



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

The effects of self-management program among uncontrolled hypertensive patients

นพารณ จันทรศรี* กนกพร นทีธนสมบัติ และ ทวีศักดิ์ กลีผล

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเขี้ยวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ 10540

Napaporn Chansree,* Kanokporn Nateetanasombat and Taweesak Kasiphol

Community Practice Nursing, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn 10540

Received: 19 October 2020/ Revised: 20 December 2020/ Accepted: 25 December 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมที่ใช้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกล็ค-บายส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน ที่ได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา มีค่าเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=2.52, SD=.173) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean=2.15, SD=.366) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean=2.04, SD=.219) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $<.001$ (p -value $<.000$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $<.001$ (p -value $<.000$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พฤติกรรมสุขภาพ



Abstract

This research was a quasi-experimental research, which aimed to study the effects of self-management programs among uncontrolled hypertensive patients. The program was developed by the researcher based on the self-management concept of Kanfer & Gaelick-Buys. The sample was uncontrolled hypertensive patients, who had received the health services from two Health Promotion Hospitals, Bang Pa-in district Phra Nakhon Si Ayutthaya province. 40 persons were selected sample groups by a specific method, which were equally divided into the experimental group and the comparison group of 20 subjects. Each subject to a self-management program and the routine nursing care. While the comparison group received only the routine nursing care for an eight week period. The research instruments were the health behaviors questionnaires and the self-management program which were developed by the researcher and approved by three experts. The Cronbach Alpha coefficient was 0.80. Data was analyzed by descriptive statistics and t-test. The results of the study showed that after receiving the self-management program the experimental group had higher mean on health behavior score (Mean=2.52, SD=.173) than before receiving the program (Mean=2.15, SD=.366) and more than the comparison group (Mean=2.04, SD=.219) at statistically significant $<.001$ (p -value $<.000$). Mean of diastolic blood pressure level and mean of systolic blood pressure level after experiment were lower than before experiment and had lower than the comparison group at statistically significance $<.001$ (p -value $<.000$)

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

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases-NCDs) ที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกในขณะนี้ และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และไตวาย เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้มีรายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีประชากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.13 พันล้านคน อัตราส่วนการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในเพศชาย พบ 1 ใน 4 ส่วนในเพศหญิง พบ 1 ใน 5 และยังมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 พบสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17.9 ล้านคน จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด

ทั่วโลก 56.9 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็น 44 เปอร์เซ็นต์จากผู้เสียชีวิตทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนทั่วโลก [1] ประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552-2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 เป็น ร้อยละ 24.7 [2] และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี นับเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราการชุกสูงสุด และจากสถิติจำนวนผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2559-2561 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรร้อยละ 12.05 ร้อยละ 13.13 และร้อยละ 15.13 ตามลำดับ [3]

แนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้นั้น คือ (1) การใช้ยา และ (2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่ และงดชา กาแฟ เป็นต้น [4, 5] เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงจำเป็นต้องหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยให้มีค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee 8; JNC 8) ปัญหาในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติมานานจนเกิดความเคยชินและกลายเป็นวิถีชีวิตได้ หรืออาจต้องใช้ระยะเวลานานจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรายบุคคลไม่ทั่วถึง ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concept) ของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ [6] เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีความเชื่อว่า ไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวของบุคคลนั้นเอง กล่าวคือ บุคคลมีบทบาทหลักในการดูแลจัดการและรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองนี้ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีบุคลากรที่มีสุขภาพทำหน้าที่สร้างแรงจูงใจให้กับบุคคล เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง แต่เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังเป็นปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่ผ่านมา เพราะเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเกิดเป็นความเคยชินและกลายเป็นวิถีชีวิต

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะหรือกลวิธีในการจัดการตนเองให้เหมาะสม จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

แนวคิดการจัดการตนเองดังกล่าว ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (preparation phase) ระยะที่ 2 การจัดการด้วยตนเอง (self-management) ซึ่งมี 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) และระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ (follow and evaluate) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการรักษาพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

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

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นค่าความดันโลหิตที่ได้จากการวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง ด้วยเครื่องมือในสถานพยาบาล สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ มีการรับรู้และ



สถิติสัมพัทธ์ ไม่มีปัญหาเรื่องการไต่ขึ้น และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต และโรคไทรอยด์ เป็นต้น คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของโคเชน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และอีก 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ชนิษฐา และ ปัทมา [7] ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ (2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ (3) พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ (4) พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ (5) พฤติกรรมการพบแพทย์ตามนัด จำนวน 2 ข้อ และ (6) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 2 ข้อ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน

1 สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน และผู้ตอบไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อนั้นเลยใน 1 สัปดาห์ ให้ 0 คะแนน คิดเกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการแบ่งอันตรายภาคขึ้น ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ และแปลผล ดังนี้ 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) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (เวชปฏิบัติครอบครัว) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง และตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมืออีกครั้ง โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่า CVI = 0.80 จากนั้นนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพฯ มาตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่าเท่ากับ 0.71

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมการจัดการตนเอง สร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตนเอง โดยมี 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบ



ความถูกต้องในการกำกับ การจัดบันทึกการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การ รับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุม ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีการประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกับกลุ่ม ตัวอย่าง

2) คู่มือการจัดการตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการ พฤติกรรมสุขภาพตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียดการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึก พฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะแบบเติมข้อความ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดย ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง

3) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะ ที่ได้รับการ สอบเทียบคุณภาพมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกปี ปีละ 2 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ หนังสืออนุมัติเลขที่ อ.946/2563 เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วย ตนเองหลังจากรับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการ รวบรวมข้อมูล และได้รับเรื่องโอกาสการถอนตัวออกจากการ วิจัยได้ทุกเมื่อ และจะยังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ กรณีต้องการทราบผลการทดลองผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดย ภาพรวม

วิธีการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้ **กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

1. แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ประเมินภาวะสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และคำนวณ BMI ครั้งที่ 1

3. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และให้ผู้ป่วย ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 1 ก่อนการเข้า ร่วมโปรแกรม

4. ให้การพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง ดังนี้ 1) วัดความดันโลหิตภายหลังจากนั่งพักอย่างน้อย 20 นาที 2) ประเมินสภาพผู้ป่วยและซักประวัติทั่วไป 3) ส่งพบ แพทย์เพื่อตรวจรักษา 4) ปรึกษาและให้คำแนะนำในการดูแล ตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต พร้อมแจกเอกสารความรู้ ประกอบด้วย การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 5) นัดหมายวันพบแพทย์ครั้งต่อไปอีก 8 สัปดาห์

5. ค้นหาสาเหตุของปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่าง สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตนเองพร้อมกับ วิเคราะห์สาเหตุ

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุม ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วย 1) การ รับประทานอาหาร ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหาร สำเร็จรูป 2) การออกกำลังกาย สาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการ ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น การแกว่งแขน การเดิน-วิ่งเบา ๆ หรือการออกกำลังกายแบบสะสมโดย การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำสวน และรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น 3) การจัดการความเครียด สาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด ได้แก่ การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การดูรายการทีวีที่ชอบ การนอน หลับพักผ่อน และการอ่านหนังสือที่ชอบ เป็นต้น 4)



การรับประทานยา อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด 5) การมาพบแพทย์ตามนัด โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง 6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

7. ร่วมกันวางแผนแนวทางในการดูแลสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

8. มอบคู่มือการจัดการตนเอง และอธิบายวิธีการจดบันทึกในคู่มือ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ฝึกบันทึกด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ครั้งที่ 2-7 สัปดาห์ที่ 2-7 มีกิจกรรมดังนี้ 1) ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยมีกิจกรรม วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก 2) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพในสัปดาห์ที่ผ่านมาจากการบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างและจากคู่มือการจัดการตนเอง 3) ให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกับแนวทางในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ 4) กระตุ้นกลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่วางไว้ 5) ให้ความรู้และคำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่วางไว้และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 6) แนะนำการเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม 7) ช่วยเสริมแรงโดยการกำลังใจ

ระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ ครั้งที่ 8 สัปดาห์ที่ 8 มีกิจกรรม ดังนี้ 1) ประเมินภาวะสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และคำนวณ BMI ครั้งที่ 2 2) ประเมินสภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป และให้ความรู้รายบุคคล 3) ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4) ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา 5) ปรึกษาและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อ

ควบคุมความดันโลหิต 6) นัดหมายวันพบแพทย์ครั้งต่อไปอีก 8 สัปดาห์ 7) สรุปผลการจัดการตนเองตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ 8) กล่าวชมเชยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพและมีผลการประเมินสุขภาพที่ดีขึ้น พร้อมให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 9) เสริมแรงและให้กำลังใจผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะปฏิบัติต่อเนื่องจนประสบผลสำเร็จต่อไป

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ครั้งที่ 2-7 สัปดาห์ที่ 2-7 กลุ่มตัวอย่างดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และครั้งที่ 8 สัปดาห์ที่ 8 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Dependent t-test (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 1 โดยประกอบด้วย จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศอายุอาชีพ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศอายุอาชีพ สถานภาพสมรสระดับการศึกษารายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	30	8	40
หญิง	14	70	12	60
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 60	6	30	2	10
61-70	9	45	11	55
71-80	5	25	5	25
สูงกว่า 80	0	0	2	10
อาชีพ				
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	13	65	17	85
รับจ้าง	5	25	3	15
ค้าขาย	2	10	0	0
สถานภาพสมรส				
โสด	1	5	0	0
คู่	14	70	15	75
หม้าย	4	20	4	20
หย่า/แยกกันอยู่	1	5	1	5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 3,000	12	60	14	70
3,001 - 5,000	2	10	2	10
มากกว่า 5,000	6	30	4	20
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
น้อยกว่า 2 ปี	1	5	1	5
2 - 6 ปี	15	75	4	20
มากกว่า 6 ปี	4	20	15	75

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 ประกอบอาชีพพ่อบ้านหรือแม่บ้าน ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 60 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 2-6 ปี มากที่สุดถึง ร้อยละ 75 ส่วนกลุ่ม

เปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 55 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 85 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 75 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 70 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วงมากกว่า 6 ปี มากที่สุด ร้อยละ 75



2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	2.05	.173	2.52	.083	-17.155	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.15	.366	2.04	.219	-3.276	<.001

- ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลองโดยใช้สถิติ Independence t-test

พฤติกรรมสุขภาพ	หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	2.52	.173		
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.04	.219	9.274	<.001

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังทดลองพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลองพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับการเปรียบเทียบค่าระดับความดันโลหิต ผลจากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองภายหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง

ค่าความดันโลหิต (mmHg)	กลุ่มตัวอย่าง		t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ		
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
ความดันโลหิตซิสโตลิก	134.45	4.628	153.45	6.684
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	77.00	5.610	86.50	8.401

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 อีกด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกล็ค-บายส์ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แสดงให้เห็นว่า แนวคิดการจัดการตนเองที่ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 เป็นระยะการจัดการตนเอง ที่มีกระบวนการจัดการตนเอง 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา และ ปัทมา [7] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา และคณะ [8] ที่พบว่า การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวดตามนัด และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีผลต่อค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง โดยโปรแกรมการจัดการตนเองมีกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น โดยอาศัยกลวิธีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น กลุ่มทดลองจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถือเป็นการปฏิบัติตนขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงทุกราย ซึ่งช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาเพิ่มสูงขึ้น จึงส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา และคณะ [9] ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนเข้า



ร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยัง สอดคล้องกับการศึกษาผลของ จันทรเพ็ญ และคณะ [10] ที่ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเพื่อเป็นการยืนยัน ประสิทธิภาพของโปรแกรม

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะพยาบาล เวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข สามารถ นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น

สำหรับข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการ ศึกษาวิจัยในระยะยาว โดยอาจเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 3 หรือ 6 เดือน เพื่อเพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมฯ ให้สอดคล้อง กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการ ติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของค่า ความดันโลหิตถึงความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension statistics. [Internet]. 2019 [cited 2019 September 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการ สสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการ ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. สถิติจำนวนอัตราการเสียชีวิตด้วย โรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559- 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2550-2554. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/health_statistic2558.pdf
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการ รักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 31 ส.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
6. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. APA 1991;52(1):305-60.
7. ขนิษฐา สารีพล, ปัทมา สุริต. ผลของโปรแกรมการ จัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดัน โลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33 (3):110-16.



8. จันทรจิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง, ดวงหทัย ยอดทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2557;20 (2):179-92.
9. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร 2563;47(2):85-97.
10. จันทรเพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ, ศิริพร ชัมลิขิต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2558;42(1):49-60.