



ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

เปรมณัฐชยา บุญยอ พย.ม.***
จรีนุช จินารัตน์ ศศ.ม.*
บุศราณี พวงผกา พย.บ.*

(วันรับบทความ: 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวชนิดวัดผลลัพธ์เปรียบเทียบก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำนวน 37 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 ฉบับภาษาไทย และวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที่เปรียบเทียบรายคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 3.38 ± 0.18 เทียบกับ 3.17 ± 0.29 , เฉลี่ย 3.27 ± 0.21 เทียบกับ 3.10 ± 0.22 , และ เฉลี่ย 3.62 ± 0.14 เทียบกับ 3.35 ± 0.31 ; $p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 145.10 ± 10.84 เทียบกับ 154.11 ± 12.70 , และ เฉลี่ย 92.95 ± 4.52 เทียบกับ 98.97 ± 6.95 ; $p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 67.72 ± 8.30 เทียบกับ 60.63 ± 7.82) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 73.73 ± 8.73 เทียบกับ 67.15 ± 12.34 ; $p < .01$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำมาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และกลุ่มเสี่ยงในศูนย์สุขภาพชุมชน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: premnut09@gmail.com Tel: 098-6289154



Effects of Home Health Care Programs on Self-Care Behavior, Blood Pressure, and Quality of Life among Patients with Uncontrolled Hypertension

Premnutchaya Boonyor M.N.S.**

Jareenuch Jinarat M.A.*

Busaraneer Phuangpaka B.N.S.*

(Received Date: November 16, 2022, Revised Date: January 20, 2023, Accepted Date: January 20, 2023)

Abstract

This quasi-experimental, one group, pre-posttest design research aimed to study the effects of home health care programs on self-care behavior, blood pressure, and quality of life among patients with uncontrolled hypertension. Data were collected from 37 patients with hypertension who came in for follow up at the Wat Tai medical care unit (CMU) at Sunpasitthiprasong hospital in Ubon Ratchathani province, Thailand. Participants were selected using simple random sampling and participated the home health care program for three months. Data were collected using self-care behavior questionnaires, the Thai version of the quality of life (SF-12 version 2) questionnaires, and blood pressure measurements recorded before and after joining in the program. To ensure their reliability, the Cronbach's alpha coefficients of the research instruments were assessed and were .84 and .82, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired t-tests.

The results showed that the participants who participated in the program had statistically significantly higher mean scores for the overall self-care behavior, universal self-care requisites, and health division self-care requisites dimensions than before participating in the program ($\bar{x}=3.38 \pm 0.18$ compared 3.17 ± 0.29 , $\bar{x}=3.27 \pm 0.21$ compared 3.10 ± 0.22 , and $\bar{x}=3.62 \pm 0.14$ compared 3.35 ± 0.31 ; $p<.001$, respectively). The mean scores for the developmental self-care requisites were not significantly different. After participating the program, the participants' systolic and diastolic blood pressures were both significantly lower ($\bar{x}= 145.10 \pm 10.84$ compared 154.11 ± 12.70 , $\bar{x}=92.95 \pm 4.52$ compared 98.97 ± 6.95 ; $p<.001$, respectively). Their mean score for quality of life was significantly higher ($\bar{x} = 67.72 \pm 8.30$ compared 60.63 ± 7.82). When considering each individual component of quality of life, the participants' mental component mean scores were significantly higher ($\bar{x}=73.73 \pm 8.73$ compared 67.15 ± 12.34 ; $p<.01$) after participating in the program. However. There were no significant differences in their physical component scores. The results lead to the conclusion that the home care health care program should be applied to care-giving among patients with uncontrolled hypertension, who are a high risk group, in the medical care unit.

Keywords: home health care program, hypertension, quality of life, self-care behavior

*Registered Nurse, Professional level, Wat Tai medical care unit Sunpasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani

**Corresponding Author, Email: premnut09@gmail.com Tel: 098-6289154



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2559 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 พันล้านคน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจำนวน 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถึง 1.56 พันล้านคน¹ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ 3 คน มี 1 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคน ต่อปี ร้อยละ 50 เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ² ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญโดยเฉพาะ สมอง หัวใจและไต³ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก³

สำหรับประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ โดยมีแนวโน้มความชุก อัตราป่วยและอัตราการตายเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนชาวไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2552 และครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2557^{4,5} พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 จากรายงานการสำรวจสุขภาพปี พ.ศ. 2557 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 4.6 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 53.2 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 64.9 ในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.7 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 6.1 ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 29.7 และได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 19.5 จากข้อมูลสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5,186 คน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 8,525 คน ในปี พ.ศ. 2560 โดยประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านคน⁶

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะแรงดันโลหิตเพิ่มสูงในหลอดเลือดจนก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะเป้าหมาย วินิจฉัยจากค่าโรคที่มีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท⁷ โรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกจะไม่แสดงอาการใด ๆ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต⁸ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาทิ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติครอบครัว และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน ไขมันโคเรสเตอรอลในเลือดสูง การบริโภคเกลือโซเดียมสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีความเครียด และการไม่ออกกำลังกาย⁹ ถึงแม้ว่าโรคนี้จะเป็นโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแต่สามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและ ลด เลิกปัจจัยเสี่ยง และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านไม่จำเป็นต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลยกเว้นมีอาการกำเริบ ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลที่บ้านผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยคือ การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแนวทางการรักษาที่สำคัญคือ การให้ยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย¹⁰ และผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมหรือช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนชีวิตและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (self-care) ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิต การเรียนรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันตามสภาวะแวดล้อมที่เกิดขึ้น¹¹ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของโอเรม (Orem)¹² ที่เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นความต้องการและความจำเป็นของบุคคลทุกคน การเลือกใช้วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลต้องประเมินจากสมรรถภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต



สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ผู้ป่วยยังขาดความรู้หรือพร่องในการดูแลตนเองบางส่วน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้ระบบสนับสนุนให้ความรู้ และจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ¹²

เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยนอกจากจะมุ่งหวังในการบำบัดรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิต (quality of Life) ของผู้ป่วยด้วย จึงจำเป็นต้องร่วมสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคลเกิดสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ร่วมสร้างวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิตที่ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ร่วมกันสร้างสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีสันติสุข¹³ สำหรับการให้การดูแลตนเองนั้นเป็นความรับผิดชอบหลักของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลจะเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุนทั้งในด้านการดูแลรักษา ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง รวมถึงฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข¹¹ สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้านที่สามารถให้บริการครอบคลุมใน 4 มิติ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วยที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ

การศึกษาของอรทัย หงษ์ศิลา¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เรื่องความจำเป็นในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอและไม่สามารควบคุมความดันโลหิตได้ สำหรับด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า 3 ใน 4 ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรสเป็นประจำ และจำนวน 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอ อาทิ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ เป็นต้น สอดคล้องกับรายงานของวิสุทธิ์ รอดคำ¹⁵ ที่ศึกษาการเห็นคุณค่าตนเองที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอในด้าน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ ตำบลในเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 จำนวน 345-547 คน แสดงถึงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวน 128 คน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่เพียงพอ ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในด้าน การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ผู้วิจัยจึงพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยผลการวิจัยนี้จะนำไปใช้ประกอบการวางแผนในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไปและการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

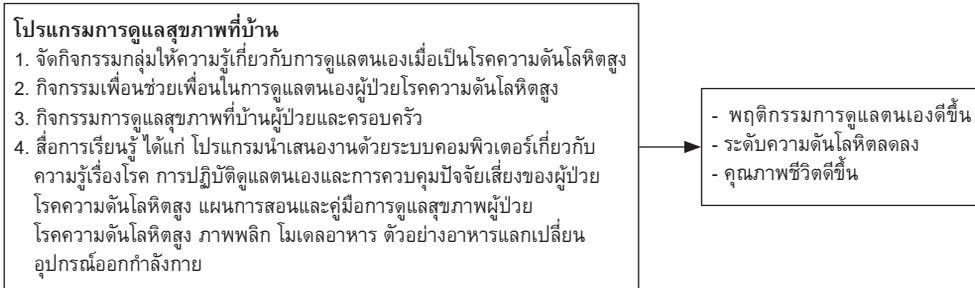
สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม



2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลลัพธ์เปรียบเทียบก่อนและหลัง (one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนวัดใต้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

เกณฑ์คัดเข้าการวิจัย 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ 2) ระดับความดันโลหิตช่วงซิสโตลิก 150 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตช่วงไดแอสโตลิก 95 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป 3) ไม่เป็นโรคเบาหวาน โรคไต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม 5) ไม่ตั้งครรภ์ 6) ช่วยเหลือตนเองได้ มีสติ สัมผัสปัญหา พูด เขียน อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ 7) ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิต (คัดกรองจากเวชระเบียน) 8) รับการรักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ วันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 9) สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม/ ขอดออกจากโปรแกรม / ย้ายภูมิลำเนา 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.3¹⁶ (วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Priori power analysis) โดยการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I error) .05 อำนาจในการทดสอบ (Power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน แต่ในระหว่างการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 1 คน และป่วยต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 1 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง



กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเอง 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว 3 ครั้งต่อคน ๆ ละ 3 เดือน ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ในสัปดาห์ที่ 4,9 และ 14 ติดตามประเมินผล พฤติกรรมการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 19 และ 20 ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สื่อการเรียนรู้ ประกอบด้วย โปรแกรมการนำเสนองานด้วยระบบคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพพลิก โหมเดอลอาหาร ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน อุปกรณ์การออกกำลังกาย แผนการสอนและคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แนะนำการใช้แบบบันทึกประจำวันการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน 2) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม ชี้แนะแนวทางปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทบทวน ชี้แนะแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการควบคุมความเสี่ยง ประกอบด้วย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ประเมินในแบบบันทึกกิจกรรมประจำวันการปฏิบัติดูแลตนเองที่บ้านและวัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การมีผู้ดูแลระยะเวลาเจ็บป่วย การมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอุ๋นใจ เครือสฤติย์¹⁷ สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹² ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ แปลพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 4 ระดับตามค่าคะแนนเฉลี่ยดังนี้ พฤติกรรมเหมาะสมมากที่สุด (คะแนนตั้งแต่ 3.5) เหมาะสมมาก (คะแนน 2.50-3.49) พอใช้ (คะแนน 1.5-2.49) หรือต้องปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่า 1.5)

2.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปฉบับย่อ SF-12v2 (12-item Short Form Health Survey Version2) ฉบับภาษาไทย¹⁸ มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เทียบความตรงเชิงโครงสร้างได้เท่ากับเครื่องมือฉบับย่อ 36 ข้อ (SF-36) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นในสหรัฐอเมริกา¹⁹ และใช้กันแพร่หลายทั่วโลก มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 หมวด ประกอบด้วย ด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยด้านร่างกายประกอบด้วย 4 มิติ มีคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ มิติสุขภาพทั่วไป (ข้อที่ 1) มิติการทำกิจกรรมทางกาย (ข้อที่ 2,3) มิติการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพร่างกาย (ข้อที่ 4,5) และมิติความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (ข้อที่ 8) ส่วนด้านจิตใจประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพจิตทั่วไป (ข้อที่ 9,11) มิติปัญหาทางอารมณ์ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง (ข้อที่ 6,7) มิติปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม (ข้อที่ 12) และมิติความรู้สึกเหนื่อย หดแรงแทหรือความกระตือรือร้น (ข้อที่ 10) แปลผลคะแนน ดังนี้

ข้อที่ 1 คะแนน 5 ระดับ (คะแนน 1-5) คือ ดีเยี่ยม (5) ดีมาก (4) ปานกลาง (3) เล็กน้อย (2) ไม่ดี (1)

ข้อที่ 2,3 คะแนน 3 ระดับ (คะแนน 1-3) คือ ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1) ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2) ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

ข้อที่ 4-7 และข้อ 9-12 คะแนน 5 ระดับ (คะแนน 1-5) คือ ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) บางครั้ง (3) นาน ๆ ครั้ง (4) ไม่เลย (5)



ข้อที่ 8 คะแนน 5 ระดับ (คะแนน 1-5) คือ ไม่เลย (1) เล็กน้อย (2) ปานกลาง (3) ค่อนข้างมาก (4) มากที่สุด (5)
คะแนนรวมของ SF-12v2 ตั้งแต่ 12-56 คะแนน การแปลผลคะแนนจะต้องแปลงค่าคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (0-100 คะแนน) ใช้สูตร $(100/\text{ผลต่างของช่วงคะแนน}) \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})$ นำมาจำแนกคุณภาพชีวิตออกเป็นกลุ่มคุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน) และกลุ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 50-100 คะแนน) โดยจะแสดงคะแนนรวมออกมาเป็น 2 หมวด คือ ด้านร่างกายข้อที่ 1-5 และ 8 (คะแนนรวม 6-26) และด้านจิตใจข้อที่ 6-7 และ 9-12 (คะแนนรวม 6-30)

2.4 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทชนิดตั้งโต๊ะ และหูฟัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยส่งโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตได้ค่าความเชื่อมั่น .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (รหัสเอกสาร 008/2561) โดยผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผยชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง การเผยแพร่กระทำในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานบริการเดิม การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ ซึ่งเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Pre-test)

2. ระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 2-18)

2.1 จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สื่อการเรียนรู้ ได้แก่ โปรแกรมการนำเสนองานด้วยระบบคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพพลิก โมเดลอาหาร ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน อุปกรณ์การออกกำลังกาย

2.2 กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.3 กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับ อสม.

3. ระยะสิ้นสุดการทดลอง (สัปดาห์ที่ 19-20)

3.1 ติดตามประเมินผลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างและประเมินบันทึกกิจกรรมประจำวันการปฏิบัติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน และวัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่าง

3.2 สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง (Post-test)



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและระดับความดันโลหิตใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยสถิติทดสอบที่แบบรายคู่

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 20 ราย (ร้อยละ 54.10) เพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 45.9) มีอายุตั้งแต่ 40-70 ปี อายุเฉลี่ย 56.34 ปี (S.D. = 5.63) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.35) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.95) รองลงมาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.8) อาชีพทำงานบ้าน (ร้อยละ 35.14) รองลงมาอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 27) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพรอง รายได้เฉลี่ย 6,450.30 บาทต่อเดือน มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย (ร้อยละ 54.05) แก้ไขปัญหาโดยการกู้ยืมและรับจ้างทำงาน ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 59.46) มีผู้ให้การดูแล (ร้อยละ 92.74) ครอบครัวมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.97) ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา และมารดา ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 8.3 ปี (S.D. = 5.45) ไม่มีการใช้สมุนไพรร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 91.89)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 3.38 ± 0.18 เทียบกับ 3.17 ± 0.29) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในรายหมวด การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (เฉลี่ย 3.27 ± 0.21 เทียบกับ 3.10 ± 0.22) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง (เฉลี่ย 3.62 ± 0.14 เทียบกับ 3.35 ± 0.31) และการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (เฉลี่ย 3.25 ± 0.41 เทียบกับ 3.18 ± 0.32) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวดในส่วนของ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .410$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปรายด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในด้านการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ (เฉลี่ย 3.48 ± 0.23 เทียบกับ 3.20 ± 0.41) ด้านการรับประทานอาหารเพียงพอเหมาะสมกับโรค (เฉลี่ย 3.22 ± 0.23 เทียบกับ 2.99 ± 0.26) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พบว่า ด้านการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับโรค และด้านการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนด้านการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอ ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมและพักผ่อนเพียงพอ ด้านการมีเวลาส่วนตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเหมาะสม ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหน้าทีและความผาสุกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาถึงขีดสูงสุด (เฉลี่ย 3.26 ± 0.33 เทียบกับ 3.06 ± 0.59) ด้านการดูแลตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความตึงเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย (เฉลี่ย 3.34 ± 0.40 เทียบกับ 3.25 ± 0.41) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นรายด้าน พบว่า ทั้งในด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาถึงขีดสูงสุด และด้านการดูแลตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความตึงเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ (เฉลี่ย 3.32 ± 0.33 เทียบกับ 3.13 ± 0.36) ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ และการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง (เฉลี่ย 3.64 ± 0.37 เทียบกับ 3.26 ± 0.66) ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา (เฉลี่ย 3.64 ± 0.37 เทียบกับ 3.29 ± 0.53) ด้านการเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง (เฉลี่ย 3.39 ± 0.41 เทียบกับ 2.95 ± 0.78) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (เฉลี่ย 3.73 ± 0.14 เทียบกับ 3.56 ± 0.25) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายด้านพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายในเรื่องการมาตามนัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .118$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวด และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	3.17	0.29	3.38	0.18	-3.81	.001
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปโดยรวม	3.10	0.22	3.27	0.21	3.78	.001
- ด้านการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอ	3.00	0.78	3.03	0.68	-0.16	.875
- ด้านการรับประทานอาหารเพียงพอเหมาะสมกับโรค	2.99	0.26	3.22	0.23	-4.02	.001
- ด้านการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ	3.20	0.41	3.48	0.23	-3.85	.001
- ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมและพักผ่อนเพียงพอ	3.09	0.43	3.20	0.43	-1.15	.259
- ด้านการมีเวลาส่วนตัว และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเหมาะสม	2.97	0.56	3.08	0.43	-0.79	.434
- ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหน้าที่และความผาสุก	3.49	0.47	3.62	0.29	-1.40	.169
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการโดยรวม	3.18	0.32	3.25	0.41	-0.83	-.410
- ด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาถึงขีดสูงสุด	3.06	0.59	3.26	0.33	-0.41	.686
- ด้านการดูแลตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความตึงเครียด หรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย	3.25	0.41	3.34	0.40	-1.01	.318
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม	3.35	0.31	3.62	0.14	0.14	.001
- ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้	3.13	0.36	3.32	0.33	0.33	.022
- ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ และการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง	3.26	0.66	3.64	0.37	0.37	.001
- ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา	3.29	0.53	3.64	0.37	-4.72	.001
- ด้านการเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง	2.95	0.78	3.39	0.41	-3.22	.003
- ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย	3.56	0.25	3.73	0.14	-3.63	.001
การรับประทานยา	3.82	0.27	3.92	0.19	-2.19	.035
การควบคุมน้ำหนัก	2.99	0.52	3.32	0.51	-2.78	.009
การมาตรวจตามนัด	3.73	0.35	3.85	0.31	-1.59	.118

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แสดงในตารางที่ 2



ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 145.10 ± 10.84 เทียบกับ 154.11 ± 12.70) โดยค่าความดันซิสโตลิกลดลงจากเดิมประมาณ 9 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 92.95 ± 4.52 เทียบกับ 98.97 ± 6.90) โดยค่าความดันไดแอสโตลิกลดลงจากเดิมประมาณ 6 มิลลิเมตรปรอท ผลเปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันทั้ง 2 ค่า ลดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ค่าความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	154.11	12.70	145.10	10.84	6.631	.001
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)	98.97	6.90	92.95	4.52	7.772	.001

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แสดงในตารางที่ 3

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี (เฉลี่ย 60.63 ± 7.82 เทียบกับ 67.72 ± 8.30) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่แตกต่างจากเดิม (เฉลี่ย 67.62 ± 8.67 เทียบกับ 68.92 ± 8.74) โดยมีติดการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพร่างกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 76.35 ± 14.66 เทียบกับ 71.62 ± 17.34) ส่วนมิติความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 60.14 ± 14.17 เทียบกับ 67.57 ± 12.99) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของสหรัฐอเมริกา (คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 50 ± 10) ยังอยู่ในเกณฑ์ที่แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสุขภาพทั่วไป และมิติการทำกิจกรรมทางกายไม่แตกต่างจากเดิม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .010$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านร่างกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .324$)

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเดิม (เฉลี่ย 73.73 ± 8.73 เทียบกับ 67.15 ± 12.34) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าเดิม คือ มิติปัญหาทางอารมณ์ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง (เฉลี่ย 70.95 ± 18.17 เทียบกับ 62.84 ± 20.93) มิติปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม (เฉลี่ย 75.00 ± 15.59 เทียบกับ 66.21 ± 18.83) มิติความรู้สึกเหนื่อย หดแรงแหรือความกระตือรือร้น (เฉลี่ย 70.95 ± 18.17 เทียบกับ 62.84 ± 20.93) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสุขภาพจิตทั่วไป (เฉลี่ย 71.28 ± 9.71 เทียบกับ 67.57 ± 13.33) มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากเดิม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสุขภาพจิตทั่วไปก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .110$)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำแนกเป็นโดยรวม รายด้านและรายมิติ

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม	60.63	7.82	67.72	8.30	-2.378	.010
คะแนนรวมด้านร่างกาย	67.62	8.67	68.92	8.74	-0.900	.324
(Physical component score : PCS)						
- สุขภาพทั่วไป (General Health : GH)	60.14	14.98	61.49	13.94	-0.572	.571
- การทำกิจกรรมทางกาย (Physical Functioning : PE)	69.59	18.76	75.67	16.12	-1.718	.950
- การทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพร่างกาย (Role Physical : RP)	71.62	17.34	76.35	14.66	-2.415	.021
- ความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ (Bodily Pain : BP)	67.57	12.19	60.14	14.17	-2.328	.026
คะแนนรวมด้านจิตใจ	67.15	12.14	73.73	8.73	-4.813	.001
(Mental component score : MCS)						
- สุขภาพจิตทั่วไป (Mental Health : MH)	67.57	13.33	71.28	9.71	-.641	.110
- ปัญหาทางอารมณ์ที่ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง (Role Emotion : RE)	62.84	20.93	70.95	18.17	-3.151	.003
- ปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม (Social Functional : SF)	66.21	18.83	75.00	15.59	-2.987	.005
- ความรู้สึกเหนื่อย หดแรงแหรือความกระตือรือร้น (Vitality : VT)	62.84	20.93	70.95	18.17	-3.151	.003

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งในส่วนของการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวดการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในด้านการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับโรค ด้านการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ และหมวดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง อาทิ การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารเค็มและขนมหวาน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ด้วยรูปแบบกิจกรรมที่ออกแบบบนพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มีการจัดประสบการณ์ตรงในการทดลอง ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีการสาธิตอาหารแลกเปลี่ยน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนโดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัวที่ดีเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีการประเมินการปฏิบัติการดูแลตนเองในแบบบันทึกประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม¹² ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ และเป็นกิจกรรมที่จะทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ บุคคลจะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกันควบคุมกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรากัญญา ไชยสังข์ และ



คณะ²⁰ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านในส่วนของด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนด้านการปฏิบัติตัวทั่วไป ด้านการรับประทานยาและด้านการเลือกอาหารไม่แตกต่างกัน ขณะที่ระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร ธรรมนำดี และคณะ²¹ ที่พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ยกเว้นด้านการรับประทานยา จากการศึกษาของสุธีรา อุณหตระกูล และคณะ²² พบว่า ผลการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 100 พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 การรับยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และจากการศึกษาของจุฑารัตน์ ภาตะนันท์ และคณะ²³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและด้านการออกกำลังกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยค่าความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ย 154/99 มิลลิเมตรปรอท หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน 1 ครั้ง กิจกรรมติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน 3 ครั้งต่อคนห่างกันครั้งละ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตลดลงเฉลี่ย 145/93 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเพื่อชี้แนะ ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามความจำเป็นในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกทักษะการคลายเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และ บุหรี่ ตามแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียม รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรม ช่วยการกระตุ้นเดือน การปฏิบัติตัวและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีระดับลดลง ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาของสุธีรา อุณหตระกูล และคณะ²² ที่พบว่า ผลการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 60 และจากการศึกษาของคณิงฉวี เพชรรัตน์ และคณะ²⁴ พบว่า ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี (เฉลี่ย 60.63 ± 7.82 เทียบกับ 67.72 ± 8.30) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่แตกต่างจากเดิม โดยมีจิตความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคุณภาพชีวิตไม่ต่างจากเดิม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพและมีโรคประจำตัว ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม



ต่าง ๆ ลดลงหรือทำได้น้อยลง สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีมติที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือ มติปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม มติปัญหาอารมณ์ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง และมิตินึกความรู้สึกเหนื่อย หดแรงแหรือความกระตือรือร้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของสมสมัย รัตนกริธากุล และคณะ²⁵ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 90.84 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 99.69 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อความชัดเจนของผลวิจัยและการนำไปใช้อ้างอิง
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป จากการเข้าร่วมโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และควรมีการวัดความดันโลหิตหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน 6 เดือน ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตปีละครั้ง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. A global brief on hypertension silent killer, Global public health crisis. [Internet]. 2013 [cited 2018 June 30] Available from: <http://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-a-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>
2. Mancia G, Backer GD, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. Guidelines for the management of Arterial Hypertension : the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society Cardiology (ESC). J Hypertension. 2007;23(6):1105-87.
3. Liszka HA, Mainous AG, King DE, Everett CL, Egan BM. Prehypertension and cardiovascular morbidity. Ann Fam.Med. 2005;3(4):294-99.
4. Aekplakorn W, Porapakkham Y, Taneephanisakul S, Puckcharoen H, Satheannopakao W, Thaikla K. The report of Thailand population health examination survey IV,2008-2009. Nonthaburi: Health Systems Research Institute;2010. (in Thai)
5. Aekplakorn W, Puckcharoen H, Thaikla K. Satheannopakao W. Thai national health examination survey, NHES V, 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai)
6. Health System Development Group non-communicable disease office Department of Disease Control. Pressure Day campaign issue World high blood pressure. [Internet]. 2018 [cited 2019 May 15] Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info /non-communicable-disease>.



7. Thai hypertension society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 update 2015 Bangkok: Hua Nam; 2015. (in Thai)
8. Lomplang P, Oba N, Wannapornsiri C. Factors predicting blood pressure level among essential hypertensive patients age under 40 years, Uttaradit Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2011; 5(2):12-22. (in Thai)
9. Pakdevong N, Binhsen V. Factor predicted blood pressure control in persons with hypertension in one community hospital. *Journal of Nursing and Health Care*. 2014; 32(1): 23-30. (in Thai)
10. Daskalopolou SS, Khan NA, Quinn RR, Ruzicka M, Mukay DW, Hackam DG, et al. The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension, blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *Canadian Journal of cardiology*. 28:270-7.
11. Hanucharonkul S, editor. *Self-care: the art and science of nursing care*. 4th ed. Bangkok: V.J. printing; 2001. (in Thai)
12. Orem, DE. *Nursing concepts of practice*. 4th ed. St. Loui: Mosby Year Book Company.1991.
13. Poomsanguen K. Health and health promotion: Nurses' important role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(2):10-14. (in Thai)
14. Hongsilla O, arpanantikul M, Malathum P. Effects of a self-care promoting program on knowledge Self-care behaviors and blood pressure in persons with essential hypertension. *The Journal of Nursing Council*. 2018;3(2):110-30. (in Thai)
15. Rodkhum W. Self-esteem affecting self-care to prevent complications of patients with essential hypertension Inburi District, Sing Buri province. [master's thesis]. Chonburi; Burapha University; 2014. (in Thai)
16. Faul E, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power version 3.1.3: Tests for correlation and regression analysis. *Behavior Research Methods*. 2009;41(4): 1149-60.
17. Kruesathit O. The effectiveness of home health care on self-care among elderly essential hypertension In Khon Kaen metropoitan. [master's thesis]. Khon Kaen; Khon Kaen University; 1999. (in Thai)
18. Kasemsup W, Sakthong P, Poopa K. The report assessed the cardiac surgery 8000 80th give a royal charity dedicated to king and royal charity 84 years her Majesty Princess kullayaniwattana krom luang narathiwatrasajanagarindra. Bangkok: National Health security Office; 2007. (in Thai)
19. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996; 34: 220-33.
20. Chaiyasung P, Kompayak J, durongritthichai W. The effectiveness of self-care behaviors promoting program on Self-care behaviors and blood pressure level in essential hypertensive patient in community. *HCU Journal*. 2010;14(27):21-32. (in Thai)
21. Thamnamsin K, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Artsanthia J. effects of self-care promoting program on self-care behavior among older adults with uncontrolled hypertension in Bangkok metropolitan. *Journal of Public Health Nursing*. 2015;29(2):43-55. (in Thai)
22. Hoontrakul S, Somboontanont W. Developing self-care competency to prevent complication in hypertensive client in the community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2012;13(3):38-46. (in Thai)



23. Patanun C, Namjuntra R, Supametaporn P. Effects of a home-based care program on self-care behaviors and blood pressure in controlled hypertensive patient . *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2012;12(2): 72-80. (in Thai)
24. Phetcharat K, Ponglanga S, Kitisri C. Effects of supportive and educative nursing system program on self-care behaviors and blood pressure control among hypertensive patients. *Nursing Journal Volume*. 2018;45(1): 37-48. (in Thai)
25. Somsamai Rattanaagreethakul S, Charunyakorn Viriya C, Tassanatanachai A, Patarakorn P. Development model of quality of life for hypertension patients on the basis of family and community participation at Banbung Municipality, Chon-Buri Province. *Journal of Nursing and Education*. 2015;8(3):52-65. (in Thai)