

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับ
ความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขาม อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์
เบญจวรรณ วงษ์รอด^{1, 2, *} ส.ม., อรวรรณ กิริติสิโรจน์³ วท.ด., อาทิตยา วัจนสินธุ์³ ส.ด.

Received: November 15, 2022

Revised: March 1, 2023

Accepted: April 24, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานโดยใช้สถิติ Independent t-test, Paired t-test, One-Way Repeated ANOVA และ Analysis of Covariance (ANCOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝักขาม อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: benjawan.wongrod@gmail.com

The effectiveness of the program applying the health promotion model on self-care behavior among patients with uncontrolled hypertension in Phakkwang Sub-district, Thongseankhan District, Uttaradit Province

Benjawan Wongrod^{1, 2, *} M.P.H., Orawan Keeratisiroj³ Ph.D., Artittaya Wangwonsin³ Dr.P.H.

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effectiveness of the program by applying health Promotion model on self-care behavior among patients with uncontrolled hypertension by applying Pender's Health-promotion Model and Protection Motivation Theory. The sample consisted of 60 patients with uncontrolled hypertension, divided into experimental group and control group, 30 people each. The experimental group received health promotion program for 8 weeks and follow-up period at the 10th week. The controlled group received regular service. The data were collected by interview forms from May to July 2019. The data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics using Independent t-test, Paired t-test, One-Way Repeated ANOVA and Analysis of Covariance (ANCOVA). The statistical significance level was set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the trial group had mean perceived scores including perceived benefit of practice, perceived barriers to practice, perceived self-efficacy, perceived severity of disease, and perceived risk exposure disease, and the mean behavioral scores were statistically significantly higher than before the trial (p -value < 0.05). The mean systolic blood pressure of the experimental group after the trial and follow-up period, there was a statistically significant decrease from before the trial (p -value < 0.05). After the experiment, the experimental group had a mean perceived score, mean behavior score and mean blood pressure significantly higher than the control group (p -value < 0.05). Therefore, the health promotion program affects the self-care behavior among patients with uncontrolled hypertension.

Keywords: Self-care, Health promotion, Hypertension

¹ Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital, Thongseankhan District, Uttaradit Province

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: benjawan.wongrod@gmail.com.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการตายหรือเกิดทุพพลภาพในผู้ป่วย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกว่าพันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และพบ 1 ใน 3 ของวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.58 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเกิดในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร กรรมพันธุ์ และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ โรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential hypertension) พบร้อยละ 95.0 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบร้อยละ 5.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลาง มักไม่แสดงอาการ ส่วนผู้ที่มีระดับความดันสูงมากจะพบอาการปวดศีรษะ โดยมักปวดบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เลือดกำเดาไหล เหนื่อยหอบขณะทำงาน และเจ็บหน้าอก บางรายอาจพบภาวะแทรกซ้อนและอาจทำให้เกิดโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต และโรคตา การที่ไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (Pijanjan, 2012)

ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจ ครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557

โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยภาคภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ มีความชุกสูงสุดใกล้เคียงกัน ร้อยละ 27.2-27.5 โดยในจำนวนคนที่เป็ความดันโลหิตสูงนั้น สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง เพิ่มจากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 48.8 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 20.1 เป็น 25.0 และ สัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ (Aekplakorn, 2020)

ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง เป็นอันดับ 2 ของเขตพื้นที่ และพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ 15-39 ปี ตามลำดับ โดยมีอัตราป่วย ร้อยละ 48.5 29.0 14.8 และ 1.8 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในตำบลผักขวง อำเภอกองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 33.4 35.0 34.8 35.8 และ 35.3 ตามลำดับ ในขณะที่ อัตราป่วยตายมีแนวโน้มลดลง เป็นร้อยละ 1.6 0.02 1.8 0.5 และ 0.2 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2564 ยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึง ร้อยละ 27.0 (Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค และการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด (Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital, 2021)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของนักสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคลและชุมชน ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เป็นแบบจำลองที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก (Thongbu, Potisupsuk, & Nontasawatsri, 2019) ซึ่งเน้นการรับรู้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวกนั้น สามารถนำไปใช้ได้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นผลให้ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพไปในทางบวกตลอดช่วงชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจนเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วนั้น จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี (Junpen, 2021) พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีที่เน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในตัวบุคคลได้ โดยมีการศึกษาของ Boongun & Dungsong (2013) ที่พบว่า การนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีขึ้น ซึ่งการวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีทั้งสองมาบูรณาการกันเพื่อส่งเสริมการรับรู้ให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาจัดกระบวนการในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทุพพลภาพและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล
- 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที แตกต่างกัน
- 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล แตกต่างกัน
- 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการรับรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม
- 4) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pre-test Post-test design) โดยการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 091/2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 98 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผักขวงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำมีใหญ่ อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้ค่า Index of Effect Size เป็นค่าที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยเลือกตัวแปรค่าเฉลี่ยความดันโลหิต จากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Chue-iam, 2011) กำหนดค่าความผิดพลาดชนิดที่ 1 (Type I Error, α) เท่ากับ 0.05 และความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Type II Error, β) เท่ากับ 0.80 แล้วนำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (Suntorn, 2019) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.0 จึงได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย

1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Plotnikoff & Higginbotham, 2002)

2) คู่มือการดูแลตนเอง สร้างขึ้นโดยรวบรวมข้อมูลการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 5 ด้าน (1) การรับประทานอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การจัดการอารมณ์ (4) การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (5) การรับประทานยา และนำมาปรับปรุงเพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2) เครื่องวัดความดันโลหิต ยี่ห้อ Omron รุ่น HEM-7130-L ซึ่งผ่านการสอบเทียบได้มาตรฐาน โดยขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐาน วิธีการทำการทดสอบเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (Non-Invasive Automated Sphygmomanometers)

3) แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (2) การรับรู้อุปสรรค (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ลักษณะคำถามนี้ มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ มีคำถามผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน 3 2 และ 1 โดยมีคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (Kotchompoo, Mahaweerawat, & Dejthai, 2011) ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ใช่ ได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน และไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน และไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ในการคิดคะแนนด้านการรับรู้ ผู้วิจัยได้นำคะแนน ทั้ง 5 ด้าน มารวมกันได้แก่ (1) การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (2) การรับรู้อุปสรรค (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แปลผลคะแนนด้านการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้และความคาดหวังในระดับดี มีการรับรู้และความคาดหวังในระดับปานกลาง และมีการรับรู้และความคาดหวังในระดับต่ำ

3) แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

(1) การรับประทานอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การจัดการอารมณ์ (4) การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (5) การรับประทานยา ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ จำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนนจะเป็น 1 2 3 และ 4 โดยมีคำถามทั้งเชิงบวกเชิงลบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จัดระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ (Pijanjan, 2012) ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งได้ 3 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 4 คะแนน แปลผลคะแนนด้านการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

4) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC: Index Of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปากาย อำเภอกอสนธิ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ กูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 0.78 2) การรับรู้อุปสรรค มีค่าเท่ากับ 0.72 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.96

4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเท่ากับ 0.96 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีค่าเท่ากับ 0.93 6) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเข้าใจ มีการประเมินการรับรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพัฒนาจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แจกคู่มือการดูแลตนเองก่อนเข้าโปรแกรม จัดกิจกรรมอบรมกระตุ้นการรับรู้ โดยประกอบด้วย 6 กิจกรรม (1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการรับรู้ โดยการบรรยายให้ความรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตนเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยกตัวอย่างตัวแบบที่มีสุขภาพดีจากการปฏิบัติตัว ชมวิดีโอและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ลดการรับรู้อุปสรรคเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมเฉพาะโรค (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมเฉพาะโรคได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายโดยการบรรยายและทำกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นปัจจัยในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเฉพาะโรคแล้ว ก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และผู้วิจัยให้คำพูดจูงใจ ชมเชย และให้กำลังใจ (4) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยาย เน้นให้เห็นถึงการก่อให้เกิด

ความพิการจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงโดยการยกตัวอย่างตัวแบบที่ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน (5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยการบรรยายให้ความรู้ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ชมวีดิทัศน์และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (6) การสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ความรู้ พร้อมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และสร้างแรงจูงใจระหว่างกัน ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 พูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง โดยมีกิจกรรม ดังนี้ (1) วัดระดับความดันโลหิต (2) ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ชักถามปัญหาอุปสรรค (3) ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล (4) พูดชักจูงผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 2 พูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามผลโดยการวัดความดันโลหิตใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม ได้รับการตามนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามปกติ คือ พบแพทย์และรับยาตามนัด และมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงโปรแกรมการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดระดับความดันโลหิต

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดระดับความดันโลหิต และแจกคู่มือการดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ด้วยสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ One-Way Repeated ANOVA และ Analysis of Covariance (ANCOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือออกจากโปรแกรมก่อนกำหนด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน โดยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.3 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 61-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ สถานภาพ ส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 83.3 และร้อยละ 76.7 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ ร้อยละ 90.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร

คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ รายได้ต่อปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ระหว่าง 40,000-60,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,001-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระยะเวลาการเป็นโรค กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-5 ปี และ 6-10 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25.0-29.9 คิดเป็นร้อยละ 36.7

และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.6-22.9 คิดเป็นร้อยละ 40.0 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการทดสอบพบว่า ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ S.D.	หลังทดลอง Mean $\pm$ S.D.	p-value
การรับรู้ [†]	71.27 $\pm$ 3.07	74.54 $\pm$ 0.35	< 0.001*
พฤติกรรม [‡]	114.03 $\pm$ 10.23	128.85 $\pm$ 0.93	< 0.001*

[†]ทดสอบด้วย Wilcoxon test, [‡]ทดสอบด้วย Paired t-test, *p-value < 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆ พบว่า ทั้งค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในระยะต่างๆ ของ

การทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆ ของการทดลอง (n = 30)

ระยะในการทดลอง	ความดันโลหิต (Mean $\pm$ S.D.)	
	ซิสโตลิก	ไดแอสโตลิก
ก่อนการทดลอง	139.57 $\pm$ 1.71	82.43 $\pm$ 8.03
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2	132.17 $\pm$ 1.50	78.97 $\pm$ 6.26
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 4	129.17 $\pm$ 1.42	78.90 $\pm$ 8.46
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 6	128.10 $\pm$ 1.65	78.90 $\pm$ 7.03
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	135.37 $\pm$ 7.76	76.47 $\pm$ 8.13
ระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10	126.20 $\pm$ 1.22	75.87 $\pm$ 8.25
F (df)	171,167.18 (1, 29)	8,048.07 (1, 29)
p-value	< 0.001*	< 0.001*

* p-value < 0.05

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่า กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรม

สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พฤติกรรม และการรับรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.	
ความดันโลหิตซิสโตลิก [†]	125.37 $\pm$ 7.61	137.83 $\pm$ 5.91	< 0.001 *
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก [†]	76.47 $\pm$ 8.13	83.50 $\pm$ 5.75	< 0.001 *
การรับรู้ [‡]	74.54 $\pm$ 0.35	72.49 $\pm$ 0.35	< 0.001*
พฤติกรรม [‡]	128.85* $\pm$ 0.93	106.55 $\pm$ 0.93	< 0.001*

[†]ทดสอบด้วย Independent t-test, [‡]ทดสอบด้วย ANCOVA, * p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Maklamdam, 2015) ซึ่งโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยมีกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้มีการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ได้รับความรู้ด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร มีการยกตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรเลี่ยง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและอายุ การจัดการอารมณ์ในสภาวะต่างๆ การรับประทานยาให้ถูกต้องและพบแพทย์ตามนัด การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา เพื่อให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน สร้างความ

เข้าใจและความตระหนักถึงอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค ในด้านการรับรู้ได้มีการบรรยายถึงผลดีของการปฏิบัติตนเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยกตัวอย่างตัวแบบที่มีสุขภาพดีจากการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ทำกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมเฉพาะโรค ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมเฉพาะโรคได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายเน้นให้เห็นถึงการก่อให้เกิดความพิการจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต การซีให้เห็นถึงความรุนแรงโดยการยกตัวอย่างตัวแบบที่ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ความรู้ พร้อมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และสร้างแรงจูงใจระหว่างกัน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ (Wattanametee, 2016) กล่าวว่า ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากโปรแกรมได้กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังเห็นประโยชน์ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 1 มีการติดตามวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่บ้าน พวดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 2 ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ชักถามปัญหาอุปสรรค ทบทวนความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล และพุดชักจูงผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นเพิ่มเติม ในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้าน พุดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 6 ทำให้โปรแกรมสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Nakgling, 2017) ที่กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านและการติดตามอาการยังส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jirojanaku, Nipathatapon, Leesukon, Pipatsomba, Rowsathien, & Kuanyeeun (2017) ซึ่งกล่าวไว้ว่า โปรแกรมช่วยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยเอง และผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อเนื่อง ช่วยให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการรับรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pijanjan, 2012) ด้านการ

รับรู้หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทำให้มีความตระหนักในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและเห็นถึงความเป็นอันตรายต่อชีวิตของความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรม แต่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Wattanametee, 2016) ซึ่งกล่าวไว้ว่า กลุ่มทดลองยังเห็นประโยชน์และความสำคัญในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว ทั้งในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด การงดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา และมีการสร้างความรับรู้ กระตุ้นกลุ่มทดลอง ให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirojanaku, Nipathatapon, Leesukon, Pipatsomba, Rowsathien, & Kuanyeeun (2017) จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองลดลง ในขณะที่ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมจึงปฏิบัติตัวตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Srimongkol, 2015) ซึ่งกล่าวว่า กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นให้ได้รับการรับรู้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนและปฏิบัติตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ คือ มีการออกแบบโปรแกรม มีการติดตาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินระดับความดันโลหิตทุก 2 สัปดาห์ เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการวิจัย คือ ระยะเวลาของโปรแกรมอาจสั้นเกินไปที่จะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ต้องใช้เวลา 12 สัปดาห์ (Saothong, 2020) เพื่อปรับเปลี่ยนนิสัยหรือพฤติกรรม และประสบผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) จากผลการวิจัย พบว่า ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 เนื่องจากการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง ดังนั้น สามารถนำการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยเจ้าหน้าที่ และการมีส่วนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ไปใช้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

2) จากการศึกษาเป็นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระหว่างผู้ป่วยเอง ควรเพิ่มผู้มีส่วนร่วมในการเสริมกำลังใจและติดตามเยี่ยมบ้าน คือ ครอบครัวผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างเครือข่ายในการกระตุ้นพฤติกรรม การสร้างกำลังใจ การติดตามกำกับดูแล ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาของโปรแกรม 8 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องในระยะยาว จึงควรมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาเป็น 12 สัปดาห์ ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระบบรักษาปกติ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

2) นำโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไขมัน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสอดคล้องกัน

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (2020). *Report of the 6th Thai people's health report by crossed meditation 2019-2020*. Bangkok: Mahidol University publishing house. (in Thai)
- Boongun, N., & Dungsong, R. (2013). Effects of health education programs by application of the protection motivation theory and social support to prevent kidney disease among hypertensive patients. *Srinagarind Medical Journal*, 27(4), 366-372. (in Thai)
- Chue-iam, S. (2011). *The effect of a food consumption promotion program on consumption behavior disease-specific diet and blood pressure levels in elderly people with idiopathic hypertension*. Thesis of Master of Nursing, Burapha University, Chonburi. (in Thai)
- Junpen, R. (2021). The effectiveness of the health promotion program for patients with hypertension in hypertension clinic Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province. *Journal of research for health improvement and quality of life*, 1(2), 20-30. (in Thai)
- Jirojanakul, P., Nipathatapon, S., Leesukon, N., Pipatsomba, P., Rowsathien, N., & Kuanyeeun, R. (2017). Effectiveness of the management enhancement program self of a person with hypertension. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Nurses*, 28(1), 19-24. (in Thai)
- Kotchompoo, S., Mahaweewawat, U., & Dejthai, T. (2011). Improving blood pressure control behavior among essential hypertension patients at Amphoe Klong Luang, Chawat Pathum Thani, *KKU Journal for Public Health Research*, 4(1), 47-60. (in Thai)

- Maklamdam, P. (2015). *The effects of a program to promote self-care behaviors of the elderly sick with hypertension*, Thesis of Master of science, Rajabhat Rajanagarindra University, Chachoengsao. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2021, October 15). *Percentage of hypertension patients with good blood pressure control, 2021*. Retrieved October 20, 2021, from <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
- Nakgling, Y. (2017). The effect of the self-efficacy enhancing program on healthy behavior of the elderly with hypertension whose blood pressure level cannot be controlled. *Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Mahachakri Sirindhorn*, 6(1), 27-35. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital (2021). *Chronic disease case report of Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital 2021*. Uttaradit Province: Phakkwang Tambon Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Pijanjan, J. (2012). *Effects of health promotion programs on consumption behaviour diet and quality of life of hypertensive patients at Phen Hospital, Phen District*, Udon Thani Province. Thesis of Master of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai)
- Plotnikoff, R. C. & Higginbotham, N. (2002). Protection motivation theory and exercise behavior change for the prevention of coronary heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adult psychology, *Health & Medicine*, 7(1), 87-98.
- Saothong, T. (2020). Effects of behavior change on glycemic control in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar. *Journal of Health and Nursing Research*. 36(3), 19-30. (in Thai)
- Srimongkol, T. (2015). Dietary behavior modification program in high risk groups for hypertension, Tajan Sub-district, Kong District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(1), 86-88. (in Thai)
- Suntorn, S. (2019). Concepts and paradigms of sample size determination with G*Power. *Journal of Interdisciplinary Research*, 8(1), 29-39. (in Thai)
- Thongbu, P., Potisupsuk, C., & Nontasawatsri, S. (2019). Effects of a self-health promotion program for elderly patients with uncontrolled hypertension in Tambon Laoluang, Kasetwisai District, Roi-Et Province. *Journal of Nursing*, 68(4), 1-10. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2021). *Percentage of hypertension patients with good blood pressure control, 2021*. Retrieved October 20, 2021, from <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
- Wattanametee, R. (2016). Effect of behavior modification program on blood pressure control blood of patients with high blood pressure outpatient department Irrigation Hospital. *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network*, 4(3), 12-19. (in Thai)