). โรคไม่ติดต่อ. 2563 [16 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
4. Lorig K, Holman HR. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2003. [16 Oct 2020]; 26: 1–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
5. Otang-Mbeng W, Otunola GA, Afolayan AJ. Lifestyle factors and co-morbidities associated with obesity and overweight in Nkonkobe Municipality of the Eastern Cape, South Africa. *J Health Popul Nutr*. 2017; 36: 22. doi: 10.1186/s41043-017-0098-9.
6. Rubak S, Sandback A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 2005; April: 305–11.
7. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของการสนทนา สร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซิสโตลิก ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง. *กระป๋องเวชสาร*. 2563; 3: 19–26.
8. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd New York: Guilford Press; 2013. 449 pages.
9. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. International society of hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020; 75: 1334–57. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Motivational Counseling) สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบสาธารณสุข. *โครงการพัฒนาการศึกษาวิจัยอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม*; 2556.
11. Creer LT. Self-management to chronic illness. *Handbook of self-regulation*. California: Academic. 2000. 816 pages.

12. ณัฐธิดา กันสาตร์, ชมนาด วรณพศิริ, สุภาพร แนวบุตร. การศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2559; 10: 25-34.
13. Chodsh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hillon L. Meta-Analysis: Chronic disease self-management for older adults. Annals of internal medicine. 2005; 143: 427-38.
14. เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, วิวัฒน์ วรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. KKU Res. J. 2554; 16: 749-58.
15. ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธานุ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่: 2551. 106 หน้า.
16. จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธักดี, ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. Nurs Res Inno J. 2013 [1 Nov 2023]; 18: 223-36. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8957>
17. กิรณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, อรสา พันธักดี. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557; 28: 129-44.
18. กมลพรรณ วัฒนากร, อาภรณ์ ตีนาน, สายใจ พัวพันธ์, Schneider JK. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานคนไทยที่มีภาวะอ้วน. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2556; 17: 356-70.
19. รัชณี อุทัยพันธ์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556; 27: 136-48.
20. องค์อร ประจันเขตต์. ผลของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยมหิดล; กรุงเทพฯ: 2551.