ผลของการใช้แผนการชี้แนะต่อค่าความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

Effects of Using Coaching on Blood Pressure and Quality of Life in the Elderly with Uncontrolled Hypertension in the Outpatient Department Khoksamrong Hospital, Lopburi Province

ภูรดา ยังวิลัย พย.ม* Purada Yaungwilai, M.N.S*

Corresponding author: E-mail: puraday@gmail.com

Received: 8 Mar 2023, Revised: 15 Apr 2023, Accepted: 25 Apr 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แผนการชี้แนะต่อค่าความดันโลหิต และคุณภาพชีวิต ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 46 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566- 1 มีนาคม 2566 กลุ่มทดลองได้แก่กลุ่มตัวอย่างเดิมที่ศึกษาวิจัยในปี 2563 เรื่องการเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี กลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 23 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากที่ได้ใช้แผนการชี้แนะโดยใช้แนวคิดการชี้แนะของแฮส (HASS) มาประยุกต์ใช้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยได้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

โดยสรุป ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แผนการชี้แนะของแฮส (HASS) ส่งผลให้ คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลง และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเดิมปี 2563 แม้เวลาจะผ่านไป 3 ปี ความคงทนของโปรแกรมยังคงอยู่ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ มีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น จึงควรเผยแพร่แผนการชี้แนะนี้ และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อขยายผลต่อไป

คำสำคัญ แผนการชี้แนะ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

**พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี*

**Registor Nurse, Out Patient Department Khoksamrong Hospital, Lopburi Province*

Abstract

This quasi-experimental research aimed to explore the effects of using coaching on blood pressure in 46 elderly people with uncontrollable hypertension between January 1, 2023, to March 1, 2023. The samples were the same group as the study of the effects of using coaching and normal health education in the elderly with uncontrolled hypertension in the outpatient department, Khoksamrong Hospital, Lopburi Province in 2020.[14] The experimental and the control group consisted of 23 elderly and random classified control group 23 elderly with uncontrolled hypertension who had the same criteria in gender, age, education, and health status. The research instruments were a general information questionnaire and a quality-of-life assessment form for elderly with uncontrolled hypertension. The statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test for dependent samples and independent samples.

The results revealed that the experimental group had a lower blood pressure and a higher average score of quality of life than the control group ($p < .05$).

In conclusion, the results of this study showed that coaching affected decreasing blood pressure level and increasing quality of life of elderly with uncontrolled hypertension. The results of this study are consistent with the original study in 2020 and the effects remain after three years. Thus, to provide effective care and increase quality of life of elderly with uncontrolled hypertension, coaching should be disseminated and applied for further results.

Keywords: Coaching on Health, Quality of Life, Elderly with uncontrolled hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 962 ล้านคน หรือร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด กระจายอยู่ทุกทวีปที่เปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยเรียบร้อยแล้ว ยกเว้นแอฟริกา ทวีปเดียวที่ยังมีประชากรไม่ถึงเกณฑ์ ในอาเซียนประชากรสูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ไทยและเวียดนามตามลำดับ สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยตั้งแต่ปี 2548 ขณะที่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลให้ปี 2562 ประชากรผู้สูงอายุมีมากกว่าประชากรวัยเด็ก สะท้อนได้จากตัวเลขของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธ.ค. 2561 พบว่าประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66.4 ล้านคน เฉพาะผู้สูงอายุ 10,670,000 คน หรือร้อยละ 16.06 สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า ปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงวัยจำนวน 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงวัยอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จะมีมากถึง 3,500,000 คน[1]

เมื่อบุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมถอยของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] จากสถิติของประชากรสหรัฐอเมริกาทั้งประเทศกว่า 323 ล้านคน ในปัจจุบันจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 46 [3] และบางประเทศพบมากในวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 50 และคาดว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากฐานข้อมูลของ สปสช. ปีงบประมาณ 2559-2560 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 21 เป็นร้อยละ 25 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดีมีเพียงร้อยละ 14.14[4] จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และพบมากในวัยสูงอายุ โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น[5]

โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ควบคุมได้ด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่หากควบคุมไม่ได้ และปล่อยไว้นานจะส่งผลให้เส้นเลือดแดงแข็งและถูกทำลาย ซึ่งถ้าค่า Systolic blood pressure มากกว่า 160/100 มม.ปรอท ขึ้นไป จะทำให้เกิดภาวะ stroke หัวใจล้มเหลว และไตวาย ส่งผลให้เกิดความพิการ และสูญเสียชีวิต[6] ตามมาได้ รวมถึงภาระทั้งด้านการดูแล และด้านค่าใช้จ่าย การรักษาโดยไม่ใช้ยาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้อย่างยั่งยืน ในปัจจุบันเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเบาหวานและไตใช้เกณฑ์ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และถ้ามีโรคเบาหวาน และไตใช้เกณฑ์น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท[7]

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงครามพบว่าผู้ป่วย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการควบคุมความดันโลหิตที่นัยสำคัญทางสถิติ[8] ซึ่งการรักษาพยาบาลที่ผ่านมา อาจไม่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต มักกำหนดโดยทีมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคิดหรือทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง รับรู้สภาพปัญหาตนเองน้อย ไม่ตระหนักหรือเห็นความสำคัญ ขาดแรงจูงใจ จึงทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติได้ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น รับประทานอาหารเค็มเกินไป ขาดการออกกำลังกาย ดื่ม

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[9] โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้[10] และโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[11] ผลการศึกษาเหล่านี้แม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น แต่ก็ไม่ดำเนินการที่เน้นเฉพาะกลุ่ม ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ที่ลดลงจากการเสื่อมตามวัย

การให้ข้อมูลโดยการชี้แนะ (Coaching) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และยังเป็นสมรรถนะหนึ่งของผู้ปฏิบัติการขั้นสูง[12] ที่อาจช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการชี้แนะนี้จะทำให้ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการชี้แนะสามารถเชื่อมโยงความรู้ แปลข้อมูลให้มีความหมาย มีแรงจูงใจและ หาวิธีการแก้ไขปัญหาภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของตนเอง และช่วยสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถในการคิด การตัดสินใจ รวมทั้งการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น เพื่อนำไปสู่การดูแลที่ยั่งยืน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะ เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนคล้ายกระบวนการชี้แนะ และถือว่าเป็นบทบาทหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งต้องใช้ทักษะและสมรรถนะในการจัดการ มีความรู้ที่กว้างและลึก ใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพได้ เพราะการชี้แนะจะช่วยปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนของการสอนแบบเดิม ๆ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเฉพาะข้อมูล แต่การชี้แนะมุ่งสอนให้ผู้ป่วยใช้ทักษะ หรือ สอนเทคนิคเฉพาะด้าน ต้องมีกลวิธี และมีขั้นตอนในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยนำทักษะไปปฏิบัติได้จริง และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ชี้แนะ[13] สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุมและมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05[14] และจากการเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน[15]

จังหวัดลพบุรีพบอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีพ.ศ 2563-2565 ร้อยละ 22.38, 24.37 และ 27.50 ตามลำดับ และพบในวัยสูงอายุ ร้อยละ 44.14, 47.55 และ53.10 ตามลำดับ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรีพบมีผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 55.70, 56.25 และ 57.42 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงนำการชี้แนะซึ่งเป็นกระบวนการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผน 3) การปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนแนวทาง มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในด้านการส่งเสริม ป้องกันและวางรูปแบบการดูแลสุขภาพได้อย่างมีเป้าหมาย และเพื่อให้ผู้ป่วยทราบปัญหาที่แท้จริง ตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และเลือกแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ใน

ด้านการควบคุมอาหารรสเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด เพราะพฤติกรรมแต่ละด้านเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง อันจะทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล และการชี้แนะ (Coaching) เป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง จึงต้องการศึกษาต่อยอดวิจัยจากครั้งก่อนในปี 2563 ที่ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยไปแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ติดตามต่อ ตามข้อเสนอแนะในด้านการศึกษาวิจัยให้มีการศึกษาซ้ำ 1 และ 3 ปี เพื่อดูความคงทนของโปรแกรมว่ามีผลต่อค่าความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพซ้ำเนื่องจากประสบปัญหาจากสถานการณ์ Covid-19 ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงระบบการรักษาพยาบาล มีการส่งรับยาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเมื่อสถานการณ์ Covid-19 คลี่คลายเบาบางลง ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม ผู้วิจัยต้องการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มทดลองเดิม โดยมีการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนระยะเวลาจาก 0, 1, 2, 3 เดือน (4ครั้ง) เป็น 0, 1 เดือน (2ครั้ง) และเพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนแทน เนื่องจากผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น และ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย โดยเชื่อว่ากระบวนการชี้แนะนี้ เป็นวิธีการที่ดีถูกนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอย่างหลากหลาย และให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหา และมีสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการป่วย อัตราตาย และภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง และเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดความการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบยั่งยืน อันจะทำให้ความดันโลหิตลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

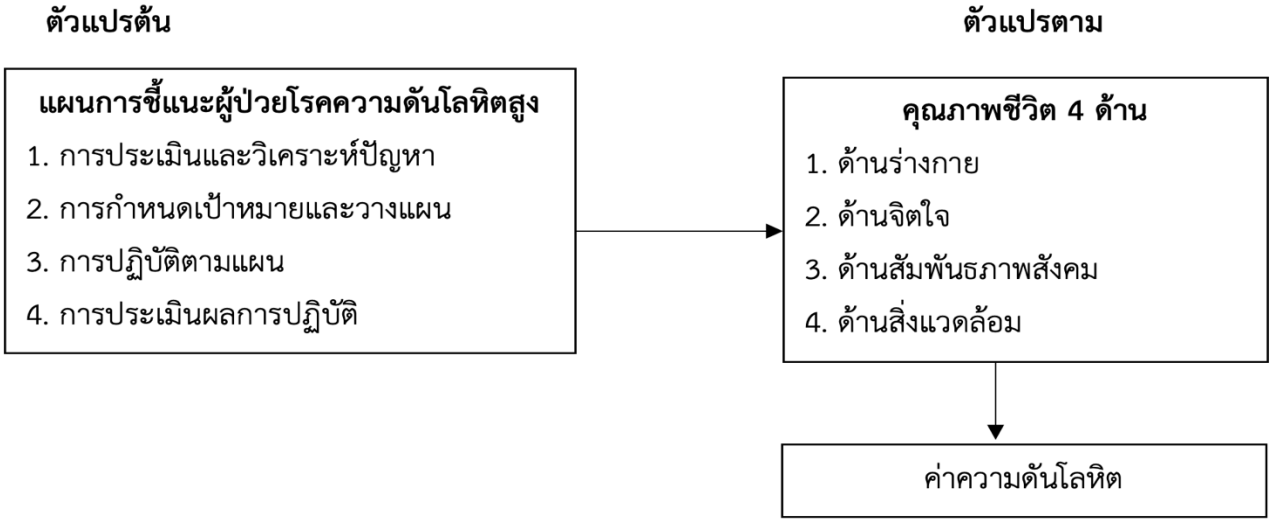
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลองและหลังการใช้แผนการชี้แนะในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

แผนการชี้แนะโดยใช้แนวคิดการชี้แนะของแฮส (HASS)[18] มาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผน 3) การปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินผลการปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้ค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง และเลือกแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าความดันโลหิต และคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับการชี้แนะกับกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 66 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จำนวน 46 ราย กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดิมในงานวิจัยครั้งก่อน 23 ราย และกลุ่มควบคุมใหม่จำนวน 23 ราย โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า และคัดออกดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง และ เป็นผู้ป่วยกลุ่มเดิมในงานวิจัยครั้งก่อนในปี 2563 ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ ไม่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต เป็นต้น

2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ อ่านออกเขียนได้ สามารถร่วมทำกิจกรรม และให้ข้อมูลด้วยตนเองได้

3. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต จนทำให้มีข้อจำกัดทางกายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

2. มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งต้องพบแพทย์ทันที

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิทและเบค[16] คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 เมื่อเปิดตารางโคเฮน[17] โดยกำหนดระดับ

ความเชื่อมั่นที่.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย ซึ่งเป็นค่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเดิมที่ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี[15] และเพื่อดูความคงทนของโปรแกรม และมีการพัฒนาโปรแกรมโดยปรับเปลี่ยนระยะเวลา จึงศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดิม และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเสียชีวิต ย้ายที่อยู่ และ มีโรคร่วมซึ่งไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า รวมทั้งหมด 7 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเดิมจากการศึกษาในปี 2563 จำนวน 23 ราย และกลุ่มควบคุมใหม่ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก จำนวน 23 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน 1 มกราคม 66–1 มีนาคม 2566 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ใช้แผนการชี้แนะ และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างเดิมที่ศึกษาครั้งก่อน 23 ราย และ ส่วนกลุ่มควบคุมใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากจำนวน 23 ราย โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1.ผู้วิจัยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

2.เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3.ผู้วิจัยดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จากนั้นสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน และระยะเวลา รวมทั้งการร่วมมือในการทำวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าในการร่วมการวิจัยในครั้งนี้ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวอกจาการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยสมัครใจยินดีที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต และวัดความดันโลหิต

2. ขั้นตอนการชี้แนะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับความเครียด เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะ สนับสนุน และให้ข้อมูลย้อนกลับ 3) การปฏิบัติตามแผน โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก 4) การประเมินผลการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนแนวทางโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตามแผนการชี้แนะ โดยแต่ละครั้งมีกิจกรรมดังนี้

แผนการชี้แนะที่แผนกผู้ป่วยนอกช่วงเวลา 8.30-12.00 น. มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

1.1 ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง แสดงท่าทีที่เป็นมิตร ขออนุญาตวัดความดันโลหิต สอบถามสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป แบบแผนการดำเนินชีวิต สนทนาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมา การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การดูแลตนเองที่ผ่านมา เช่น การควบคุมอาหารหรือไม่ อย่างไร การออกกำลังกายสม่ำเสมอหรือไม่ อย่างไร และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร เป็นต้น

1.2 ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เช่น สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และ อะไรเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมนั้น

1.3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินและสรุปปัญหาในแต่ละด้านที่อาจเป็นสาเหตุ ให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และ การจัดการกับความเครียด ทั้งนี้ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหา รู้ถึงสาเหตุของปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งใช้คำพูดทางบวกในการเสริมแรงผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจ

1.4 ผู้วิจัยรวบรวมปัญหา และอุปสรรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้วสรุปให้ผู้ป่วยทราบ และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปัญหาที่ต้องแก้ไขก่อน

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ขั้นตอนนี้ดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่เป็นสภาพการณ์จริง ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจง และสามารถปฏิบัติได้ตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย โดยการตั้งเป้าหมายว่า ต้องการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมด้านไหนก่อน ใช้ระยะเวลาเท่าไหร่ในการแก้ไขปัญหาแต่ละด้าน หรือ จะแก้ไขปัญหาไปพร้อมๆ กันในแต่ละด้านก็ได้

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาต่างๆที่สงสัย หรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม และถ้าหากผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ และชี้แนะเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

3.1 ฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ห้องให้คำปรึกษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโคกสำโรง ที่มีปัญหาแต่ละด้านของผู้ป่วย เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควรรับประทาน หรืออาหารที่ควรงดหรือทานให้น้อยที่สุด การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การขี่จักรยาน และ การว่ายน้ำ การรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ การจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกๆ ช้า และสม่ำเสมอ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ และ การทำสมาธิ ให้ผู้ป่วยย้อนกลับบอกสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขขณะปฏิบัติกิจกรรม

3.2 สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติโดยการแจกแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และ QR code ความรู้ รวมถึงการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนทุกสัปดาห์ และนัดผู้ป่วยอีก 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ทบทวนสรุปปัญหาของตนเอง และเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และตรงปัญหาของตนเอง

3. สัปดาห์ ที่ 4 ครั้งที่ 2 ครั้งสุดท้ายโดยทบทวนกิจกรรมตามเป้าหมายร่วมกัน และใช้คำพูดทางบวกในการเสริมแรงผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจ พร้อมทั้งประเมินผล ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต และวัดความ

ดันโลหิต กล่าวคำอำลา ชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้วิจัยกล่าวคำอำลาสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ โดยสอนในตอนเช้าที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นกลุ่มเปิด หรือสอนรายบุคคลในรายที่ผิดปกติที่โต๊ะซักประวัติแบบรีบเร่ง ไม่มีลำดับขั้นตอน และ ยังเป็นสถานที่มีเสียงดังรบกวน และเมื่อหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับแผนการชี้แนะเหมือนกลุ่มทดลองทุกประการตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 4 และมีการวัดความดันโลหิตและประเมินคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 เหมือนกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แผนการชี้แนะเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้แนวคิดการชี้แนะของแฮส (HASS)18 มาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) กำหนดเป้าหมายและวางแผน 3) ปฏิบัติตามแผน 4) ประเมินผลการปฏิบัติ และมีการพัฒนาโปรแกรมโดยปรับเปลี่ยนระยะเวลาจาก 0, 1, 2, 3 เดือน (4 ครั้ง) เป็น 0, 1 เดือน (2 ครั้ง) และเพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนชี้แนะทั้ง 4 ขั้นตอน จำนวน 2 ครั้ง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. เอกสารประกอบการชี้แนะ ได้แก่ ภาพพลิกแผ่นพับ QR code และการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนผู้ป่วยทุกสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สภาภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการเป็นโรค และความดันโลหิต

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งใช้ของอนัญญา มานิตย์ (2562)[19] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบเครื่องมือ

หาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการพัฒนาในคนของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี (KHN 05/2566)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน เป็นเพศชายร้อยละ 43.50 เพศหญิง ร้อยละ 56.50 ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีสถานภาพสมรสและหม้ายจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 43.50 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.20 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทำไร่ทำนา ร้อยละ 65.20 รายได้น้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.80 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.30 ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.90 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 87 และ ประวัติในครอบครัวไม่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.50

ส่วนในกลุ่มควบคุม จำนวน 23 คนเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.20 เพศหญิงร้อยละ 47.80 ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีสถานภาพหม้ายคิดเป็นร้อยละ 56.50 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.20 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทำไร่ทำนา ร้อยละ 87 รายได้น้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.50 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 ปีคิดเป็นร้อยละ 73.90 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 82.60 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 87 และ ประวัติในครอบครัวไม่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 73.90

2. การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในระยะก่อนทดลอง และ หลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

ค่าความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ค่าความดันโลหิตซีสโตลิค	162.96	6.99	147.35	9.09	10.09*	< 0.000
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิค	91.61	8.70	83.70	4.26	3.87*	< 0.000

*p < .05

จากตารางพบว่าคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p<.05)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนทดลอง และ หลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ด้านสุขภาพกาย	19.74	2.64	23.22	1.83	5.18*	< 0.000
ด้านจิตใจ	20.61	2.33	24.35	2.03	5.85*	< 0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.30	1.36	12.30	.82	5.37*	< 0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.52	2.99	31.74	3.91	517*	< 0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	87.78	9.90	97.91	5.49	4.26*	< 0.001

*p < .05

จากตารางพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p<.05)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ค่าความดันโลหิตซีสโตลิค	162.96	6.90	160.22	7.14	1.31	.19
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิค	91.61	8.70	90.96	8.37	.25	.79

*p < .05

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิต ทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ด้านสุขภาพกาย	19.74	2.64	19.96	2.36	.29	.77
ด้านจิตใจ	20.61	2.33	20.65	1.96	.06	.94
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.30	1.36	10.43	1.34	.32	.74
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.52	2.99	27	3.14	.52	.60
คุณภาพชีวิตโดยรวม	87.78	9.90	88.70	9.59	.31	.75

*p < .05

จากตารางพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการ

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ค่าความดันโลหิตซีสโตลิค	147.25	9.09	158.35	7.95	4.36*	< 0.000
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิค	83.70	4.26	91.57	4.05	6.41*	< 0.000

*p < .05

จากตารางพบว่าคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05) ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านสุขภาพกาย	26.30	1.97	23.22	1.83	5.58*	< 0.000
ด้านจิตใจ	24.35	2.03	21.52	1.03	5.92*	< 0.000
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.30	.82	9.91	.79	10.04*	< 0.000
ด้านสิ่งแวดล้อม	31.74	3.91	29.22	1.93	2.77*	< 0.009
คุณภาพชีวิตโดยรวม	97.91	5.49	94.43	5.08	2.23*	< 0.031

*p < .05

จากตารางพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p<.05)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลง จากก่อนทดลอง และ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p<.05) แสดงให้เห็นว่า กระบวนการชี้แนะช่วยเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ สม่ำเสมอ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล สอนฝึกปฏิบัติ การให้คำชี้แนะ สนับสนุนและให้ข้อมูลย้อนกลับ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะ และ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง ด้วยความชำนาญ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการชี้แนะที่ประกอบด้วย 1) การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และ การจัดการกับความเครียด เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2) กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะ สนับสนุน และ ให้ข้อมูลย้อนกลับ 3) นำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก 4) การประเมินผลการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนแนวทางโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองถึงปัญหา และ อุปสรรคที่เกิดขึ้น กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยและผู้ป่วยทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และ ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียร พรประยุทธ ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกรีฑากุล[20] ศึกษาผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และยืนยันได้ว่าจากการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับความดันโลหิต ลดลงจากก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$)[14]

การศึกษาต่อยอดใช้แผนการชี้แนะที่ใช้จากการศึกษาครั้งก่อนเมื่อมีการพัฒนาปรับระยะเวลาให้สั้นลงจาก 1,4,8,12 สัปดาห์ (4 ครั้ง) มาเป็น 1,4 สัปดาห์ (2 ครั้ง) ใช้การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์แทน และเพิ่มรูปแบบเอกสารเผยแพร่ความรู้ทางช่องทาง QR Code แม้จะผ่านไป 3 ปี เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ต้องมีการส่งยาไปที่โรงพยาบาส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และตามข้อเสนอแนะของการศึกษาวิจัยเดิม เพื่อดูความคงทนของโปรแกรม ให้มีการศึกษาวิจัยใหม่ในกลุ่มตัวอย่างเดิม ได้เห็นเชิงประจักษ์แล้วว่าแผนการชี้แนะที่ผู้วิจัยพัฒนาปรับระยะเวลาโปรแกรมช่วยทำให้ผู้ป่วยได้ค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง และตั้งเป้าหมายนำมาวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงตามความรู้และประสบการณ์เดิมของตนเอง อันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ และทำให้เห็นความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถวางแผนปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น พร้อมกับให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถ พัฒนาทักษะในการปฏิบัติ ตามศักยภาพของตนเองในสถานการณ์จริง ได้ถูกต้องมากขึ้น และเน้นปฏิบัติต่อเนื่อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมประเมินผล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รู้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมของตนนั้นบรรลุเป้าหมายหรือไม่ มีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ และมีการหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ส่วนใหญ่รูปแบบการสอนเป็นลักษณะการให้ข้อมูล คำแนะนำ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในปัญหาเฉพาะเรื่องที่กำลังมีปัญหา และจำเป็นต้องรู้เท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่อง เวลา บุคลากร จึงไม่สามารถวางแผนร่วมกับผู้ป่วยได้ และเมื่อผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ ก็ขาดการประเมินผลร่วมกัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการชี้แนะ และระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการชี้แนะ ชี้ให้เห็นชัดว่าแผนการชี้แนะนี้สามารถจัดบริการให้ประชาชนได้ และมีผลการดำเนินงานเกิดขึ้นจริง ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

ในการนำผลการวิจัยไปใช้ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติ จากผลการวิจัยพบว่าค่าความดันโลหิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ลดลงจากก่อนทดลอง และ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการได้รับแผนการชี้แนะช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นพบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง และได้เลือกแนวทางที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อตนเองมาปฏิบัติช่วยลดความดันโลหิตแก้ปัญหาความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือ โรคหลอดเลือดสมองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นบุคลากรด้านสาธารณสุขควรนำแผนการชี้แนะที่ผู้วิจัยศึกษาขึ้นไปให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว รวมถึงขยายผลในระดับชุมชนต่อไป

2. ด้านการบริหาร และวิชาการ ควรสนับสนุนงบประมาณ และ มีการจัดอบรมอบรม เรื่องการชี้แนะ (Coaching) และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำแนวคิดการชี้แนะไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการพัฒนางาน และปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ด้านการวิจัย พยาบาลหรือบุคลากรการแพทย์ที่สนใจ สามารถนำผลการศึกษาที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคไต ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Hypertention association of Thailand guideline in general practice 2012 [Internet]. 2015. [cited 2023 January 27]. Available from: Sukviwatsirikul/2558-55823263.
2. World Health Organization. A global brief on hypertension. [Internet]. 2013. [cited 2023 January 27]. Available from: http://www.Ish-world.com /downloads/pdf/ global_brief_hypertension.
3. Andrea Shalal. Aging population to hit U.S. economy like a ton of bricks-U.S.commerce secretary. [Internet]. 2021. [cited 2023 January 27]. Available from: https://www.reuters.com/world/us/aging-population-hit-us-economy-like-ton-bricks-us-commerce-secretary-2021-07-12/.
4. วินิตย์ หลงละเลิง. Nurse Literacy Hypertention in OPD. พ.ศ.2564. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จากจาก: http://www.hospital.tu.ac.th/ndtuh/upload/ addsome/ files/2022032410121511.pdf
5. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แนะประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. พ.ศ. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php.news.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2544-2555. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จากจาก: http://www. Thaincd. Com/information-statistic/non-communicable-disease-data.
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป(ฉบับปรุงปรุง พ.ศ. 2558). [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จากจาก: http://www. Thaihypertension.org.
8. ณัฐดนัย สดคมขำ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพคุณภาพชีวิต 2565;2(2):25-36.
9. Sritirakul S, Nuntawan C, Thrakul S, Bullangpo P, Paonibol U. Factors related to the failure of controlling hypertension. Journal Public Health 1999; 29(1): 49-58.
10. นพาภรณ์ จันทร์ศรี กนกพร นทีธนสมบัติ และ ทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. พ.ศ. 2564; [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ph02.tci-thaijo.org.
11. สุดฤทัย รัตนโอภาส. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร. วารสารอยุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;3(4):59.
12. ประกาศสภาการพยาบาล. ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พ.ศ.2552. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th.
13. Spross JA. Expert Coaching and Guidance. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Advanced practice nursing: an integrative approach. Philadelphia: Elsevier; 2009
14. จำเนียร พรประยุทธ ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ และ สมสมัย รัตนากรีฑากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560 ; 2(4): 60-69.

15. ภูรดา ยังวิลัย. การเปรียบเทียบผลของการชี้แนะและการสอนสุขศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(2): 41.
16. Polit DF. Beck CT. Nursing Research:Gernerating and Assessing vidence for Nursing Practice.(8th ed). Philadephia:Lippincott; 2008.
17. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York: Routledge Academic; 1988.
18. Haas SA. Coaching: Developing key players. Journal of Nursing Administration. 1992; 22(6): 54-58.
19. อนัญญา มานิตย์. การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์ มหาราช จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5(2):131.
20. จำเนียร พรประยุทธ. ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ. และ สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 .วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560;25(4):60-69.