

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา
 ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาและความดันโลหิต
 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 Effects of Family Participation Program in Medication
 Management on Drug Consumption Behavior
 and Blood Pressure in Patients with Hypertension

ทัฬหะขวัญ ศรีรัตยาวงศ์* จุฑาพงศ์ เตชะสืบ*
 ดาว เวียงคำ** ประเสริฐ คำอ้าย***
 Thapkhwan Srirattayawong* Jutapong Teachasub*
 Doa Weiangkham** Prasert Kham-ai***

Received : 30/8/62
 Revised : 4/2/63
 Accepted : 4/2/63

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยา และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 66 ครอบครัว ใช้ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 ครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การตัดสินใจ 2) การปฏิบัติการ 3) การรับประโยชน์ร่วมกัน และ 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที

ผลการวิจัยของกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ $p < .01$ และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$) ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าความดันโลหิตลดลง ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนให้แนวโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาไปใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว การจัดการยา พฤติกรรมการรับประทานยา โรคความดันโลหิตสูง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา
 *** อาจารย์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ กรุงเทพมหานคร

ABSTRACT

This study is a quasi-experimental research. The objectives of this study was to study the effects of family participation program in medication management on drug consumption behavior and blood pressure in patients with hypertension. The subjects were 66 families of hypertension patients by taking the test period of 12 weeks. They were divided into two groups, each group 33 families. The control group received routine nursing care. The experimental group received a family participation program in drug management. This program consisted of 4 steps: 1) decision making, 2) implementation, 3) benefits, and 4) evaluation. Data were collected by instrument: the drug consumption behavior questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (t-tests).

The results of the experimental group showed that the family participation program in medication management on drug in high blood pressure in patients had better the drug consumption behavior and lower blood pressure values. The overall mean score of the drug consumption behavior in the experimental group was statistically significant higher than those mean scores of before receiving the program $p < .01$ Furthermore, the overall mean score of the systolic blood pressure in the experimental group was statistically significant decrease than those mean scores of before receiving the program $p < .01$. and the diastolic blood pressure in the experimental group was statistically significant decrease than those mean scores of before receiving the program $p < .01$

Suggestions of family participation program in drug management resulted in patients with hypertension having better medication behavior and lowering blood pressure values. The results of this study can be used as a guideline to support the family participation program in medication management for patients with other chronic diseases. In order to increase the efficiency of taking appropriate medication care

Keywords : Family Participation, Medication Management, Medication behavior, Hypertension

* Lecturer, Faculty of Nursing Phayao University, Phayao Province

** Assistant Professor Faculty of Nursing Phayao University, Phayao Province

*** Lecturer of the HRH Princess chulabhorn College of Medical Science, Bangkok

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลก พบจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณ 1.13 พันล้านคน¹ ในประเทศไทยข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 1 แสนคนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน)² และข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2558 พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน เป็นผู้ป่วย จำนวน 750,248 ราย อุบัติการณ์ 1,146.70 ต่อประชากรแสนคน และพบกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 3,446.83 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นภัยคุกคามสุขภาพคนไทย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอย่างมากมาย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงโดย ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับค่าปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติให้มากที่สุดถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ในระยะยาว และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมาก³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุมาจากผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ลืมรับประทานยา และเข้าถึงยาได้หลายช่องทาง ผู้ป่วยรับยาจากสถานพยาบาลหลายแห่ง รับประทานยาเอง รับประทานยาผิด และสถานพยาบาลจ่ายยาให้ผู้ป่วยเกินวันนัด⁴ สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้ป่วยลืมกินยาบางมื้อ ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ และปรับขนาดยาเอง⁵ ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรงจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยด้านร่างกาย เนื่องผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ การทำงานหรือโครงสร้างของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะเยื่อเมือกเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เกิดอาการสับสน หลงลืม ปัญหาในการมองเห็นที่ลดลง อ่านหนังสือไม่ชัดเจน มองเห็นภาพไม่ชัด เป็นต้น ดังนั้นจำเป็นต้องให้ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแล เรื่องการจัดยาให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนอกจากการคำนึงถึงปัจจัยด้านบุคคล ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมที่เข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล⁷ ผู้ที่ได้แรงสนับสนุนทางสังคมต้องได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกห่วงใย ด้านวัตถุสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จะสามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น⁸ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการจัดการยาจากครอบครัวเพื่อ

ช่วยควบคุมกำกับดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยา มีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การกระทำร่วมกันด้านการจัดการปัญหาการใช้ยาให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการยา เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยาได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเองยังช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เกิดความยั่งยืน⁹ การใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์¹⁰ หมายถึง

- 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่หาวิธีการร่วมกันในการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ หมายถึง ร่วมกันปฏิบัติตามที่ได้ร่วมกันสนใจการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ หมายถึง การร่วมกันแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง การร่วมกันประเมินผลหลังจากร่วมกันดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของครอบครัวถือเป็นความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ตลอดจนการช่วยกำกับดูแลพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น

จังหวัดพะเยามีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศไทย ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2558 พบผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 105,946 คน และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 37,426 คน

นับว่าเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการดูแลและจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลสรุปผลรายงานด้านโรคเรื้อรัง ประจำปี 2561 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องคำหลวง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าประชาชนเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 46.73 พบจำนวนผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.46 และพบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 16.15 ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งสาเหตุหลักมาจาก การลืมรับประทานยา การปรับขนาดยาเอง การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา และการพร้อมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการได้รับยาไม่ตรงตามแผนการรักษา ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวจะช่วยแก้ไขปัญหาการมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานยาและความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานยาและความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา นี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอ์โฮอฟฟ์¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ และคณะ⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เนื่องจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอ์โฮอฟฟ์ เน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ดังนั้นการนำการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการจัดการและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอ์โฮอฟฟ์¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ และคณะ⁸ สามารถกระทำได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการมีส่วนร่วมโดยการเลือกพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีปัญหาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน และเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะระบุความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแล/ครอบครัว

2. การปฏิบัติการ (Implementation) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการร่วมกัน มีการทำสัญญาใจเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเป็นสัญญาที่ระบุไว้ชัดเจน และมีการใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ และคณะร่วมกันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าร่วมทำกิจกรรมร่วมกัน มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านการช่วยเหลือด้านบริการ และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร

3. การรับประโยชน์ร่วมกัน (Benefits) การมีส่วนร่วมในร่วมกันระบุประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ และประโยชน์ที่ผู้ดูแล/ครอบครัวได้รับจากการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน

4. การประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลร่วมกัน โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย ความดันโลหิต และวัดค่าความดันโลหิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อน-หลัง (Quasi Experimental Research: Two-group, Pre-post Test Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องคำหลวง ตำบลแม่ณาเรือ จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทอย่างน้อย 2 ครั้งในการวัดความดันโลหิต 3 ครั้งที่ผ่านมา ก่อน

เข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้รับการรักษาด้วยและมีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง สามารถสื่อสารภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ มีครอบครัวหรือญาติเป็นผู้ดูแลด้านการใช้จ่ายอย่างน้อย 1 คน มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เข้าร่วมการศึกษา ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และขนาดของอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect Size) ที่ .779 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ครอบครัว¹¹ และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 33 ครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา หมายเลข 2/150/60 เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2560 ผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัยตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการ การพยาบาล หรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยตามกำหนดเวลา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่มีผลต่อการบริการ การพยาบาล หรือการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล เมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับการทำวิจัยติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวความคิดมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ ประกอบด้วย 1) คู่มือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการปฏิบัติการ ขั้นตอนการรับประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอน การประเมินผล 2) คู่มือแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 เนื้อหาความรู้ได้แก่ การดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3) คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 เนื้อหาประกอบด้วย ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง และการจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ความสามารถในการอ่าน อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนชนิดยา และมีญาติที่รับประทาน ข้อมูลบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยด้านการใช้จ่าย ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ระดับการศึกษา ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นเนื้อหาพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต คำตอบให้เลือก 2 คำตอบ

คือ ใช้/ปฏิบัติ และ ไม่ใช่/ไม่ปฏิบัติ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน แบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (>16 คะแนน) ระดับปานกลางได้คะแนนร้อยละ 60-79.9 (12-15 คะแนน) ระดับน้อยได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (<12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ ที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเรื้อรัง 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ได้ค่าคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index : CVI) เท่ากับ .85 การกำหนดค่าที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .80¹² และได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's

Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 แผนกิจกรรมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการ ความเหมาะสมของกิจกรรม และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Omron Automatic Blood Pressure Monitor HEM 7200) ได้ทำการตรวจสอบมาตรฐานความเที่ยงตรงของเครื่องมืออย่างสม่ เสมอจากผู้เชี่ยวชาญของบริษัทผู้ผลิต ซึ่งมีความเที่ยงตรงในการวัด +/- 3 มิลลิเมตรปรอท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองในเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และวัดค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	สัปดาห์	กิจกรรม	ระยะเวลา
ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ	1	แจกคู่มือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต อธิบายวิธีใช้คู่มือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต	45 นาที
		ให้กลุ่มอย่างและผู้ดูแลเลือกพฤติกรรมมารับประทานยาที่มีปัญหา และให้ระบุความต้องการการสนับสนุนที่ผู้ป่วยต้องการจากครอบครัว	30 นาที
ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติการ	2	ให้กลุ่มอย่างและผู้ดูแลทำสัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและผู้ดูแล	30 นาที
		ให้ข้อมูลการสนับสนุนของครอบครัวร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้เรื่องการดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามคู่มือแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	30 นาที
	4	ให้ความรู้เรื่องยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง	30 นาที
	6	ให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามคู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง	30 นาที
ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วม ในการร่วมนัด	8	ผู้วิจัยให้กลุ่มอย่างและผู้ดูแลระบุผลประโยชน์ที่ตัวกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจะได้รับหลังจากการเข้าร่วมโครงการ	30 นาที
ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วม ในการประเมินผล	12	วัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลความดันโลหิตหลังการทดลอง ประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย พร้อมกับกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง	45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และความดันโลหิตที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการใช้สถิติ Paired t-test ซึ่งมีการทดสอบการกระจายตัวและความแปรปรวนของข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงของการเลือกใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 และ 69.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 69.7 และ 84.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.6 และ 63.2 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.8 และ 90.9 อ่านเขียน

หนังสือได้ ร้อยละ 81.8 และ 84.8 การประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.4 และ 36.4 รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2,000 – 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.3 และ 42.4 สมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 3 คน ร้อยละ 51.5 และ 39.4 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1-5 ปี ร้อยละ 63.7 และ 66.7 ส่วนใหญ่บุตรจะเป็นผู้ดูแลในการรับประทานยา ร้อยละ 58.5 และ 42.4 การศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.5 และ 54.4 โดยเฉลี่ยมีการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิต 2 ชนิด ร้อยละ 21.2 และ 12.1 และรับประทาน 1 มื้อหลังอาหาร ร้อยละ 27.3 และ 21.2 มีการบริหารจัดการยารับประทานด้วยตนเอง และมีบุคคลในครอบครัวช่วยดูแล ร้อยละ 27.3 และ 27.3

2. ภายหลังเสร็จการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (N=33)

ตัวแปรตาม	Mean	S.D.	df	t	p-value
พฤติกรรมการรับประทานยา					
ก่อนการทดลอง	15.09	1.15	32	-11.71	.000*
หลังการทดลอง	16.69	0.88			
ระดับความดันซิสโตลิก					
ก่อนการทดลอง	138.27	6.44	32	4.55	.000
หลังการทดลอง	133.48	3.93			
ระดับความดันไดแอสโตลิก					
ก่อนการทดลอง	89.90	2.98	32	2.960	.006
หลังการทดลอง	87.87	3.32			

*p < .01

3. ภายหลังจากการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=66)

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
พฤติกรรมการรับประทานยา							
กลุ่มทดลอง	15.09	1.15	16.70	.88	64	4.425	.000*
กลุ่มควบคุม	15.21	1.56	15.33	1.53			
ค่าความดันซิสโตลิก							
กลุ่มทดลอง	138.27	6.44	133.48	3.93	64	-4.480	.000
กลุ่มควบคุม	137.39	9.33	138.93	5.76			
ค่าความดันไดแอสโตลิก							
กลุ่มทดลอง	89.90	2.98	87.87	3.32	64	-.190	.850
กลุ่มควบคุม	87.81	4.50	88.09	5.47			

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะ⁹ อธิบายผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา ในครั้งนี้ประสบความสำเร็จได้อาจเนื่องจากปัจจัยหลาย ดังนี้

1. โปรแกรมมีลักษณะแตกต่างจากรูปแบบโปรแกรมที่ผ่านมา คือ มีการกำหนดรูปแบบโปรแกรมจากผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงผู้ดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ แต่การดำเนินโปรแกรมครั้งนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3.) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ร่วมกัน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลลักษณะของโปรแกรมที่ได้จึงเกิดประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการแก้ไขปัญหาในการจัดการเรื่องยาอย่างแท้จริง

ตั้งที่กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ารูปแบบโปรแกรมเป็นรูปแบบที่ดี ทำให้ได้มีโอกาสสื่อสารกับผู้ดูแลได้พูดคุยซักถามเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนที่ผู้ป่วยต้องการจากผู้ดูแลหรือครอบครัว จากที่ไม่เคยมีการสื่อสารข้อมูลปัญหาการใช้ยาเช่นนี้มาก่อน ผลของการดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการจัดการยาของผู้ป่วยที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นและเหมาะสมได้

2 การมีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่ดี ซึ่งได้แก่ หน่วยงานหรือบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประสานกับหน่วยงานของภาครัฐที่สนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นผู้ฝึกอบรมทักษะต่างๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งความร่วมมือดังกล่าวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ การดำเนินงานในโปรแกรมประสบความสำเร็จ

3 ความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งได้รับความร่วมมือที่ดี ครอบครัวดังกล่าวมีสัมพันธภาพอันดีต่อกัน มีความสนิทสนม มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามโปรแกรมร่วมกันเป็นอย่างดี ทำให้การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมเป็นไปอย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด

4. มีรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ผลของการดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา ด้านอารมณ์รู้เทคนิคเกี่ยวกับดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่ป่วยได้มีทักษะคลายเครียด ด้านสังคม ได้สร้างสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งรูปแบบกิจกรรมทำให้ได้ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ค่าความดันซิสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงมาก กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันไดแอสโตลิกลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยาได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวล ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตจึงลดลง การร่วมกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกันและได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การผ่อนคลายโดยการคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจ การผ่อนคลายโดยการสร้างจินตนาการ เนื่องจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุและญาติเป็นผลจากสัมพันธภาพและการขาดความไว้วางใจที่ทำให้ กิดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและญาติ¹⁴ กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกัน การดูแลทางด้านสังคมจิตใจ

จะช่วยให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าใจปัญหาสุขภาพ และการรักษาที่ได้รับชัดเจนขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถปฏิบัติตัวในดูแลตนเองได้ดีขึ้นตั้งนั้น เมื่อความเครียดลดลง จึงทำให้ความดันโลหิตลดลงด้วย ส่งผลให้ค่าความดันซิสโตลิกลดลงจากก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าความดัน ไตแอสโตลิกลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ เมื่อความเครียดลดลง จึงทำให้ความดันโลหิต ลดลงด้วย ส่งผลให้ค่าความดันซิสโตลิกลดลง จากก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และ ค่าความดันไตแอสโตลิกลดลงจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ค่าความดันไตแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า จากข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 64.18 ปี (S.D. = 0.46) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 66.58 ปี (S.D.= 0.52) ซึ่งอยู่วัยสูงอายุมีความเสื่อมสภาพของหลอดเลือด ในร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่าค่าความดันซิสโตลิก จะมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามช่วงอายุ ซึ่งตรงข้าม กับค่าความดันไตแอสโตลิกที่จะมีค่าเพิ่มขึ้นจนถึง อายุประมาณ 55 ปี หลังจากนั้นจะมีแนวโน้มลดลง ไปเรื่อย ๆ อีกประมาณ 10 ปี และอาจคงที่หรือ ลดลงได้¹⁵ จึงสามารถอธิบายให้เห็นว่าค่าความดัน ไตแอสโตลิกของผู้ป่วยอาจมีค่าไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ควรให้พยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในชุมชนนำรูปแบบกิจกรรม ตามโปรแกรมฯ ไปใช้ในการพัฒนาส่งเสริมให้สมาชิก ในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการได้รับรู้ข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ร่วมกับผู้ป่วย เพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุและทำให กิตประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. ด้านการศึกษา นำผลการวิจัยไปถ่ายทอด แก่นักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจและ ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลสุขภาพของประชาชน

3. ด้านการวิจัย สนับสนุนให้ศึกษาผลของ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการยา ให้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดูแลด้านการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยเพิ่มระยะเวลามากกว่า 12 สัปดาห์เนื่องจากโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการจัดการยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมมารับประทานและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามความ ต่อเนื่องของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรม การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในโรคเรื้อรังอื่น ๆ

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). Hypertension [Internet]. Switzerland ; 2019. [cited 019/8/5] Available from: <https://www.who.int/health-topics/hypertension/>.
2. Information and Communication Office of the Permanent Secretary. Public health services. Incidence Rate of Cardiovascular disease [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited 2018/2/26] Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (in Thai)
3. Thai Hypertension Society. Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension.[Internet]. bangkok ; 2019 [cited 2019/9/20]. Available from: <http://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf> (in Thai)
4. Poophalee, T., Koonsawat, C., Phuradchaphon, T., Srisaknok, T., Explanations and Handling of Unused Medicines in Patients with Type 2 Diabetes and Hypertension: a Case of a Community at Ubon Ratchathani. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2018;10(1):3-13
5. Sadoyoo S, Jirapreeya N, Treesak C, Sangjam P. Leftover Medications in Patients with Chronic Diseases from Home Health Care Visits: A Community Study in Bangkok. Dialogue on Pharmacy and Health Care Practice. 2014;1:1-7
6. Sujamnong S, Therawiwat M, Imamee N. Factors Related to Self-Management of Hypertensive Patients, Taladkwan District Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2013; 29(2): 20-30.
7. Sallis, J. F., & Owen, N. Ecological models of Health Behavior. Health Behavior and health Education. 3rd. San Francisco; 2002
8. Catherine S, James C. C, Richard S. L. The Health-Related Functions of Social Support. Journal of Behavioral Medicine. 1981;4(4):381-405
9. Thamnamsin K, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Artsanthia J. Effects Of Self-Care Promoting Program on Self-Care Agency and Self-Care Behavior among Older Adults with Uncontrolled Hypertension in Bangkok Metropolitan. Journal of Public Health Nursing. 2015; 29(2): 43-55
10. Cohen , J.M. and Uphoff , N.T. Rural .Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies; Cornell University; 1981
11. Polit, D.F. and Beck, C.T. Nursing Research: Principles and Methods. 7th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

12. Waltz, C.F., Strickland, O. and Lenz, E. Measurement in Nursing and Health Research. 3rd. New York: Springer Publishing Company; 2005.
13. Yuychim P, Niratharadorn M, Siriumpunkul P, Buaboon N. Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. Journal of public Health. 2018;48(1):44-56
14. Suwanseep, S., Ratnakarn, N., Vanitmanee, K., Panuwatsuk, P., Prasarntong, N., editors. Guideline Social and Psychological Care of the Elderly, to Prevent Mental Health Problems. 4th Nontaburi : Division of Mental Health Promotion and Development. Ministry of Public Health ; 2013
15. Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L. Wright, J.T. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. 2017