

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับภาษาปกาเกอญ่ต่อ ความรู้และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยปกาเกอญ่

ณัฐพร ศศิฉาย¹, สุระรอง ชินวงศ์²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

²ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับภาษาปกาเกอญ่ต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคเกลือ ความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยปกาเกอญ่ **วิธีการ:** รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองที่ศึกษาไปข้างหน้าแบบกลุ่มเดียว โดยมีการวัดผลก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 146 คน ที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 กลุ่มตัวอย่างพบเภสัชกรทั้งหมด 3 ครั้งและได้รับสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับภาษาปกาเกอญ่ 3 ครั้ง การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือและปริมาณเกลือที่เติมน้ำชาด้วยเครื่องชั่งวิเคราะห์ 4 ตำแหน่ง ความร่วมมือในการใช้ยาประเมินจากการนับเม็ดยาที่เหลือและการมาพบแพทย์ตามวันนัด การศึกษาติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในทุกครั้งที่มารับบริการ **ผลการวิจัย:** คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยเพิ่มจาก 11.26 ± 3.54 (คะแนนเต็ม 17 คะแนน) ในช่วงก่อนให้ความรู้เป็น 14.75 ± 2.34 และ 16.02 ± 1.32 หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ปริมาณเฉลี่ยของเกลือที่ใส่น้ำชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) จาก $1,740.3\pm3,279.3$ มิลลิกรัมต่อวัน ในช่วงก่อนการให้ความรู้ครั้งแรกลดลงเป็น $636.8\pm1,142.6$ มิลลิกรัมต่อวัน และ 415.4 ± 871.7 มิลลิกรัมต่อวัน ความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) เมื่อประเมินด้วยการนับเม็ดยาที่เหลือ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) จาก 136.6 ± 16.4 มิลลิเมตรปรอท เป็น 130.0 ± 13.1 มิลลิเมตรปรอท และ 126.7 ± 12.7 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$) จาก 81.2 ± 11.4 มิลลิเมตรปรอท เป็น 78.6 ± 10.6 มิลลิเมตรปรอท และ 78.9 ± 9.8 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ สรุป: การใช้สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับภาษาปกาเกอญ่ในผู้ป่วยปกาเกอญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคเกลือที่เหมาะสม ความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายได้มากขึ้น

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง วีดิทัศน์ แผ่นพับ ปกาเกอญ่ การบริหารเภสัชกรรม

รับต้นฉบับ: 6 มี.ค. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 19 เม.ย. 2562, รับลงตีพิมพ์: 13 พ.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: สุระรอง ชินวงศ์ ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

E-mail: surarong@gmail.com

Effects of Using Video Media and Leaflet in Pga K'nyau Language on Knowledge and Blood Pressure Control in Pga K'nyau Hypertensive Patients

Nattaporn Sasichay¹, Surarong Chinwong²

¹Pharmacy and Consumer Protection Department, Watchan 80th Celebrations Hospital, Chiang Mai

²Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To determine the effect of using educational video media and leaflet in Pga K'nyau language on knowledge, salt consumption behavior, medication adherence and blood pressure control in Pga K'nyau hypertensive patients. **Methods:** This prospective quasi-experimental study with one group pretest-posttest design was conducted among 146 Pga K'nyau hypertensive patients at Watchan 80th Celebrations hospital between November 2016 and October 2017. The participants met the pharmacist for three times to receive educational video media and leaflet in Pga K'nyau language. The data were collected using a questionnaire on knowledge on hypertension, and salt consumption. A four digit analytical balance was used to record the amount of salt put in tea. Medication adherence was assessed by pill-count and followed up visit. The study monitored blood pressure of the patients in very hospital visit. **Results:** Mean score on knowledge significantly increased from 11.26 ± 3.54 (maximum score of 17) before undertaking educational interventions to 14.75 ± 2.34 and 16.02 ± 1.32 after the first and the second educational interventions, respectively. The average amount of salt put in tea was statistically significantly decreased ($P < 0.001$) from $1,740.3 \pm 3,279.3$ mg/day before the interventions to $636.8 \pm 1,142.6$ mg/day and 415.4 ± 871.7 mg/day after the interventions respectively. Medication adherence assessed by pill-count was statistically significantly higher ($P < 0.05$) after receiving interventions. After the first and second interventions, the average systolic blood pressure levels were statistically significantly decreased ($P < 0.001$) from 136.6 ± 16.4 mmHg to 130.0 ± 13.1 mmHg and 126.7 ± 12.7 mmHg, respectively, while the average diastolic blood pressure levels were statistically significantly decreased ($p = 0.005$) from 81.2 ± 11.4 mmHg to 78.6 ± 10.6 mmHg and 78.9 ± 9.8 mmHg, respectively. **Conclusion:** The use of educational video media and leaflet in Pga K'nyau language to educate Pga K'nyau hypertensive patients could statistically significantly increase their knowledge on hypertension, appropriate salt consumption as well as increased medication adherence and blood pressure control.

Keywords: hypertension, video media, leaflet, Pga K'nyau, pharmaceutical care

บทนำ

ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้มีโดยประมาณ 9.4 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (1) โรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรือไตวายได้ (2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่น่ากลัวและควบคุมได้ จากอาการของโรคที่ไม่เด่นชัดทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าหายจากโรคแล้ว จึงไม่รับประทานและไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (3, 4) การศึกษาที่สัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปจำนวน 298 คนในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตากเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีร้อยละ 58.2 ที่เคยได้ยินคำว่าความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 19 เท่านั้นที่ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงคืออะไร ดังนั้นการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ (5) การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นแม้จะให้การรักษาด้วยยาแล้วแต่ยังไม่เพียงพอต่อการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตยังคงมีความจำเป็นในการรักษาด้วย การจำกัดการบริโภคเกลือเป็นหนึ่งในวิธีการที่ไม่ใช่ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ (6) มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ต่ำ มีผลทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ดีด้วย (7)

อำเภอภักดีพัฒนา มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 12,367 คน ส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์ปกาเกอญอ มีผู้ป่วยปกาเกอญอเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาจำนวน 175 คน แต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย 2 ครั้งสุดท้ายที่มาพบแพทย์จำนวน 50 คน สาเหตุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกิดจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยมักขาดยา-ไม่มาตามนัด ทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ปกาเกอญอในพื้นที่ยังมีพฤติกรรมนิยมการดื่มชาซึ่งเป็นวัฒนธรรมเฉพาะ โดยนิยมดื่มเกลือเม็ดหรือเกลือผงเพื่อลดรสฝาดของชาและเพิ่มรสชาติของชา การสำรวจในเขตตำบลบ้านจันทร์มีประชากรทั้งหมด 3,066 คน พบว่า

มีประชากรรู้หนังสือ มีทักษะการอ่านและการเขียนภาษาไทยเพียง 1,809 คน (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ.2561 จากสำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอภักดีพัฒนา)

การให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย (multimedia) ถือเป็นวิธีการให้ความรู้แนวใหม่ที่มีการถ่ายทอดแนวคิดและความรู้เพื่อสื่อให้ผู้รับสารเข้าใจง่ายและดึงดูดผสมผสานกันสื่อประกอบด้วยตัวอักษร เสียง ภาพ และวิดีโอ อีกทั้งยังมีประโยชน์ในการถ่ายทอดข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่รู้หนังสือน้อย (8) และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการอ่าน เขียน การให้ผู้ป่วยดูวีดิทัศน์สั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจในการรักษา ช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (9) มีโอกาสฟังซ้ำและเห็นภาพเรื่องราวได้ชัดเจน (10) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซ้ำหลายครั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้มากกว่าการได้รับความรู้เพียงครั้งเดียว (15) มีการศึกษาว่า สื่อวีดิทัศน์มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวตามองค์ความรู้ที่ได้สื่อสารถึงผู้ป่วย (11, 12) ส่วนแผ่นพับเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่สามารถย้อนกลับมาทบทวนอ่านใหม่ได้จนเข้าใจ บรรจुरายละเอียดของข่าวสารที่ต้องการสื่อได้ครบถ้วน สะดวกต่อการใช้และช่วยเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ป่วยได้ (13) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจต้องการประเมินผลก่อนและหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับภาษาปกาเกอญอเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงว่า สื่อดังกล่าวมีผลต่อความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคเกลือ ความร่วมมือในการใช้ยา และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยปกาเกอญออย่างไร

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองในรูปแบบการศึกษาไปข้างหน้าแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง การศึกษารั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 37/2559 รับรองเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2559) โดยอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ.2560 รวมระยะเวลา 1 ปี

ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษามีดังนี้ 1) ผู้ป่วยปกาเกอญอโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่

โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนตุลาคม 2560 2) สามารถสื่อสารภาษาปากกะเณวในทักษะด้านการฟังและพูดได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจากการศึกษาครั้งนี้ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถรับชมสื่อวีดิทัศน์ได้ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้เมื่อสิ้นสุดการศึกษา (เดือนตุลาคม 2560)

การศึกษาทำในผู้ป่วยทุกรายที่เป็นไปตามเกณฑ์ข้างต้นที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ

เครื่องมือให้ความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คือ สื่อวีดิทัศน์ภาษาปากกะเณว และแผ่นพับให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 สาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 การบริโภคเกลือกับโรคความดันโลหิตสูง และส่วนที่ 3 ความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน สื่อวีดิทัศน์มีความยาวประมาณ 18 นาที ผู้อ่านสามารถชมบทสนทนาภาษาปากกะเณวและภาพสถานการณ์ประกอบจากสื่อวีดิทัศน์ตามลิงค์นี้ <https://drive.google.com/file/d/0B7hT4mzl2p2V0psQ0dCdjVRbm8/view?usp=sharing>

การผลิตสื่อวีดิทัศน์มี 3 ขั้นตอนคือ 1. เตรียมการก่อนผลิต (pre-production) โดยศึกษาปัญหาของกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยภาษาปากกะเณว แล้วนำเนื้อหาหาวิเคราะห์และจัดทำบทบรรยายขึ้นมา ต่อมาจำลองเหตุการณ์ให้ใกล้เคียงกับชีวิตจริงของผู้ป่วยเพื่อให้สื่อมีความน่าสนใจ 2. แผนระหว่างการผลิต (production) ถ่ายทำและบรรยายเป็นภาษาไทย 3. แผนหลังการผลิต (post-production) เผยแพร่เป็นวีดิทัศน์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนการผลิตสื่อแผ่นพับมี 3 ขั้นตอนคือ 1. ขั้นตอนก่อนการพิมพ์ (pre-press) เตรียมต้นฉบับเนื้อหาสำหรับแผ่นพับ ให้มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับสื่อวีดิทัศน์ รายละเอียดในแผ่นพับมีทั้งภาษาไทยและภาษาเขียนปากกะเณว 2. ขั้นตอนการพิมพ์ (press) 3. ขั้นตอนหลังการพิมพ์ (post-press) เผยแพร่เป็นแผ่นพับสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับนี้ได้รับการตรวจความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่านได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1

ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน การตรวจสอบทำในเรื่องการใช้ภาษาที่ถูกต้องและความสามารถในการสื่อความหมายในภาษาปากกะเณวทำโดยปราชญ์ภาษาปากกะเณว 3 ท่าน หลังจากนั้น จึงได้นำสื่อมาทดสอบถึงความเข้าใจในสื่อและความเหมาะสมของสื่อในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างที่จะศึกษา

ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม ๆ ละ 5-10 คน เพื่อดูสื่อวีดิทัศน์และแจกแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยทุกราย

การวัดผล

การวิจัยมีการติดตามวัดผลผลลัพธ์เป็นระยะ ๆ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในช่วงก่อนการให้สื่อ คือเป็นการพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรกของการวิจัย ส่วนครั้งที่ 2-3 ประเมินหลังการให้สื่อ 1 และ 2 ครั้งตามลำดับ โดยมีระยะเวลาห่างจากครั้งที่ 1 นาน 1-3 เดือนตามการนัดพบของแพทย์ แบบสอบถามวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงนำมาจากเครื่องมือในงานวิจัยของ Kummak และคณะ (16) มีจำนวน 17 ข้อ (คะแนนเต็ม 17 คะแนน) เนื้อหาคำถามถามถึงสาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง คำถามประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและเลือกข้อไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือประยุกต์มาจากเครื่องมือในงานวิจัยวัดการบริโภคเกลือโซเดียมในประชากรไทยของ Sringermyuang และคณะ ที่นำเสนอต่อสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (17) การให้คะแนนพิจารณาจากการตอบแบบสอบถามนี้ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้งที่มาพบเภสัชกร ถ้าตอบ “ไม่ใส่/ไม่กิน” ได้ 2 คะแนน ถ้าตอบ “บางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง” ได้ 1 คะแนน และถ้าตอบ “ทุกครั้ง/บ่อย” ได้ 0 คะแนน นอกจากนี้ยังวัดปริมาณเกลือที่กลุ่มตัวอย่างใส่น้ำชา โดยเภสัชกรขอให้กลุ่มตัวอย่างตวงปริมาณเกลือที่ใช้และชั่งด้วยเครื่องชั่งวิเคราะห์ 4 ตำแหน่ง (Sartorius LA230S) แบบสอบถามที่นำมาใช้นี้ผ่านการขออนุญาตจากผู้เป็นเจ้าของแล้ว เครื่องมือเก็บข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการบริโภคเกลือ มีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 และ 0.71 ตามลำดับ

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาทำโดย 2 วิธี คือ 1. การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (pill count) โดยนับจำนวนเม็ดยารักษาความดันโลหิตสูงทั้งหมดจากผู้ป่วย ลบ

กับจำนวนยาคงเหลือ จะได้เป็นจำนวนเม็ดยาที่ใช้จริง แล้วนำมาหารกับจำนวนเม็ดยาที่ควรใช้ คำนวณเป็นร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีการรักษาความดันโลหิตสูง 2 ชนิดขึ้นไป การคำนวณนำค่าร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้มาคิดเป็นค่าเฉลี่ย 2. การมาพบแพทย์ตามวันนัดของผู้ป่วย โดยดูในเวชระเบียนประวัติเดิมของผู้ป่วยย้อนหลัง 2 ครั้งก่อนที่จะมารักษาตัว ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมาก่อนนัด ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นร้อยละ 100

การศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง จะใช้วิธีสัมภาษณ์ผ่านล่าม โดยมีล่ามในการสัมภาษณ์ 2 คน ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงให้ล่ามเข้าใจในวิธีการสัมภาษณ์และให้แปลคำพูดจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง โดยไม่ใส่ความคิดเห็นของล่ามเข้าไปด้วย

ในการวัดระดับความดันโลหิต ให้ตัวอย่างนั่งพักบนเก้าอี้นาน 5 นาที และทำการวัดโดยพยาบาลด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติยี่ห้อ OMRON รุ่น JPN2 ที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอทุกปี เกณฑ์ในการตัดสินความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตใช้เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปปี 2558 ดังนี้ คือ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะปัสสาวะมีแอลบูมินตั้งแต่ 30 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นไป ระดับความดันโลหิตเป้าหมายอยู่ที่ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีภาวะปัสสาวะมีแอลบูมิน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะปัสสาวะมีแอลบูมินน้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน ระดับความดันโลหิตเป้าหมายอยู่ที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี แต่น้อยกว่า 80 ปี ระดับความดันโลหิตเป้าหมายอยู่ที่ต่ำกว่า 140-150/90 มิลลิเมตรปรอท และในผู้ป่วยที่อายุ 80 ปีขึ้นไป ระดับความดันโลหิตเป้าหมายอยู่ที่ต่ำกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคเกลือ ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ

Bonferroni การศึกษาใช้ McNemar's test เพื่อทดสอบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซง

ผลการวิจัย

ลักษณะของตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกมีจำนวน 146 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 94 คน (ร้อยละ 64.4) มีอายุเฉลี่ย 58.2 ± 12.2 ปี กลุ่มตัวอย่างฟังภาษาไทยได้ 104 คน (ร้อยละ 71.2) แต่อ่านภาษาไทยได้เพียง 66 คน (ร้อยละ 45.2) ในขณะที่อ่านภาษาปากกะเหรี่ยงได้ถึง 93 คน (ร้อยละ 63.7) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 61.54 ± 45.71 เดือน มีโรคเบาหวานร่วมด้วย 29 คน (ร้อยละ 19.9)

ความรู้

ตารางที่ 1 แสดงความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของตัวอย่าง ความรู้ของตัวอย่างเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 11.26 ± 3.54 (คะแนนเต็ม 17) ในช่วงก่อนการแทรกแซง เป็น 14.75 ± 2.34 หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1 และเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกครั้งเป็น 16.02 ± 1.32 หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 2 หลังการให้ความรู้ ตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในคำถามทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 11 (ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องตรวจและรับยาตามนัด) ซึ่งผู้ป่วยเกือบทุกรายมีความรู้ในเรื่องนี้ถูกต้องตั้งแต่ก่อนการแทรกแซง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือ

หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมชิมอาหารก่อนแล้วจึงใส่เครื่องปรุง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนให้ความรู้ (ตารางที่ 2) แต่พฤติกรรมการใส่ผงชูรส/ผงปรุงรส/ซูปก้อนในอาหารที่ปรุงเอง ไม่ลดลงหลังให้การแทรกแซงทั้งสองครั้ง ($P=0.130$) ในขณะที่พฤติกรรมการไม่ใส่เกลือในน้ำชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการให้ความรู้และหลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1 นอกจากนี้การให้ความรู้ครั้งที่ 2 ทำให้พฤติกรรมดังกล่าวลดลงอีกอย่างมีนัยสำคัญสถิติ

ตารางที่ 1. คะแนนเฉลี่ย ($\pm$ SD) ของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (n=146)

ข้อ ที่	คำถาม	ก่อนการให้ ความรู้	หลังการให้ ความรู้ครั้งที่ 1	หลังการให้ ความรู้ครั้งที่ 2	P ¹
1	ความดันโลหิต คือแรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย	0.42 $\pm$ 0.49 ^a	0.87 $\pm$ 0.33 ^b	0.96 $\pm$ 0.19 ^c	<0.001
2	ความดันโลหิตสูง คือค่าความดันโลหิตสูงกว่า หรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท	0.55 $\pm$ 0.49 ^a	0.90 $\pm$ 0.31 ^b	0.96 $\pm$ 0.19 ^b	<0.001
3	อาการอันตรายที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงอย่างหนึ่ง คือตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัด	0.78 $\pm$ 0.42 ^a	0.95 $\pm$ 0.21 ^b	0.97 $\pm$ 0.16 ^b	<0.001
4	โรคอ้วนไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง	0.36 $\pm$ 0.48 ^a	0.65 $\pm$ 0.47 ^b	0.79 $\pm$ 0.41 ^c	<0.001
5	ความเครียดและการกินอาหารรสเค็มเป็นประจำ ไม่ใช่สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง	0.48 $\pm$ 0.50 ^a	0.77 $\pm$ 0.42 ^b	0.90 $\pm$ 0.29 ^c	<0.001
6	การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	0.84 $\pm$ 0.37 ^a	0.96 $\pm$ 0.19 ^b	0.99 $\pm$ 0.16 ^b	<0.001
7	อาการมึนหัวและปวดหัวบริเวณท้ายทอย ไม่ใช่อาการของโรคความดันโลหิตสูง	0.43 $\pm$ 0.51 ^a	0.64 $\pm$ 0.48 ^b	0.73 $\pm$ 0.45 ^b	<0.001
8	การรักษาโรคอย่างต่อเนื่องนั้น ช่วยลดความรุนแรงจากโรคแทรกซ้อนได้	0.84 $\pm$ 0.37 ^a	0.95 $\pm$ 0.21 ^b	0.99 $\pm$ 0.08 ^c	<0.001
9	โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก ล้วนเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	0.68 $\pm$ 0.47 ^a	0.91 $\pm$ 0.29 ^b	0.97 $\pm$ 0.16 ^c	<0.001
10	ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เป็นอัมพาตได้	0.88 $\pm$ 0.32 ^a	0.98 $\pm$ 0.14 ^b	0.99 $\pm$ 0.09 ^b	<0.001
11	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมาตรวจ-รับยาตามนัด	0.95 $\pm$ 0.21	1.00 $\pm$ 0.0	1.00 $\pm$ 0.0	>0.05
12	การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนลงได้	0.80 $\pm$ 0.40 ^a	0.95 $\pm$ 0.23 ^b	0.99 $\pm$ 0.12 ^b	<0.001
13	ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรกินอาหารที่มีรสเค็มจัด	0.71 $\pm$ 0.46 ^a	0.89 $\pm$ 0.31 ^b	0.97 $\pm$ 0.18 ^c	<0.001
14	พฤติกรรมการยกของหนักมากๆ หรือการแบกหามเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้	0.65 $\pm$ 0.48 ^a	0.82 $\pm$ 0.38 ^b	0.92 $\pm$ 0.28 ^c	<0.001
15	โรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาตามแขนขา มีอาการแขนขาอ่อนแรงได้	0.73 $\pm$ 0.44 ^a	0.89 $\pm$ 0.31 ^b	0.95 $\pm$ 0.21 ^b	<0.001
16	สิ่งที่ไม่ดีมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การวิตกกังวล หงุดหงิดและโมโหง่าย	0.46 $\pm$ 0.50 ^a	0.75 $\pm$ 0.44 ^b	0.80 $\pm$ 0.40 ^b	<0.001
17	ผู้ป่วยควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วันๆ ละไม่น้อยกว่า 30 นาที	0.66 $\pm$ 0.48 ^a	0.88 $\pm$ 0.32 ^b	0.96 $\pm$ 0.20 ^c	<0.001
คะแนนความรู้เฉลี่ย (พิสัย 0-17 คะแนน)		11.26 $\pm$ 3.54 ^a	14.75 $\pm$ 2.34 ^b	16.02 $\pm$ 1.32 ^c	<0.001

1: repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni

a, b, c: ค่าเฉลี่ยที่มีอักษรตัวยกเดียวกันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2. พฤติกรรมการบริโภคเกลือ ความร่วมมือในการใช้ยา และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต (n=146)

	คะแนน เต็ม	ก่อนการให้ความรู้	หลังการให้ ความรู้ครั้งที่ 1	หลังการให้ ความรู้ครั้งที่ 2	P ¹
พฤติกรรมการบริโภคเกลือ					
เมื่อกินก๋วยเตี๋ยว/อาหารตามร้าน ท่านไม่ใส่น้ำปลา/ซีอิ๊วเพิ่ม	2	1.20±0.64 ^a	1.34±0.67 ^{a,b}	1.40±0.68 ^b	0.005
ในการปรุงอาหารเอง ท่านไม่ใส่ผงชู รส/ ผงปรุงรส/ซุ๊ปก้อนในอาหาร	2	0.58±0.72	0.56±0.74	0.68±0.79	0.130
การไม่ใส่เกลือในน้ำชา	2	0.75±0.85 ^a	1.20±0.87 ^b	1.46±0.77 ^c	<0.001
ปริมาณเกลือที่ใส่ (มิลลิกรัม/วัน)	-	1,740.3±3,279 ^a	636.8±1,142 ^b	415.4±871 ^c	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยา					
การนับเม็ดยาคงเหลือ	100	74.8±21.68 ^a	84.4±15.96 ^b	86.54±14.37 ^b	<0.001
การมาตามนัด	100	90.5±21.4 ^a	96.8±9.1 ^b	97.3±7.1 ^b	<0.001
ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)					
Systolic BP	-	136.6±16.4 ^a	130.0±13.1 ^b	126.7±12.7 ^c	<0.001
Diastolic BP	-	81.2±11.4 ^a	78.6±10.6 ^b	78.9±9.8 ^b	0.005

1: Repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni

a, b, c: ค่าเฉลี่ยที่มีอักษรตัวยกเดียวกันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังให้การแทรกแซงครั้งที่ 1 ปริมาณเกลือที่เติมในน้ำชาของกลุ่มตัวอย่างก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จาก 1,740.3±3,279 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 636.8±1,142 มิลลิกรัมต่อวัน การให้ความรู้ครั้งที่สองทำให้พฤติกรรมดังกล่าวลดลงอีกอย่างมีนัยสำคัญสถิติเหลือ 415.4±871 มิลลิกรัมต่อวัน

ความร่วมมือในการใช้ยา

ตารางที่ 2 แสดงความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยาคงเหลือและการมาพบแพทย์ตามนัด หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1 ตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการให้ความรู้แต่ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาในช่วงหลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1 และ 2 ผลดังกล่าวพบทั้งการประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยาคงเหลือและการมาพบแพทย์ตามนัด

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการแทรกแซงครั้งที่ 1 แต่ค่าดังกล่าวในช่วงหลังการแทรกแซงครั้งที่ 2 และ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

จำนวนของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 77 คน (ร้อยละ 52.7) เป็น 102 คน (ร้อยละ 69.9) หลังได้ดูวิดีโอและอ่านแผ่นพับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงครบ 1 ครั้ง และเพิ่มอีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็น 117 คน (ร้อยละ 80.1) หลังจากได้รับการแทรกแซง 2 ครั้ง (ตารางที่ 3)

หลังการแทรกแซงจำนวนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ในแต่ละช่วงเป้าหมายของความดันโลหิตนั้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ยกเว้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีเป้าหมายความดันโลหิตน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ดังแสดงในตารางที่ 4

การอภิปรายผล

ในการให้ความรู้ทางการแพทย์แก่ประชากรกลุ่มใดต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสมจึงจะเกิดประโยชน์ การศึกษาของ Promthet และคณะในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.6 ต้องการความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยร้อยละ 31.7 ต้องการข้อมูลสุขภาพจากแพทย์(18) แต่ด้วยภาระงานของ แพทย์ จึงไม่มีเวลาให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วน ดังนั้นการเลือกสื่อให้เหมาะกับประชากรเป้าหมายจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม

ตารางที่ 3. จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (n=146)

	ควบคุมความดันได้ (ร้อยละ)	ควบคุมความดันไม่ได้ (ร้อยละ)	P ¹
ก่อนการให้ความรู้	77 (52.7)	69 (47.3)	
หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1	102 (69.9)	44 (30.1)	0.002 ²
หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 2	117 (80.1)	29 (19.9)	<0.001 ³

1: McNemar's test

2: เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ระหว่างช่วงก่อนและหลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1

3: เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ระหว่างช่วงหลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

สมในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงภาษาปากาเกะญอแล้ว ตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 11.26 ± 3.54 ในช่วงก่อนการวิจัยเป็น 14.75 ± 2.34 และ 16.02 ± 1.32 หลังการแทรกแซง 1 และ 2 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ester และคณะในประเทศสเปนที่พบว่า การให้ความรู้โดยพยาบาลและการใช้แผ่นพับในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.8 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 18.5 ในกลุ่มควบคุม (14) ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนการให้ความรู้ ร้อยละ 70.5 ของกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควร

รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่ไม่เหมาะสมในการปรุงอาหารเองคือ ยังคงชอบใส่ผงชูรสหรือผงปรุงรสอยู่ และยังมี การใส่เกลือลงในน้ำชาอยู่ อย่างไรก็ตามหลังจากได้รับสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาษาปากาเกะญอแล้ว การใส่เกลือในน้ำชาของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiyakod และคณะ ที่ประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้คู่มือการดูแลตนเอง

ตารางที่ 4. จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ จำแนกตามเป้าหมายความดันโลหิต (n=146)

เป้าหมายความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	จำนวนคน	ผลการคุมความดัน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
			ก่อนการให้ความรู้	หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1	หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 2
< 130/80 ¹	19	ควบคุมได้	6 (31.6)	10 (52.6)	12 (63.2)
		ควบคุมไม่ได้	13 (68.4)	9 (47.4)	7 (36.8)
< 140/90 ²	86	ควบคุมได้	44 (51.2)	57 (66.3)	72 (83.7)
		ควบคุมไม่ได้	42 (48.8)	29 (33.7)	14 (16.3)
< 140-150/90 ³	36	ควบคุมได้	22 (61.1)	30 (83.3)	29 (80.6)
		ควบคุมไม่ได้	14 (38.9)	6 (16.7)	7 (19.4)
< 150/90 ⁴	5	ควบคุมได้	5 (100)	4 (80)	4 (80)
		ควบคุมไม่ได้	0 (0)	1 (20)	1 (20)

1: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะปัสสาวะมีแอลบูมินตั้งแต่ 30 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นไป

2: ผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีภาวะปัสสาวะมีแอลบูมิน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะปัสสาวะมีแอลบูมินน้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน

3: ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี แต่น้อยกว่า 80 ปี

4: ผู้ป่วยที่อายุ 80 ปีขึ้นไป

สื่อวีดิทัศน์และโมเดลอาหาร พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น (19) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ester และคณะ ในประเทศสเปนที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่มีความแตกต่างกันเมื่อสิ้นสุด การศึกษา ความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจมาจาก พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวอย่างในประเทศสเปนมี ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง นานกว่าและดัชนีมวลกายมากกว่าในการศึกษานี้ (14) แต่ ผลการศึกษาของ Rujiwatthanakorn และคณะ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมในตัวอย่างที่เป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ (20)

สื่อมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย แม้ว่า สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับจะไม่ใช้สื่อมวลชน แต่ถือว่าเป็น จุดเริ่มต้นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ความรู้แล้วส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีแนวโน้มไปในทางที่ดี ขึ้นได้ ผลจากการศึกษานี้พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างลดการ รับประทานอาหารที่มีโซเดียมรวมทั้งลดการเคี้ยวเคี้ยวลง ใน น้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการได้รับสื่อวีดิทัศน์ และแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงภาษาปากา เกอะญอ น่าจะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลให้ความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่างลดลง แต่เนื่องจากติดตามกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลานาน 1 ปี ซึ่งช่วงเวลาในการบริโภคเกลือตาม ฤดูกาลก็มีผลด้วยเช่นกัน ปากาเกอะญอจะนิยมดื่มน้ำชา มาก ในฤดูหนาว จึงอาจเป็นไปได้ว่า การเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 การดื่มน้ำ ชาอาจมีปริมาณมากกว่าช่วงเวลาอื่นและการถาม ปริมาณเกลือในช่วงก่อนการวิจัยอาจเป็นการกระตุ้นให้ กลุ่มตัวอย่างหันมาดูแลตัวเองมากขึ้นได้

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดคือ ช่วงเวลาที่แพทย์นัด หลังจากการให้สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับในครั้งแรกนั้นไม่ เท่ากันในตัวอย่างแต่ละราย คือ อยู่ในช่วง 1-3 เดือน แตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและโรคร่วมที่เป็น การวัดผลในผู้ป่วยหลังการแทรกแซงจึงไม่ได้ทำ ณ เวลา เดียวกันทั้งหมด ปัจจัยอื่นที่รบกวนการศึกษานี้คือ กลุ่ม ตัวอย่างบางคนอาจนิยมทำอาหารรับประทานเองเป็น ประจำ ในการให้ข้อมูลจากแบบสอบถามก็อาจมีความ

แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ซื้ออาหารจากร้านรับประทาน หรือกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากชุมชน ที่อาจมี ความจำเป็นต้องถนอมอาหารด้วยเกลือมากกว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่อยู่ใกล้แหล่งชุมชน ดังนั้นหากต้องการศึกษาว่า ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนั้นถูกนำไปใช้จริงหรือไม่ การศึกษาครั้งต่อไปควรให้ตัวอย่างบันทึกประจำวันเกี่ยวกับ อาหารและเครื่องดื่มที่รับประทานในแต่ละวัน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามลดข้อจำกัดของการศึกษานี้ ให้มากที่สุด คือ ในช่วงระหว่างวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีโครงการ อื่นที่ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เปลี่ยนแพทย์ผู้ให้การรักษา และไม่มีการเพิ่มยาในระหว่างการรักษาเลย เพื่อให้ เห็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นจากผลของสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับ เพียงอย่างเดียว ส่วนข้อได้เปรียบในการศึกษานี้คือ กลุ่ม ตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคือกลุ่มประชากร จึงไม่มีอคติที่ เกิดจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้จึงมีความ เทียบตรงภายนอก ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวอย่างที่ควบคุมความ ดันโลหิตได้อยู่แล้วก่อนเข้าร่วมการศึกษาด้วย เนื่องจาก ก่อนการได้รับสื่อแสดงให้เห็นว่า ตัวอย่างกลุ่มนี้ยังมีพื้น ฐานความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงน้อย ยังไม่เข้าใจถึง อาการของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ พฤติกรรมการบริโภคเกลือ ยังไม่เหมาะสม คือ ยังรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มอยู่ หลังการได้รับการแทรกแซงแล้ว พบว่าค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญด้วย ($p=0.002$) สื่อที่ได้รับนี้จึง อาจช่วยเพิ่มความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่ม ตัวอย่างให้เกิดผลดีต่อโรคในระยะยาวได้

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การใช้สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับภาษาปากาเกอะญอ ในผู้ป่วยปากาเกอะญอที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ช่วยเพิ่ม ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมชิมอาหาร ก่อนแล้วจึงใส่เครื่องปรุงในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ปริมาณเกลือที่ ใส่ในน้ำชาลดลง ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้น และยัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ ในเป้าหมายได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สิ่งที่ทำ ทายคือการทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง นี้ควรได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ในแต่ละโรงพยาบาล

ดังนั้น จึงควรสนับสนุนการให้ความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูงผ่านสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับภาษาปากา

เกาะงูสำหรับกลุ่มคนที่ไม่ได้มาโรงพยาบาล ผ่านการออกหน่วยคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจะเป็นการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ควรเพิ่มการเผยแพร่สื่อให้เป็นสื่อมวลชนที่มีอิทธิพลต่อชุมชนมากขึ้น โดยเผยแพร่ผ่านวิทยุชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นจุดสำคัญในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นและมีความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ปรารักษ์ปกากะกอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและทำให้การศึกษามีความสมบูรณ์ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. A global brief on hypertension, silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. The progression from hypertension to congestive heart failure. JAMA. 1996; 275: 1557-62.
3. Rahman ARA, Wang JG, Kwong GMY, Morales DD, Sritara P, Sukmawan R. Perception of hypertension management by patients and doctors in Asia: potential to improve blood pressure control. Asia Pac Fam Med. 2015; 14: 1-11.
4. Limransan S, Suwannaprom P. Explanatory model of hypertension and antihypertensives use among patients at Hangdong hospital, Chiangmai Province. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2013; 8: 66-77.
5. Aung MN, Lorga T, Srikraj J, Promtingkran N, Kreuangchai S, Tonpanya W, et al. Assessing awareness and knowledge of hypertension in an at-risk population in the Karen ethnic rural community, Thasongyang, Thailand. Int J Gen Med 2012; 5: 553-61.
6. Woolf KJ, Bisognano JD. Nondrug interventions for treatment of hypertension. J Clin Hypertens. 2011; 13: 829-35.
7. Matsumura K, Arima H, Tominaga M, Ohtsubo T, Sasaguri T, Fujii K, et al. Impact of antihypertensive medication adherence on blood pressure control in hypertension: the COMFORT study. Q J Med. 2013; 106: 909-14.
8. Zarei AR, Jahanpour F, Alhani F, Razazan N, Ostovar A. The impact of multimedia education on knowledge and self-efficacy among parents of children with asthma: A randomized clinical trial. J Caring Sci 2014; 3: 185-92.
9. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. Medication adherence: A call for action. Am Heart J. 2011; 162: 412-24.
10. Lapirattanakul W. Public relations. 11thed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2006.
11. Boonchuguang S, Juthasantikul W, Chantarokorn A, Wasinwong W. Effect of using video guided about deep-breathing exercise for patient preparation before receiving general anesthesia. Srinagarind Medical Journal 2012; 27: 139-46.
12. Krissanakamon W. The effect of self-efficacy promoting program using video media in Northern Thai dialect on postoperative behaviors in elderly patients receiving prostatectomy [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
13. Chansawang W. Public relations in public health. Bangkok: Parbpim; 1990.
14. Ester AG, Enriqueta PR, Valeria PH, Josep MB. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. Gac Sanit. 2011; 25: 62-7.
15. Huss K, Salerno M, Huss RW. Computer-assisted reinforcement of instruction: effects on adherence in adult atopic asthmatics. Res Nurs Health. 1991; 14: 259-67.
16. Kummak P, Kummak S, Kagmmunee M. Factors related to self-care behaviors among patients with hypertension. The Southern College Network

- Journal of Nursing and Public Health. 2015; 2: 74-91.
17. Sringernyuang L, Wongjinda T, Apichanakulchai. Salt consumption in Thai population: qualitative study [online]. 2015 [cited oct 14, 2015]. Available from: thaincd.com/document/file/download/paper-manual/download1no167.pdf
18. Promthet S, Saranrittichai K, Kamsa-ard S, Sena rak P, Vatanasapt P, Wiangnon S, et al. Situation analysis of risk factors related to non-communicable diseases in Khon Kaen province, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12: 1337-40.
19. Chaiyakod M, Kunsongkiet W, Masingboon K. Effect of the supportive-educative nursing program on self-care knowledge, self-care behavior and clinical outcomes of hypertensive patients at risk of renal complications. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2017; 12: 193-201.
20. Rujiwatthanakorn D, Panpakdee O, Malathum P, Tanomsup S. Effectiveness of a self-management program for Thais with essential hypertension. Pacific Rim Int Nurs Res. 2011; 15: 97-110.