

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

Effects of a Hypertensive Complication Prevention Behaviors Developing Program in Non Narai District, Surin Province

ปนิดา เจือจันทร์ พย.บ.

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ชื่นจิตร โพธิ์พิทุสุข ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Panida Jiujan B.N.S.

Warinee Iemsawasdikul D.N.S. (Nursing science)

Chuenjit Potisubsuk Dr.P.H. (Public Health)

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Received: September 26, 2024

Revised: May 14, 2025

Accepted: August 14, 2025

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและรอบเอว ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35-69 ปี ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลโนนารายณ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง แล้วเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลรัตนบุรี ให้สองกลุ่มมีอายุและความดันโลหิตซิสโตลิกใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมพัฒนาป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านรับประทานอาหารและยาระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.71 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบแอนโนวา

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านรับประทาน อาหารและยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีรอบเอวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมาะสม อาจจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

คำสำคัญ โปรแกรม พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตสูง

Abstract

Hypertension is a non-communicable disease and the leading cause of death in Thailand. Its prevalence continues to rise, primarily due to unhealthy lifestyle habits. The objectives of this quasi-experimental research were to compare hypertensive complication prevention behaviors and health status, including blood pressure, body mass index, and waist circumference, of the experimental group between before and after the experiment, and between the experimental group and the comparison group after the experiment. The sample consisted of essential hypertensive patients, aged 35–69 years, who had uncontrolled blood pressure. Patients from Non Narai Hospital who met the inclusion criteria were selected by simple random sampling to form the experimental group. Patients from Rattanaaburi Hospital with similar age and systolic blood pressure were selected to form the comparison group, with 30 persons in each group. The program was conducted over 4 weeks. The experimental tools were a hypertensive complication prevention behaviors developing program based on the PRECEDE-PROCEED model, hypertensive complication prevention behaviors including eating behaviors and medicine behaviors, both parts of which had CVI of 1.00, and Cronbach's alpha coefficients of 0.71 and 0.86, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, and ANCOVA.

The results found as follows: after the experiment, the scores for eating behaviors and medicine behaviors of the experimental group were significantly higher than before the experiment and the comparison group; and systolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than before the experiment and the comparison group. Also, diastolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than before the experiment, and average waist measurement of the experimental group was significantly higher than the comparison group ($p < 0.05$). These findings underscore the potential benefits of health literacy programs in supporting behavior change among individuals at risk of hypertension. Health literacy should be promoted among patients with chronic diseases, as it influences self-care behaviors and may help reduce disease complications.

Keywords: Program, Complication prevention behaviors, Hypertension

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,000 ล้านคน มีอายุ 30–79 ปี ประมาณ 1.28 ล้านคน ผู้มีความดันโลหิตสูง 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ประมาณร้อยละ 46 ของผู้ใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ร้อยละ 42 ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยและรักษา ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ใหญ่หรือร้อยละ 21 ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลกเป้าหมายระดับโลกระหว่างปี ค.ศ. 2010–2030 คือลดความชุกโรค

ความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 33⁽¹⁾ พ.ศ. 2561 และ 2565 ประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,714.04 และ 2,138.05 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 23.53 และ 28.07 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽²⁾ จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2561 และ 2565 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,219.85 และ 1,296.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.76 และ 0.93 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽³⁾ โรงพยาบาลโนนนารายณ์ พ.ศ. 2561 และ 2565 มีอัตราป่วย

ด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1,987.63 และ 1044.86 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.31 และ 1.26 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งนอกจากจะมีอัตราที่สูงยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยและตายจากโรคความดันโลหิตสูงทุกระดับยังเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะอัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อลดอัตราตายโดยการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่ความพิการและความตาย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ จึงมักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จากข้อมูลทางสถิติพบว่าร้อยละ 24.5-39.9 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 4.3-7.8 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 23.8-30.8 ได้รับการรักษา แต่มีเพียงร้อยละ 31.1-43.9 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ที่ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท ยิ่งไปกว่านั้นส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 1.69 ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดได้แก่ ภาวะหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50.95 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 40.36 ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างรวมกัน ร้อยละ 8.70⁽⁴⁾ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจะส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น กระทั่งต่อสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวอันจะนำไปสู่ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงทำได้ด้วยการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยใช้ยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและไขมันในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่⁽⁵⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จต้องค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจาก

บุคคลมักจะเคยชินกับพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานาน แม้จะมีความรู้และมีทัศนคติที่ถูกต้องก็อาจเลือกไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี การศึกษาของปูลวิช ทองแดง⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบจำลองฟรีสตี-โพรสตี (PRECEDE-PROCEED model) ของกรีนและครูเตอร์⁽⁷⁾ ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากพหุปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม⁽⁸⁾ ประกอบกับขจรพรรณ คงวิวัฒน์และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดแบบจำลองฟรีสตี-โพรสตี ปัจจัยนำ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้วยการเรียนรู้เชิงรุกและการเสนอตัวแบบด้านลบ ปัจจัยเอื้อ เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ปัจจัยเสริม เป็นการเสริมแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลรายกลุ่ม รายบุคคล และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดกาญจนบุรีมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนนารายณ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารหวาน ร้อยละ 91 รับประทานอาหารมัน ร้อยละ 89 เต็มเครื่องปรุงเมื่อรับประทาน ร้อยละ 86 ต้มสุรา ร้อยละ 78 ต้มชา/กาแฟ ร้อยละ 63 สูบบุหรี่ ร้อยละ 58 และส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกายเพราะมีอาชีพเกษตรกรซึ่งต้องเคลื่อนไหวและใช้แรงในการประกอบอาชีพทุกวัน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลโนนนารายณ์ยังไม่เคยมีการใช้แนวคิดแบบจำลองฟรีสตี-โพรสตีมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้น

จะนำโปรแกรมตามแนวคิดดังกล่าวมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา ประกอบกับการรับประทานอาหารตามแนวทางเวช⁽⁵⁾ การลดเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเรสเตอรอล การเพิ่มใยอาหาร รับประทานโปรตีนที่ไม่ติดมันและแร่ธาตุต่างๆ เช่น โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม เป็นต้น ซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิต การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้ โดยโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการเรียนรู้เชิงรุกซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การเรียนรู้แบบกรณีศึกษา เพื่อให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา ปัจจัยเสริม ได้แก่ การกระตุ้นเตือนโดยบุคคลใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้

บุคคลใกล้ชิดกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องด้วยแอปพลิเคชันไลน์ เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับประทานยาที่ต้องอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายการรักษา ดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลง มีภาวะสุขภาพที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

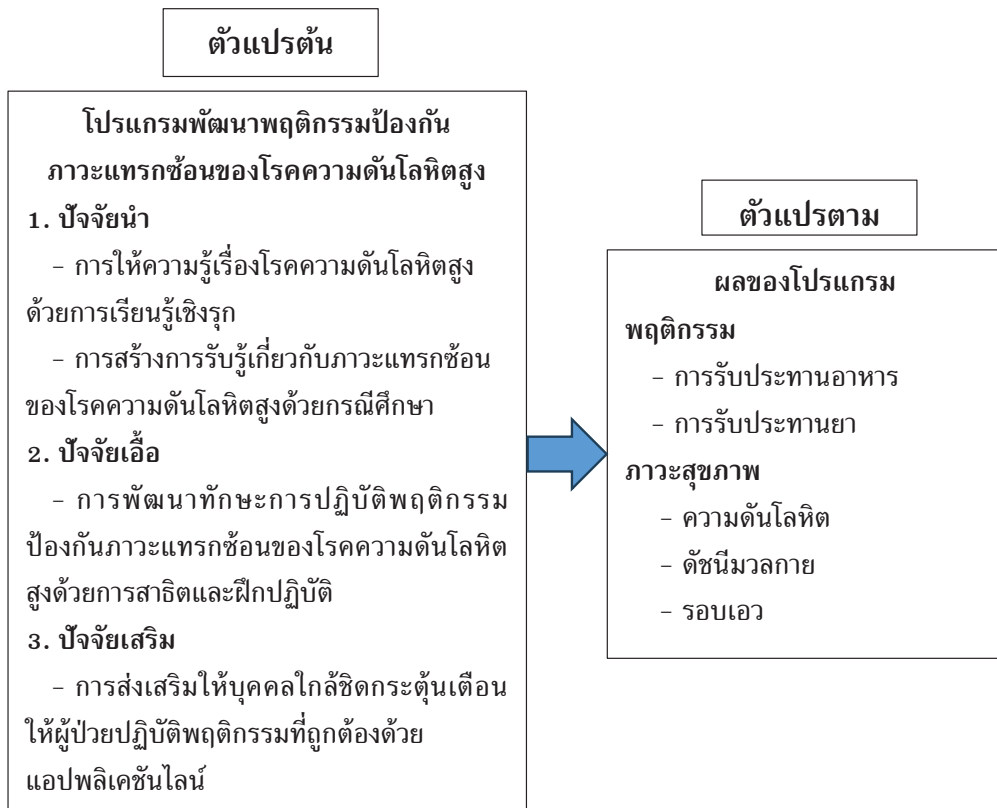
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และรอบเอว ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และรอบเอว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีค่าความดันโลหิต 140-179/90-109 มม.ปรอท ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโนนนารายณ์ อำเภอนโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 2,443 คน⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน ปรับเพิ่มป้องกันการสูญหายจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา

1) อายุ 35-69 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2) สามารถ อ่าน เขียนและพูดภาษาไทยได้ดี

3) สมควรใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมไม่ว่าด้วยเหตุใด

2) ย้ายออกจากพื้นที่หรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือทดลอง

1) โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดแบบจำลอง ฟรีสตี-โพรสตีของกรีน

และครูเตอร์⁽⁷⁾ ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงด้วยกรณีศึกษา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ 2) แอปพลิเคชันไลน์ 3) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 4) แบบบันทึกการรับประทานยา และ 5) แบบบันทึกเสริมแรงร่วมใจทางไกลภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 15 ข้อ 2) พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 24 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านบวก จำนวน 16 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ จำนวน 8 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานยา จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติ 7 วัน/ทุกครั้ง ถึงไม่ปฏิบัติเลย/น้อยมาก คะแนน พฤติกรรมด้านบวก 5-1 คะแนน พฤติกรรมด้านลบ 1-5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องทุกข้อ IOC เท่ากับ 1.00 ทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน

รับประทานอาหารและพฤติกรรมรับประทานยา เท่ากับ 0.71 และ 0.86 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. **ระยะก่อนทดลอง** เชิญชวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. **ระยะทดลอง** กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพัฒนาพฤติกรรมด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยจัดเป็นฐานการเรียนรู้ 2 ฐาน ใช้เวลาฐานละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2-4 ส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการตามปกติจากโรงพยาบาล

3. **ระยะหลังทดลอง** สัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบที่กรณีมีตัวแปรก่อนได้รับโปรแกรมต่างกันเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบแอนคัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 17/2567 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	30.00	12	40.00
หญิง	21	70.00	18	60.00
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 56.07$, S.D. = 6.82		$\bar{X} = 55.63$, S.D. = 7.86	
สถานภาพสมรส				
โสด	3	10.00	11	36.70
คู่	17	56.70	18	60.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10	33.30	1	3.30
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	6.70	14	46.70
ประถมศึกษา	25	83.30	16	53.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.30	-	-
ปริญญาตรี	2	6.70	-	-
อาชีพ				
เกษตรกร	23	76.70	10	33.30
รับจ้างทั่วไป	1	3.30	20	66.70
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.70	-	-
อื่น ๆ	1	3.30	-	-
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง				
มี	17	56.70	15	50.00
ไม่มี	9	30.00	15	50.00
ไม่ทราบ	4	13.30	-	-
การดื่มสุรา				
ดื่ม	16	53.33	13	43.30
ไม่ดื่ม	13	43.33	17	56.70
เคยดื่มแต่เลิกดื่มแล้ว	1	3.34	-	-
การสูบบุหรี่				
สูบ	9	30.00	13	43.30
ไม่สูบ	19	63.30	17	56.70
เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว	2	6.70	-	-

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม 0.93 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม 0.29 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต สูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			$\bar{d}$	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	3.57	0.27	มาก	4.50	0.19	มากที่สุด	0.93	<0.001
การรับประทานยา	4.18	0.47	มาก	4.47	0.20	มาก	0.29	0.005

2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันกับกลุ่มเปรียบเทียบ 2.95 และการรับประทานยา 2.93 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			$\bar{d}$	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	0.50	0.19	มากที่สุด	3.45	0.21	ปานกลาง	2.95	<0.001
การรับประทานยา	0.47	0.20	มาก	3.40	0.23	ปานกลาง	2.93	<0.001

3. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.1 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก และ

ไดแอสโตลิก แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม 8.29 และ 5.53 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 มีดัชนีมวลกายและรอบเอวแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			$\bar{d}$	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	154.22	8.91	สูงเล็กน้อย	140.75	8.29	สูงเล็กน้อย	13.47	<0.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	88.57	4.62	ปกติ	81.38	5.53	ปกติ	7.19	<0.001
ดัชนีมวลกาย	24.52	4.15	น้ำหนักเกิน	23.19	4.44	น้ำหนักเกิน	1.33	0.090
รอบเอว	82.07	17.96	ปกติ	82.17	11.46	ปกติ	0.1	0.490

3.2 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ 7.05 และ 3.58 ตามลำดับ โดยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ <0.001 มีรอบเอวแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ 6.44 โดยต่ำกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกและดัชนีมวลกาย แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			$\bar{d}$	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	140.75	8.29	สูงเล็กน้อย	147.80	5.69	สูงเล็กน้อย	7.05	<0.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	81.38	5.53	ปกติ	77.80	4.67	ปกติ	3.58	0.290
ดัชนีมวลกาย	23.19	4.44	น้ำหนักเกิน	22.49	1.78	ปกติ	6.51	0.490
รอบเอว	82.17	11.46	ปกติ	75.73	4.67	ปกติ	6.44	0.010

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหารและยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งประกอบด้วย

ปัจจัยนำ คือ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตด้วยการเรียนรู้เชิงรุก และการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงด้วยกรณีศึกษา การเรียนรู้เชิงรุกเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนและคิดแก้ปัญหามากขึ้น มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ได้ดีที่สุด จึงเกิดความรู้ ความเข้าใจ⁽¹⁰⁾ ทั้งยังได้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เช่น สาเหตุ

พยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง ความรู้จะส่งผลต่อการรับรู้ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึก อารมณ์ พัฒนาเป็นเจตคติแล้วเกิดพฤติกรรมตามมา⁽¹¹⁾ การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการเรียนรู้เชิงรุกแบบกรณีศึกษาโดยให้ตัวแบบด้านลบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน บอกสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ ส่งผลให้รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่บุคคลมีอยู่ในตนเองและนำไปสู่บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม⁽¹²⁾

ปัจจัยเอื้อได้แก่การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหารและยา ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารแดช อาหารตามหมู่และโซนสี การคำนวณพลังงานและปริมาณสารอาหารการเลือกอาหารที่เหมาะสม หลักการใช้ยาที่ถูกต้อง 6 ประการ การสังเกตฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา การดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติ วิธีการอ่านฉลากยาและการเก็บรักษายา การสาธิตทำให้เกิดการเรียนรู้ความสำเร็จของผู้สาธิต การฝึกปฏิบัติทำให้เกิดการเรียนรู้ความสำเร็จของตนเอง จึงมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานยาและยาสูงขึ้น การมีประสบการณ์และทักษะที่มากพอจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์⁽¹⁰⁾

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิด กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องด้วยแอปพลิเคชันไลน์ การได้รับการกระตุ้นเตือนทำให้ปฏิบัติเพิ่มขึ้น⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดแบบจำลอง ฟรีสต์-โพรสตี กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾

ความแตกต่างของภาวะสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.001$) เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร ระดับมากที่สุด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับประทานอาหารแดชเป็นประจำจะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงประมาณ 8-14 มม.ปรอท⁽⁹⁾ มีพฤติกรรมการรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโนนนารายณ์ ได้แก่ ยานาลาพริล (Enalapril) ยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซิน ทำให้หลอดเลือดคลายตัว ลดการดูดกลับของโซเดียม และปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนเลือด ยาแอมโลดิปีน (Amlodipine) ปิดกั้นการทำงานของแคลเซียม ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว แรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือดลดลงเมื่อกลุ่มทดลองรับประทานยาอย่างถูกต้องมากขึ้น จึงทำให้ความโลหิตลดลง สอดคล้องกับที่เคยมีการศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹⁴⁾ พบว่าหลังผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตามแนวคิดแบบจำลองฟรีสต์-โพรสตี ซึ่งมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานยา ทำให้กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีรอบเอวไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องจากก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีรอบเอวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่ก่อนแล้ว และแม้กลุ่มทดลองจะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอที่จะลดรอบเอวได้ ประกอบกับไม่มีการพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายรอบเอวจึงไม่ลดลงหรือลดลงน้อย ทั้งนี้การออกกำลังกาย

จะช่วยลดไขมันในร่างกายได้ทำเป็นประจำนาน 2 เดือนขึ้นไป สอดคล้องกับที่เคยมีการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีรอบเอวไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมและไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.30 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 43.30 กับแกล้มอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้รอบเอวไม่ลดลงหรือลดลงน้อย

หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบไม่เกินไปตามสมมติฐาน เนื่องจากก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ ยังไม่เพียงพอที่จะลดน้ำหนักได้ อาจต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น ร่วมกับต้องลดการบริโภคแคลอรีและลดอาหารที่มีไขมัน ในขณะที่เดียวกันต้องเพิ่มการบริโภคแป้งและไฟเบอร์จากธัญพืชและผลไม้ซึ่งจะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ตลอดจนความดันโลหิตลดลงและส่งผลให้ลดน้ำหนักได้⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งอาจเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้น้ำหนักไม่ลด สอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹⁶⁾ พบว่า หลังทดลองเมื่อครบ 16 สัปดาห์ ขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายระหว่าง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.14$ และ $p = 0.45$) แต่ในกลุ่มทดลองพบว่าก่อนและหลังการทดลอง มีขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = 0.23$ และ $p = 0.98$) ดังนั้นการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการควบคุมอาหาร ทำให้กลุ่มทดลองมีขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลง

สรุปผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่าผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ หลังได้รับ

โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงด้านการรับประทานอาหารและยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถนำไปใช้พัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ ไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอใกล้เคียงเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับประทานยาถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น แอโรบิกซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เซลล์ใช้ออกซิเจนในการสันดาปสารอาหาร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแบบติดตามไปข้างหน้าเพื่อติดตามความต่อเนื่องและยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ แนวคิดและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ และขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Green L, Kreuter M. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2005.
2. World Health Organization. New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence [Internet]. 2012 [cited 2024 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-05-2012-new-data-highlight-increases-in-hypertension-diabetes-incidence>
3. ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนูศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(3): 129-37.
4. ดาลิมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์, เพลินพิศฐานิวิฒนานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39(3): 51-66.
5. ปุณธิช ทองแดง, จันจิรา ลีสว่าง. ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2557; 41(5): 1-10.
6. ทินณรงค์เรณู, มุกดา หนูศรี, นภาพัญญ์จันทวัฒนา. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564; 35(1): 90-107
7. โรงพยาบาลโนนนารายณ์. ข้อมูลเวชระเบียนคลินิกพิเศษโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลโนนนารายณ์. สุรินทร์: โรงพยาบาลโนนนารายณ์; 2566.
8. ศักดิ์ชาย ควรระงับ. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรของมหาวิทยาลัยพายัพ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2557; 41(1): 85-95.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
10. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ตรีติงค์; 2562.
11. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2554.
12. สุนีย์ เขียววดี, นงลักษณ์ อินตา. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารต่อดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวในผู้มีโรคอ้วนในห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2566; 10(2): 1-15.
13. สุธานี ศรีวิชัย. เอกสารประกอบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ รายวิชา การพัฒนาหลักสูตร . 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://anyflip.com/wtsrb/ssjn/basic>
14. บัณฑิตศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ประมวลสาระชุดวิชานโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
15. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ศันย์รวีวรกุล. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
16. อุบลรัตน์ มั่งสระคู, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนูศรี. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาล 2562; 68(3): 1-10.