

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

อิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง¹ จีรวรรณ อินคัม¹ สุภาศรี ใจสงัด²

¹สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง

Received: November 13, 2023

Revised: December 26, 2023

Accepted: December 28, 2023

บทคัดย่อ

ปัญหาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) เปรียบเทียบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มาตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง จังหวัดนครนายก จำนวน 60 คน ถูกแบ่งกลุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติโดยพยาบาลและแพทย์เป็นรายบุคคล กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม นาน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับทราบยอดความดันโลหิต ฝึกปฏิบัติอ่านฉลากยาและฉลากโภชนาการ เลือกเมนูอาหารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาการใช้ยาและการปฏิบัติตัวกับผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ ฝึกออกกำลังกายและทักษะการจัดการความเครียด การแก้ไขปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมาย และมอบสื่อวีดิทัศน์สรุปการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวให้ผู้สูงอายุและญาติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีการประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16 ทั้งสองกลุ่มด้วยแบบสอบถาม และวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test, t-test and One way repeated measured ANOVA ผลการวิจัยพบว่า (1) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (2) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.041, p = 0.002$ ตามลำดับ) (3) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040, p = 0.041$ ตามลำดับ) โดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม และมีระดับความดันโลหิตลดลง

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้; การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง; ความรู้เกี่ยวกับโรค; แรงสนับสนุนทางสังคม; พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

จีรวรรณ อินคัม

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

63 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

อีเมล: jirawain@g.swu.ac.th

Effects of a perceived self-efficacy, disease knowledge, and social support enhancement program on knowledge, self-care behaviors, and blood pressure among the older adults with uncontrolled hypertension

Issarapong Penpoompaung¹, Jirawan Inkoom¹, Supasri Jaisangad²

¹Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

²Banladchang Health Promoting Hospital

Abstract

The issue of chronically ill elderly individuals, particularly those with often uncontrollable high blood pressure, is a significant public health concern in Thailand. This study aimed to explore the effect of a perceived self-efficacy, disease knowledge, and social support enhancement program on knowledge, self-care behaviors, and blood pressure in older individuals dealing with uncontrolled hypertension. Employing a quasi-experimental research design with a two-group pre-posttest approach, the sample included 60 elderly participants with uncontrollable high blood pressure from the Chronic Diseases Clinic at Banladchang Health Promoting Hospital in Nakhon Nayok province. Participants were assigned by simple randomization to either the experimental group (30 participants) or the control group (30 participants). The control group received routine health care services from physicians and nurses, while the experimental group, in addition to routine care, engaged in a 12-week program covering disease knowledge, medication management, label reading, nutrition awareness, information exchange, shared experiences with experienced older adults, exercise, stress management, problem-solving, goal-setting, and receiving educational video clips via the Line application. Assessments in knowledge, self-care behavior using questionnaires, and blood pressure measurement were conducted before the program, at 12 weeks, and at 16 weeks post-program. Data analysis involved Chi-square, Fisher's exact test, t-test, and one-way repeated measure ANOVA. The results revealed (1) a statistically significant improvement in disease knowledge scores for the experimental group compared to the control group post-program ($p < 0.001$). (2) at the 12th and 16th weeks, the experimental group demonstrated significantly higher self-care behavior scores than the control group ($p = 0.041$, $p = 0.002$ respectively). (3) at the 12th and 16th weeks, the experimental group exhibited statistically significant lower average systolic blood pressure compared to the control group ($p = 0.040$, $p = 0.041$ respectively). In conclusion, the study results indicate that the perceived self-efficacy, disease knowledge, and social support enhancement program could modify self-care behaviors, improve understanding of disease knowledge, and lower blood pressure in uncontrolled hypertension older adults.

Keywords: uncontrolled hypertension; perceived self-efficacy; disease knowledge; social support; self-care behaviors

Corresponding Author:

Jirawan Inkoom

Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
63 Village No.7, Rangsit-Nakhon Nayok Road, Ongkharak District, Nakhon Nayok 26120, Thailand
E-mail: jirawain@g.swu.ac.th

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก ประชากรจำนวน 1.13 พันล้านคนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประมาณ 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มากกว่านั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยกว่าร้อยละ 20 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สำหรับประเทศไทย พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 48.4-64.9 นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หรือควบคุมได้ไม่ดี²

ระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (uncontrolled hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย หรือระดับความดันโลหิตที่มากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย³ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือควบคุมได้ไม่ดี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หลอดเลือดแดงแข็งตัว หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะแทรกซ้อนที่ไต หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ก่อให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรตามมา⁴

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มักจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว⁵ เช่น การรับประทานอาหารที่มีเกลือและไขมันอิ่มตัวสูง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ การไม่มาตรวจตามนัด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี คือผู้ที่ได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น จะสามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ กชกร ธรรมนำศีลและคณะ⁵ ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น พบว่า หลังเข้าร่วมการวิจัยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัย

งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยหลายปัจจัย เช่น ความรู้หรือการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง^{5,6,7} แรงสนับสนุนทางสังคม^{5,8} และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง^{9,7} การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องที่จำเป็นและท้าทายอย่างยิ่ง ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy theory) ที่พัฒนาโดย อัลเบิร์ต แบนดูรา¹⁰ เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยอธิบายว่าบุคคลจะมีความเชื่อหรือมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบผลสำเร็จ เมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติที่ปฏิบัติจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และเมื่อบุคคลทดลองปฏิบัติพฤติกรรมจนบรรลุผลสำเร็จ การกระทำด้วยตนเองจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และเมื่อได้รับการกระตุ้นหรือสนับสนุนจากบุคคลแวดล้อม จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง⁹ ซึ่งชะลอหรือลดภาวะ

แทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น คำแนะนำ การกระตุ้น การช่วยเหลือ คำพูดชักจูง รวมถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคคลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลสุขภาพผู้ให้บริการในชุมชนและอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รายงานอัตราการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ว่า มีผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 67 และในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ประมาณร้อยละ 50 ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 นับถือศาสนาอิสลาม มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีไขมันและเกลือสูง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ สัมพันธ์กับปัจจัยสำคัญคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และวิถีการดำเนินชีวิต¹¹ เพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ประกอบกับไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีความเฉพาะกับพื้นที่นี้มาก่อน ดังนั้น การศึกษานี้จึงศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเข้ารับการรักษาคูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง โดยประยุกต์รูปแบบการให้ความรู้ภายใต้แนวคิด ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16
3. เพื่อเปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่รับรอง SWUEC/E-255/2564

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง ตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง ตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่มคัดเลือกจากบัญชีรายชื่อผู้เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลฯ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท กรณีไม่มีโรคเบาหวานร่วม หรือมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท กรณีมีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วม
3. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (คะแนนการรับรู้ SPMSQ > 8 คะแนน)
4. ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (ADL > 12 คะแนน)
5. มีสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
6. มีสมาร์ทโฟนที่รองรับแอปพลิเคชันไลน์ (LINE)
7. สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรง เช่น ชัก ซึม หอบหืด เป็นลม ความรู้สึกตัวลดลง ตามัวมากมองไม่เห็น เป็นต้น
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการทางจิต หรือพิการทางด้านสมอง
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน หรือการมองเห็น

เกณฑ์การคัดผู้ดูแลหลักออกจากการศึกษา

1. มีโรคหรือเกิดปัญหาที่มีผลต่อความจำ หรือการตัดสินใจ หรือมีปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์
3. มีการเปลี่ยนผู้ดูแล เป็นผู้ที่ได้รับค่าจ้าง เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยกึ่งทดลองบนพื้นฐานของอำนาจการวิเคราะห์ (Power analysis) ของ Cohen ในปี 1998 โดยใช้โปรแกรม G* power analysis ในการคำนวณ ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบ (Power) 0.8 ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (Effect size) คำนวณจากงานวิจัยของ เบญจมาศ ถาดแดง และคณะ¹² ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.82 ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) เท่ากับ 0.8 ในการคำนวณ¹³ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย¹⁴ ประกอบกับการติดตามระยะยาว และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นรูปโค้งปกติ ดังนั้น ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มละ 30 คน รวมสองกลุ่มทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง

1.1 แบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (A short portable mental status questionnaire: SPMSQ) สร้างขึ้นโดย Pfeiffer แปลเป็นไทยโดย ประครอง อินทรสมบัติ และคณะ¹⁵ มีองค์ประกอบ คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลของผู้สูงอายุทั้งหมด 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน ถ้าคะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของ ภาวะการรู้คิดอย่างรุนแรง 3-5 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของภาวะการรู้คิดอยู่ในระดับปานกลาง 6-7 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของภาวะการรู้คิดเล็กน้อย 8-10 คะแนน หมายถึง มีภาวะการรู้คิดปกติ แบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้นมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.94¹⁵

1.2 แบบประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ มาโฮนี และบาร์เทล แปลโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹⁶ อ้างถึงใน ผ่องพรรณ อรุณแสง¹⁷ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3-4 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-4 หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์, คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง พึ่งพาบางส่วน, คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง พึ่งพาปานกลาง และคะแนน 12-20 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุที่มี 12 คะแนนขึ้นไป สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรคประจำตัวร่วม ยาที่ได้รับประทานหรือที่ใช้ในการรักษา น้ำหนักตัว

ความสูง ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ล่าสุด

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสมาชิก ในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ พัฒนาโดย กชกร ธรรมนำสีล และคณะ⁵ ข้อคำถาม ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (3) พฤติกรรมการ รับประทานยา (4) การผ่อนคลายความเครียด (5) การ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (6) การมาตรวจตามนัด ข้อคำถาม แต่ละข้อมีมาตรวัดประมาณค่าลิเกิร์ต 4 ระดับ จาก 1 ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 4 ปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน และมีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.76⁵

2.4 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากงานวิจัยของ นุจรี อ่อนสิน้อย และ คณะ¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ เลือกตอบถูกหรือผิด คะแนน 0-7 หมายถึง มีความรู้ ในระดับต่ำ คะแนน 8-11 หมายถึง มีความรู้ในระดับ ปานกลาง คะแนน 12-15 หมายถึง มีความรู้ในระดับ สูง และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.78¹⁸

2.5 แบบบันทึกความดันโลหิต (ซิสโตลิก และไดแอสโตลิก) แบ่งเป็นก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรง สนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ จากงานวิจัยในอดีต¹² การดำเนินการ ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และญาติผู้ดูแลระดับความดันโลหิต แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาลดความดันโลหิต อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การฝึกปฏิบัติอ่านฉลากยา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาการใช้ยา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง โดยมีผู้สูงอายุและญาติที่เป็นผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมโปรแกรมฯ ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยส่งสื่อวีดิทัศน์สรุปการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวให้ผู้สูงอายุและญาติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสามารถทบทวนความรู้ ความเข้าใจ เมื่อกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 ผู้สูงอายุและญาติที่เป็นผู้ดูแลหลัก ฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกเมนูอาหารที่ควรรับประทาน ฝึกอ่านฉลากโภชนาการ ฝึกออกกำลังกาย นาน 30 นาที ผู้วิจัยส่งสื่อวีดิทัศน์สรุปการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวให้ผู้สูงอายุและญาติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสามารถทบทวนความรู้ ความเข้าใจ เมื่อกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 ผู้สูงอายุฝึกทักษะการจัดการความเครียด รวมถึงการแก้ไขปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมายพฤติกรรม การดูแลตนเอง นาน 30 นาที ผู้วิจัยส่งสื่อวีดิทัศน์สรุปการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสามารถทบทวนความรู้ ความเข้าใจ เมื่อกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 สัปดาห์ที่ 8-12 ติดตามและประเมินผลโดยการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลและติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ที่ 8, 9, 10, 11 และ 12) เพื่อให้คำปรึกษาช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ทบทวนความรู้ และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และให้กำลังใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 เป็นการประเมินผลของโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความรู้ และระดับความดันโลหิตอีกครั้งตามแบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ทั้งนี้สัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 ผู้สูงอายุและครอบครัวฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และผู้วิจัยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

โปรแกรมฯ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรมตามข้อเสนอแนะและทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 5 ราย

3.2 เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม และได้รับการเปรียบเทียบเครื่องวัดตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test, Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-84 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่เคยสูบบุหรี่ มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีรายได้ประมาณ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะเหล่านี้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.050$) ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Comparison of demographic data between control and experimental groups

Demographic characteristics	Experimental group	Control group	p-value
	n (%)	n (%)	
Gender			
Female	24 (80.0)	20 (66.7)	0.243 ^a
Male	6 (20.0)	10 (33.3)	
Age (years)	(SD) 62.80 (12.76) range 60-84	(SD) 64.07 (9.43) range 60-84	0.663 ^c
Religion			
Muslim	28 (93.33)	29 (96.67)	0.500 ^b
Buddhist	2 (6.67)	1 (3.33)	
Marital status			
Single	4 (13.3)	2 (6.7)	0.412 ^b
Married	20 (66.7)	18 (60.0)	
Widowed/divorced	6 (20.0)	10 (33.3)	
Occupation			
Self employed	6 (20.0)	3 (10.0)	0.099 ^b
Farmer	6 (20.0)	3 (10.0)	
Shopkeeper	7 (23.3)	5 (16.7)	
Househusband/Housewife	4 (13.3)	2 (6.7)	
Company employee	1 (3.3)	0 (0)	
Unemployment	6 (20.0)	17 (56.7)	
Smoking history			
Non smoker	28 (93.3)	29 (96.7)	0.134 ^b
Ex-smoker	2 (6.7)	1 (3.3)	

Table 1 Continued

Demographic characteristics	Experimental group	Control group	<i>p</i> -value
	n (%)	n (%)	
Education			
Did not study	5 (16.7)	4 (13.3)	0.617 ^b
Primary school	10 (33.3)	13 (43.3)	
Secondary school	7 (23.3)	6 (20.0)	
High school	6 (20.0)	7 (23.3)	
Bachelor's degree	2 (6.7)	0 (0)	
Family income (baht)			
≤5,000	1 (3.3)	1 (3.3)	0.920 ^b
5,001-10,000	3 (10.0)	5 (16.7)	
10,001-20,000	13 (43.3)	14 (46.7)	
20,001-30,000	8 (26.7)	6 (20.0)	
≥30,001	5 (16.7)	4 (13.3)	

a = chi-square, b = Fisher's exact test, c = t-test

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 วัน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.006$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Comparison of average scores of disease knowledge within experimental and control groups between before and after finishing the program one day analyzed by Dependent t-test

Average scores of disease knowledge	Before		After finishing the program 1 day		t	df	<i>p</i> -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
Experimental group	8.93	2.15	11.10	2.06	-6.99	29	<0.001
Control group	8.07	2.55	8.63	2.25	-7.06	29	0.006

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.159$) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3 (Table 3)

Table 3 Comparison of average scores of disease knowledge between experimental and control groups before and after finishing the program one day analyzed by Independent t-test

Average scores of disease knowledge	Experimental group		Control group		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
Before	8.93	2.15	8.07	2.55	-1.43	58	0.159
After finishing the program one day	11.10	2.06	8.63	2.25	-4.43	58	<0.001

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16 พบว่า คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4 (Table 4)

Table 4 Comparison of average scores of self-care behaviors within experimental and control groups before program, 12th week, and 16th week analyzed by Repeated Measures ANOVA

Average scores of self-care behaviors	SS	df	MS	F ^a	p-value
Experimental group					
Times	1,605.800	1.470	1,092.307	77.675 ^a	<0.001
Error	599.522	42.633	14.063		
Control group					
Times	499.898	1.379	373.139	19.404 ^a	<0.001
Error	746.511	38.820	19.230		

F = Repeated measure ANOVA test; SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square; ^a = Greenhouse-Geisser

การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าสูงขึ้นในแต่ละช่วง ระยะเวลา สามารถแสดงเป็นกราฟดังรูปที่ 1 (Figure 1)

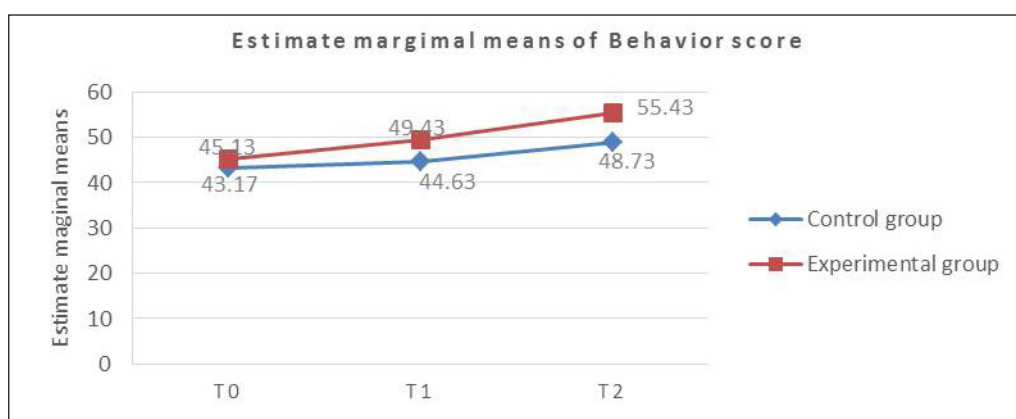


Figure 1 Changing of average scores of self-care behaviors within experimental and control groups before program (T0), 12th week (T1), and 16th week (T2).

เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา คือ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมใน

สัปดาห์ที่ 12 และ สัปดาห์ที่ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.041$, $p=0.002$ ตามลำดับ) แต่ในช่วงเวลา ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.401$) ดังแสดงในตารางที่ 5 (Table 5)

Table 5 Comparison of average scores of self-care behaviors between experimental and control groups before program, 12th week, and 16th week analyzed by Independent t-test

Average scores of self-care behaviors	Experimental group		Control group		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Measurement time						
Before (T ₀)	45.13	8.55	43.17	9.43	-0.85	0.401
12 th week (T ₁)	49.43	8.31	44.63	9.45	-2.08	0.041
16 th week (T ₂)	55.43	6.95	48.73	8.95	-3.24	0.002

การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16 พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยภายใน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $p=0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 6 (Table 6)

Table 6 Comparison of average systolic blood pressure within experimental and control groups before program, 12th week, and 16th week analyzed by Repeated Measures ANOVA

Average systolic blood pressure	SS	df	MS	F ^a	p-value
Experimental group					
Times	866.400	1.800	481.340	71.326 ^a	<0.001
Error	352.267	52.199	6.748		
Control group					
Times	245.689	1.663	147.745	9.828 ^a	0.001
Error	724.978	48.225	15.033		

F = Repeated measure ANOVA test; SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square;

^a = Greenhouse-Geisser

การเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงระยะเวลา มีค่าลดลง สามารถแสดงเป็นกราฟดังรูปที่ 2 (Figure 2)

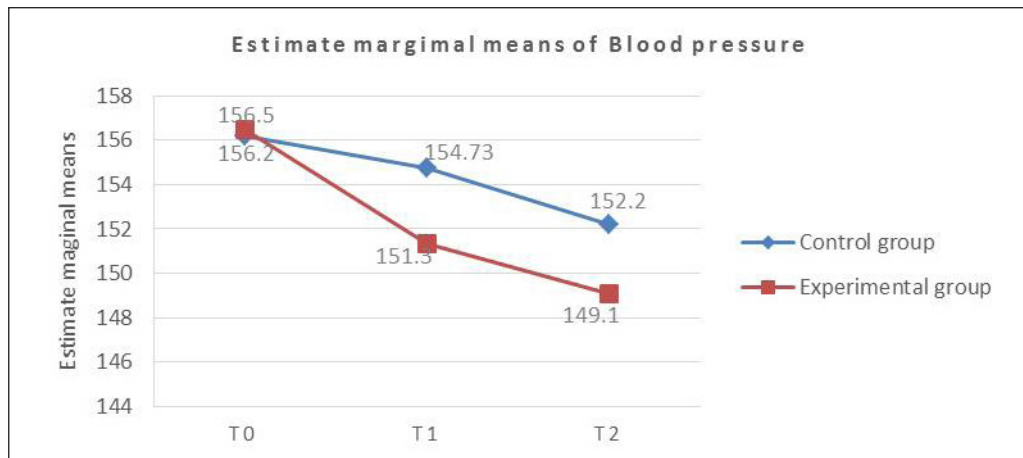


Figure 2 Changing of average systolic blood pressure within experimental and control groups before program (T0), 12th week (T1), and 16th week (T2).

เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา คือ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมใน

สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.040$, $p=0.041$ ตามลำดับ) แต่ในช่วงเวลาก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.450$) ดังแสดงในตารางที่ 7 (Table 7)

Table 7 Comparison of average systolic blood pressure between experimental and control groups before program, 12th week, and 16th week analyzed by Independent t-test

Average systolic blood pressure	Experimental group			Control group			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	Min-max	$\bar{X}$	SD	Min-max		
Measurement time								
Before program (T_0)	156.50	9.03	142-173	156.20	9.46	141-179	0.126	0.450
12 th week (T_1)	151.30	7.38	140-167	154.73	7.56	142-168	-1.780	0.040
16 th week (T_2)	149.10	7.18	139-160	152.20	7.18	139-169	-2.144	0.041

อภิปรายผล

1. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทั้งนี้ พบว่า ก่อนได้รับ

โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.159$) จึงสามารถสรุปได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นกว่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาและคำแนะนำแบบปกติ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถอธิบายได้ว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองมาจากการเข้าอบรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการและภาวะแทรกซ้อน ได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาการใช้ยา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การฝึกทักษะในการอ่านฉลากยาและฉลากโภชนาการ การเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ดูแลญาติที่ใกล้ชิดที่ให้ความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันที่เหมาะสม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลรักษาแบบปกติ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเริ่มโปรแกรมฯ อาจเป็นผลมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังคงได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากบุคลากรด้านสุขภาพตามปกติ สอดคล้องกับคำอธิบายของเพ็นเดอร์¹⁹ ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย พร้อมกับมีความเข้าใจประโยชน์ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี¹⁹ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันโดยเสริมสร้างความเชื่อมั่นตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม และเชื่อมั่นตนเอง มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาพร แหวนแก้ว และคณะ²¹ ที่พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการรับรู้สมรรถนะตนเอง การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง ร่วมกับการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคมากขึ้นและมีความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อพิจารณาวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ตลอดช่วงเวลาของการติดตามประเมิน ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และเมื่อพิจารณาวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.041$, $p=0.002$ ตามลำดับ) ในขณะที่ก่อนได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.401$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันสอดคล้องกับโรคดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลรักษาปกติ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy theory) ที่พัฒนาโดย อัลเบิร์ต แบนดูรา กล่าวไว้ว่า บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้สำเร็จเมื่อรับรู้ว่าจะพฤติกรรมที่ปฏิบัติจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ การสร้างเสริมการรับรู้ให้บุคคลมีความเชื่อหรือมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบผลสำเร็จ (mastery experience) โดยการให้ความรู้ การดูต้นแบบ (vicarious experience) การทดลองปฏิบัติพฤติกรรมจนบรรลุผลสำเร็จด้วยการกระทำของตนเอง และการพูดชักชวน โน้มน้าวให้กำลังใจ (verbal persuasion) การได้รับคำปรึกษาจากคนอื่นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วย จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ตลอดจนการกระตุ้นเตือน (emotional arousal) จากญาติและผู้ดูแลรวมทั้งบุคลากรสุขภาพ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พัฒนาปรับปรุงปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาลดความดันโลหิต อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การฝึกปฏิบัติอ่านฉลากยา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาการใช้ยา และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เป็นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองที่เกิดขึ้นจากการ

ดูต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกเมนูอาหารที่ควรรับประทาน ฝึกอ่านฉลากโภชนาการ ฝึกออกกำลังกาย ฝึกทักษะการจัดการความเครียด รวมถึงการแก้ไขปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เป็นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองที่เกิดขึ้นจากการทดลองปฏิบัติแล้วเกิดผลสำเร็จด้วยการกระทำของตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้ของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความเชื่อหรือมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบผลสำเร็จ และเมื่อผู้ป่วยทดลองปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการกระทำด้วยตนเองจนบรรลุผลสำเร็จ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง จะมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในระดับดี⁹ และงานวิจัยเชิงทดลองที่ฝึกให้ผู้ดูแลช่วยสนับสนุนดูแล กระตุ้น ให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะเวลา 12 สัปดาห์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น จนกระทั่งสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้เป็นผลสำเร็จ²²

3. เพื่อเปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 12 และ 16

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $p<0.001$ ตามลำดับ) โดยที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ทั้งสองกลุ่ม มีค่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แม้ว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะลดลงดังแสดงในแผนภาพที่ 3 แต่พบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.040$, $p=0.041$ ตามลำดับ) ในขณะที่ก่อนได้รับโปรแกรมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.450$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาปกติ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy theory) ที่อธิบายว่า บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้สำเร็จ เมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จะถูกชักชวนให้กำหนดหรือตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองให้สอดคล้องกับโรคความดันโลหิตสูง คือสามารถลดระดับความดันโลหิตลงอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้ในช่วงสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งเป็นงานวิจัยรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการให้ความรู้ต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการให้ความรู้ต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ความแตกต่างค่าเฉลี่ย: -5.37 mmHg; ความเชื่อมั่นร้อยละ 95: -8.53 to -2.22 ;

$p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม²³ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพร สันติประสิทธิ์กุล และคณะ²⁴ ที่พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามปกติ²¹

สรุปผล

ผลการวิจัยนี้สามารถยืนยันองค์ความรู้ที่ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความรู้เกี่ยวกับโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น และยังสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองมากขึ้นจากการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการช่วยเหลือ กระตุ้น ติดตามจากบุคคลใกล้ชิด ข้อเสนอแนะ บุคลากรสุขภาพควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่ที่มีบริบทที่ใกล้เคียง เนื่องจากงานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้างที่มีผู้ใช้บริการส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม การวิจัยครั้งต่อไปควรติดตามผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมในระยะยาว โดยเฉพาะคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต เป็นเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี หรือเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองกับโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้ยึดหลักความยุติธรรม (justice) ในจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังจบ

โปรแกรมผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้กลุ่มควบคุมได้รับ เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญใจ ศรีสถิตนรากุล สำหรับคำแนะนำเชิงวิชาการที่มีประโยชน์ยิ่ง และขอขอบคุณ คุณเสริมศักดิ์ กิจสุขุม และคุณรุสลิษา หวังดี ผู้อำนวยการและพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดช้าง ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และสุดท้ายขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension report 2021 (cited in 2021, May 19). Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Department of Disease Control. Non-Communicable Disease situational report: diabetes, hypertension and relating factors 2019 (Internet). Bangkok: Aksorn graphic and design publishing (cited in 2023, July 27). Available from <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/NCDs63update.pdf>. [in Thai]
3. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension (Internet). Chiang Mai: trickthink (cited in 2023, July 27). Available from <http://www.thaihypertension.org/files/442.HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>.
4. Sinsap N, Jankra J. Hypertension in the elderly: Silence killer should be aware. JPNC 2017;28:100-11. [in Thai]
5. Thamnamsin K, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, et al. Effects of self-care promoting program on self-care behavior among older adults with uncontrolled hypertension in Bangkok metropolitan. J Public Health Nurs 2015;29:43-55. [in Thai]
6. Raji YR, Abiona T, Gureje O. Awareness of hypertension and its impact on blood pressure control among elderly Nigerians: report from The Ibadan study of aging. PAMJ 2017;27:190. [in Thai]
7. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors Influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. Songklanagarind J Nurs 2018;38:152-65. [in Thai]
8. Nawsuwan K, Singhasem P, Yimyearn Y, et al. Relationship and the predictive power of social support on the practice of hypertensive patients. BCNUT J Nurs 2016;8:1-12. [in Thai]
9. Tan FC, Oka P, Dambha-Miller H, et al. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: A systematic review. BMC Fam Pract 2021;22:1-12.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84:191-215.
11. Rane S, Kepun A. Eating pattern in Muslim patients with coronary heart disease. J Nutr Assoc Thailand 2019;54:94-106. [in Thai]

12. Thatsaeng B, Lasuka D, Khampolsir T. Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure. *Nurs J* 2012;39:129-39. [in Thai]
13. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U & I intermedia; 2010.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
15. Intarasombat P, Sirapo-ngam Y, Chansirikarn S, et al. Effects of patients' and families' participation in health care on function outcomes, well-being, complications, length of stay in elderly patients and patients' and family satisfaction with care. *Rama Nurs J* 1996;2:4-15. [in Thai]
16. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Division of Geriatric Medicine. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Bangkok.
17. Aroonsang P. Health assessment in adult and older adults for nurses. 2nd ed. Khonkhaen: Klunnana vitthaya press; 2013.
18. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. *Songklanagarind J Nurs* 2017;37:63-74. [in Thai]
19. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey: Pearson Education; 2011.
20. Mersal FA, Mersal MA. Effect of evidence-based lifestyle guideline on self-efficacy of patients with hypertension. *Int J Curr Microbiol App Sci* 2015;4:244-63.
21. Wankaew N, Burilert O, Cheusathuchon. The Effectiveness of Behavior Modification with 3 Self Health and Social Support on Health Behaviors of Hypertensive Patients, the 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital. *UBRU J Public Health Res* 2019;8:98-110. [in Thai]
22. Boonyathee S, Seangpraw K, OngArtborirak P, et al. Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a northern Thai community. *PLoS ONE* 2021;16:e0259697.
23. Foroumandi E, Kheirouri S, Alizadeh M. The potency of education programs for management of blood pressure through increasing self-efficacy of hypertensive patients: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2021;103:451-61.
24. Santiprasitkul S, Junlapeeya P. Effects of self-efficacy enhancement program on health outcomes of people living with hypertension residing in Chiang Rai province, Thailand. *J Nur Healthcare* 2017;35:100-9.