

การพัฒนาแบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลหนองพอก

The Development of a Motivational Model for Self-Care in Hypertension Prevention among At-Risk Groups at Nong Phok Hospital

กัญญาณัท ศักดิ์วิวงศ์* พิราวรณ อินทไชย**

Kanyanat Sakdiwong, Phirawan Intachai

Corresponding author: E-mail; yuuii_7329@hotmail.com

(Received: March 4, 2025; Revised: March 12, 2025; Accepted: April 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา สร้างรูปแบบและทดลองใช้ และประเมินรูปแบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลหนองพอก

รูปแบบการวิจัย : กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 485 คน กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 41 คน รวม 82 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - ธันวาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตั้งแต่ 0.70-0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : (1) สถานการณ์ปัญหา พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ไม่เพียงพอ พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัด แรงจูงใจที่ต่ำ และการสนับสนุนจากสังคมที่ยังไม่เอื้อต่อการป้องกันโรค ดังนั้น การแก้ไขปัญหาควรดำเนินการแบบองค์รวม โดยให้ความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) กระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลตนเองนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก 3) การเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง 4) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ และ 5) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และ (3) หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.18 คะแนน (95%CI: 1.96, 2.40)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ไม่เพียงพอ พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และขาดการสนับสนุนจากสังคม ดังนั้น การให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้คะแนนการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การสร้างแรงจูงใจ; การดูแลตนเอง; โรคความดันโลหิตสูง

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To investigate the problem context, develop and pilot-test a motivation-building model for self-care to prevent hypertension among high-risk individuals, and evaluate the model's effectiveness at Nong Phok Hospital.

Study Design : Research and Development (R&D) approach.

Materials and Methods : In Phase 1, the study sample comprised 485 individuals at risk of hypertension. In Phase 2, the participants were divided into an experimental group (n=41) and a control group (n=41), totaling 82 participants. The study was conducted from October 2023 to December 2024. Data were collected using a questionnaire with a reliability coefficient (Cronbach's Alpha) ranging from 0.70 to 0.82. Data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and an independent t-test, with a statistical significance level of 95% confidence interval.

Main findings : (1) The situational analysis revealed that at-risk individuals had insufficient knowledge, inappropriate health behaviors, limited access to healthcare services, low motivation, and inadequate social support. Addressing these issues requires a holistic approach, including providing accurate knowledge, promoting healthy behaviors, improving healthcare accessibility, and fostering a supportive environment to enhance self-care and prevent hypertension effectively. (2) The self-care model consists of five key steps: Screening and risk assessment, Health education and awareness-building, Enhancing self-care skills, Monitoring and evaluating health behaviors, and Family and community support. and (3) After implementing the model, the experimental group showed a significantly higher mean self-care score than the control group ($p < .001$), with an increase of 2.18 points (95% CI: 1.96, 2.40).

Conclusion and Recommendations : The findings indicate that at-risk individuals lack adequate knowledge, exhibit unhealthy behaviors, and receive insufficient social support. Therefore, providing health education, enhancing self-care skills, improving healthcare accessibility, and strengthening family and community support contribute to improved self-care behaviors for hypertension prevention.

Keywords : Motivation enhancement; Self-care; Hypertension

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เผยแพร่รายงานฉบับแรกเกี่ยวกับผลกระทบร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูงตลอดจนข้อเสนอแนะในการขาดการเจ็บนี้ รายงานระบุว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ใน 5 รายไม่ได้รับการดูแลรักษาเพียงพอ¹ แต่หากประเทศต่างๆ สามารถยกระดับความครอบคลุมของการรักษา เราจะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของประชากรได้ถึงจำนวน 76 ล้านราย ในช่วงปี พ.ศ. 2573-2593 วัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คนทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงที่พบได้ทั่วไปแต่อันตรายถึงชีวิตนี้ นำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่านั้น หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นประจำ) เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2533 และ 2562 จาก 650 ล้านราย เป็น 1.3 พันล้านราย เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วโลก² ไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของคน และมากกว่าสามในสี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง อายุที่มากขึ้น และกรรมพันธุ์อาจเพิ่มความเสี่ยงของการมีความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การไม่ขยับเขยื้อนเคลื่อนไหว และการดื่มแอลกอฮอล์ ในปริมาณมากเกินไป สามารถเพิ่มความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงได้³

เช่นเดียวกับข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการบาดเจ็บของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2560 ในส่วนของการบริโภคเกลือ คนไทยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดว่า สิ่งที่ทำให้ความเค็มหรือเกลือโซเดียมมีอยู่ในเกลือและน้ำปลาเท่านั้น ซึ่งปัจจุบันมีเครื่องปรุงรส เช่น ซอส ผงปรุงรส ผงชูรส รวมถึงอาหารกึ่งสำเร็จรูปต่างๆ เช่น บะหมี่ - โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ขนมกรุบกรอบ ล้วนมีสารให้ความเค็ม (เกลือโซเดียม) เป็นส่วนประกอบ ล่าสุดพบคนไทยบริโภคเกลือโซเดียมเฉลี่ย 4,351.7 มิลลิกรัมต่อวัน หรือกว่า 2 ช้อนชา เกินกว่ามาตรฐาน

ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ 2,000 มิลลิกรัม หรือ 1 ช้อนชาต่อวัน และกลุ่มอายุ 35 - 59 ปี เป็นกลุ่มอายุที่กินเค็มมากที่สุด โดยการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสี่ยง อันดับ 2 ที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งโรคดังกล่าวป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคลดหวาน มัน เค็ม จากข้อมูลการสำรวจปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารด้วยเครื่องวัดปริมาณโซเดียม (Salt meter) ของอำเภอหนองพอก เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2567 พบว่า อาหารที่สุ่มตรวจในตำบลหนองพอก และตำบลรอบเมือง มีปริมาณโซเดียมในอาหารระดับเค็มมาก สูงถึงร้อยละ 85 สูงเป็นลำดับที่ 1 ของอำเภอ และลำดับที่ 5 ของจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และมีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.59 ในปี พ.ศ.2566 เป็นร้อยละ 15.42 ในปี พ.ศ.2567 ตามลำดับ⁴

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทยเกิดจาก 3 สาเหตุ สาเหตุแรก คือ มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.0 (คิดเป็นประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอาจเคยได้รับการวัดความดันโลหิตมาก่อนแล้ว เนื่องจากผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตและได้รับแจ้งว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะไม่มีอาการและไม่มั่นใจในระบบและความถูกต้องแม่นยำของการวัดความดันโลหิตตลอดจนขาดความเข้าใจถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นตามปกติจากการวัดความดันโลหิตอย่างไรก็ตาม การขาดความเอาใจใส่ในการใช้อุปกรณ์และในวิธีการวัดความดันโลหิตให้ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะมาติดตามเพื่อรักษาหรือเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง สาเหตุที่ 2 มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง

ร้อยละ 6.0 (คิดเป็นประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ทราบและตระหนักแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบายและสร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ปลอบใจผู้ป่วยอาศัยข้อมูลจากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี ตามวิธีการที่ถูกต้องของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และสาเหตุที่ 3 การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลาเนาที่อยู่ห่างไกลระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยาที่ไม่ดีคุณภาพ หรือ อุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการละเลยของทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ก็เป็นสาเหตุที่มีความสำคัญไม่น้อย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษาคือ การที่แพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของตนเอง ดังนั้น เมื่อรู้สึกสบายดีอยู่แล้ว ก็มักจะไม่เรียกร้องให้แพทย์ได้ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด⁵

การเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น การเลิกบุหรี่และการมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น สามารถลดความดันโลหิตได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตรวจพบตั้งแต่แรกเริ่ม และดูแลควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพเป็นมาตรการที่คุ้มค่าที่สุดในการให้บริการสุขภาพ และควรได้รับความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ

และควรเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่มีในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของการพัฒนาประสิทธิภาพในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นนี้มากกว่าค่าใช้จ่ายถึงประมาณ 18 เท่า อย่างไรก็ตามเราสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยด้วยการใช้ยาสามัญและราคาไม่สูง แต่กลับมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 รายที่สามารถควบคุมความดันได้” องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า “แผนงานการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงยังคงถูกละเลย ไม่ได้รับความสำคัญและโดยมากขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนต่อเนื่อง การเสริมสร้างการควบคุมความดันโลหิตสูงควรจะเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางสู่ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละประเทศ โดยมีพื้นฐานมาจากระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมและยืดหยุ่นได้ ตลอดจนต่อยอดมาจากบริการสุขภาพปฐมภูมิ”⁵

รายงานนี้ได้รับการเผยแพร่ครั้งแรกในที่ประชุมสมัชชาใหญ่องค์การสหประชาชาติครั้งที่ 78 ซึ่งกล่าวถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่รวมถึงเป้าหมายด้านสุขภาพในการเตรียมความพร้อมรับมือและตอบสนองกับโรคระบาด การยุติวัณโรค และการบรรลุเป้าหมายประกันสุขภาพถ้วนหน้า การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการยกระดับให้ดีขึ้นจะเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตสูงจนถึงระดับที่พบได้ในประเทศที่ประสิทธิภาพการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง จะสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ถึง 76 ล้านราย ป้องกันอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 120 ล้านครั้ง ป้องกันหัวใจวาย 79 ล้านครั้ง และป้องกันหัวใจล้มเหลวได้ถึง 17 ล้านครั้งในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2593⁶

“เราสามารถป้องกันการเกิดหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยยาที่มีราคาไม่แพง ปลอดภัย และเข้าถึงได้ ตลอดจนการใช้มาตรการอื่น ๆ เช่น การลดการบริโภคโซเดียม องค์การอนามัยโลกด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บกล่าวว่า “การรักษาโรคความดันโลหิตสูงผ่าน

ทางหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ในขณะเดียวกันก็ประหยัดงบประมาณกว่าหลายพันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี” โรคความดันโลหิตสูงรักษาได้โดยง่ายด้วยการใช้ยาที่ปลอดภัย มีแพร่หลายและราคาตกภายใต้แผนงาน เช่น โครงการ HEARTS แนวทาง HEARTS ขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและแนวทางปฏิบัติด้านเภสัชวิทยา สำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนำเสนอแนวทางที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปใช้ได้จริงเพื่อจัดบริการดูแลผู้ป่วยในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพในระดับประเทศเป็นสิ่งที่สามารถดำเนินการได้ได้ไม่ว่าประเทศจะมีรายได้อยู่ในระดับใด ประเทศรายได้ปานกลางกว่า 40 ประเทศ อาทิ บังกลาเทศ ติมอร์ เลสเต และศรีลังกา ได้เสริมสร้างการให้บริการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยแนวทาง HEARTS และมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกว่า 17 ล้านรายเข้าสู่การรักษา นอกจากนั้นประเทศ เช่น แคนาดาและเกาหลีใต้มีโครงการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในระดับประเทศที่ครอบคลุมและทั้งสองประเทศได้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50.0 ของการควบคุมความดันโลหิตในผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงได้ แผนงานควบคุมความดันโลหิตสูงในระดับประเทศที่มีความยั่งยืนและมีการดำเนินงานเป็นระบบ จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิต และจะทำให้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจวายลดน้อยลง และผู้ป่วยจะอายุยืนและมีสุขภาพดีขึ้นด้วย⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการบริโภคโซเดียมสูงเกินมาตรฐานและการกินเค็มของประชาชนส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเป็นสาเหตุการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคโซเดียมที่ไม่เหมาะสมอย่างจริงจัง จะสามารถป้องกันและยืดระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงออกไปได้ถึงร้อยละ 50 ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง

โรงพยาบาลหนองพอกเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมในตำบลหนองพอกและตำบลรอบเมือง อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด และได้ประสิทธิผลสูงสุด โดยการดำเนินงานขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา สร้างรูปแบบและทดลองใช้และประเมินรูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลหนองพอก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา สร้างรูปแบบ และประเมินรูปแบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองพอกโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - ธันวาคม 2567 จำนวน 13 เดือน การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลหนองพอก

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตในช่วง 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอทที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีร่างกายปกติ ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น บาดเจ็บที่กระดูกและข้อ มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1,039 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยคำนวณโดยใช้

ตาราง Krejci and Morgan⁷ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 485 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ในตำบลหนองพอกและตำบลอรบเมือง แล้วสุ่มในแต่ละตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ตามทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีค่า BP>120/80-139/89 mmHg เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อายุ 35-59 ปี
 - 2) สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัย ตลอดระยะเวลา 1 เดือน
 - 3) เป็นประชากรที่อยู่จริงในพื้นที่ไม่ย้ายที่อยู่บ่อย
 - 4) ไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคไต หัวใจ ไขมันอุดตันในเส้นเลือด
 - 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ
- เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) พิกัด เสียชีวิตในระหว่างการทำวิจัย 2) มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตในระหว่างวิจัย และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของดวงพร พิกุลทอง⁸ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยงในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ และระดับการศึกษาสูงสุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 14 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 12 ข้อ ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค จำนวน 17 ข้อ และ ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11 ข้อ แล้วนำคะแนนมาแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม⁹ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกังสตาล หาญไพบุลย์¹⁰ ตามแนวคิดของ House¹¹ หมายถึง แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด รวมทั้งแพทย์และพยาบาลในการดูแลสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเกิดแรงผลักดัน เห็นคุณค่าในตัวเอง มีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยมีคำถาม 8 ข้อ ครอบคลุมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากรลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แล้วนำคะแนนมาแปลผลคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด/3) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การควบคุมการสูบบุหรี่ และการควบคุมการดื่มสุรา วัดโดยใช้การประเมินตามแบบสอบถามของอุไรพร คล้าฉิม¹² มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการควบคุมน้ำหนัก 3 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด 5 ข้อ ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ 1 ข้อ และด้านการควบคุมการดื่มสุรา 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การแปลผลรายรวมของแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 6 ด้าน แบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม⁹ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.70 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 0.71 ความคาดหวัง

ถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเท่ากับ 0.77 ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค เท่ากับ 0.70 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากโรงพยาบาลหนองพอกถึงผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองพอกและตำบลรอบเมืองโดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล การทดสอบเครื่องมือในการทำวิจัย ดำเนินการหลังจากได้รับหนังสือรับรองผลการพิจารณาโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือพร้อมทั้งโครงร่างและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการกองสาธารณสุขประจำตำบลในเขตพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ติดต่อนัดหมายเข้าพบเจ้าหน้าที่ประจำผู้อำนวยการกองสาธารณสุขประจำตำบลในเขตพื้นที่เป้าหมาย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์รายชื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากเวชระเบียนจำนวน 30 ราย

2) นัดพบกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ ลงพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกเพื่อทำการเก็บข้อมูล

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลแจ้งสิทธิของผู้ถูกวิจัย

ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยร่วมกับใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดและชัดเจน

4) นำแบบสอบถามที่ได้จาก 1) มาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุง หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลจริงในขั้นตอนในข้อที่ 2 ต่อไป

2. การวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจาก การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 หมู่บ้าน ต้องลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นผู้เชี่ยวชาญในเขตพื้นที่เป้าหมาย โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือในการแจกแบบสอบถามและให้ความกระจ่างในการตอบแบบสอบถามในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจในแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการจัดทำวิจัย วัตถุประสงค์ของคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม เพื่อให้อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ทราบและมีความเข้าใจอย่างถูกต้องและชัดเจนเพื่อแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำในกรณีผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจ ทั้งนี้จะเน้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้วิจารณญาณของตนเอง

3. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 1 เดือน โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่แผนกงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่กำหนดแล้วบันทึกรายชื่อไว้

2) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ และลงพื้นที่ในสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พิทักษ์สิทธิของ

กลุ่มตัวอย่างโดยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ สิทธิในการตอบและปฏิเสธในการตอบแบบสอบถามของผู้ถูกวิจัยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยร่วมกับใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดและชัดเจน

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม หากพบคำตอบขาดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธได้หากไม่ประสงค์ที่จะตอบคำถาม

5) นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA 13.0

6) สำหรับครัวเรือนที่ไปแล้วไม่พบกลุ่มตัวอย่างจะไปเก็บข้อมูลในวันถัดไป ถ้าไปครั้งที่ 2 แล้วไม่พบจะตัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างและเลือกสุ่มอย่างเป็นระบบใหม่จากทะเบียนรายชื่อสถานบริการสุขภาพตามพื้นที่ที่ศึกษา

7) กรณีที่พบกลุ่มตัวอย่างไม่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ มีระดับความดันโลหิตในระดับสูงจะคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างและเลือกสุ่มอย่างเป็นระบบใหม่จากทะเบียนรายชื่อสถานบริการสุขภาพตามพื้นที่ที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำคะแนนที่ได้มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA 13.0 ดำเนินการวิเคราะห์ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปีโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการแจกแจงความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของการมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการแจกแจงความถี่ ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดของข้อมูล

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลหนองพอก เป็นการสร้างและทดลองใช้รูปแบบฯ ซึ่งมีรายละเอียด แต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers¹³ และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp¹⁴ เพื่อประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Vulnerability) การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self-Efficacy) ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีกิจกรรม 4 ด้านคือด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (Participation in Routine Care) ด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Participation in Technical Care) ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้วิจัย (Participation in Information Sharing) และด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล (Participation in Decision Making)

ขั้นที่ 2 นำรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

ที่เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา ในระยะที่ 1 จำนวน 485 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เข้าร่วมวิจัย (Participants) คัดเลือกจากกลุ่มเสี่ยงที่ยินดีและให้ร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยมีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน ที่มีบทบาทในการดูแลกลุ่มเสี่ยงสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power จากงานวิจัยของ แรมจันทร์ ทรงทอง และคณะ¹⁵ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ค่าพารามิเตอร์ ดังนี้ tests - Means: Difference between

two independent means (two groups) Analysis: A priori: Compute required sample size Input: Tail(s)=One Effect size $d=0.9902031$ α err prob=0.05 Power (1- β err prob= 0.95 Allocation ratio $N2/N1=1$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 46 คน ผู้วิจัยได้คำนวณ Drop out 20% ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 71.87 ประมาณ 82 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ
1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลหนองพอก ประกอบด้วยแผนกิจกรรม 16 สัปดาห์: การสร้างแรงจูงใจเพื่อการดูแลตนเองป้องกันโรคความดันโลหิตสูงครอบคลุมกิจกรรม 4 ด้าน

ตารางที่ 1 แผนการจัดกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง

การดูแลกิจวัตรประจำวัน (Routine Care)	
กิจกรรม	การดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน กลุ่มเสี่ยงจะได้รับการสนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนรูปแบบการกินอาหารลดการบริโภคโซเดียม เพิ่มการออกกำลังกาย และปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ช่วยลดความเครียด ในช่วงแรกของโครงการ จะมีการแจก สมุดบันทึกสุขภาพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งมีกิจกรรม เช่น “30 วันเปลี่ยนพฤติกรรม” ที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมค่อยๆ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรม “เดิน 10,000 ก้าว” เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Participation in Technical Care)	
กิจกรรม	การมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้นในโครงการนี้จะมีการจัด อบรมความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และสอนทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตของตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีเวิร์กช็อปด้านโภชนาการ เช่น การปรุงอาหารสุขภาพ โดยเน้นเมนูที่ช่วยลดโซเดียม พร้อมทั้งกิจกรรมฝึกหายใจลึกและโยคะเพื่อช่วยลดความเครียด อีกทั้งยังมีการใช้

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การดูแลกิจวัตรประจำวัน (Routine Care)	
	แอปพลิเคชันสุขภาพเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถติดตามข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing)	
กิจกรรม	การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมและทีมวิจัยเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ในโครงการนี้จะมีการจัดตั้งกลุ่มสนทนาออนไลน์ (Line/Facebook) เพื่อให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรม “Q&A กับแพทย์” ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพได้โดยตรง อีกทั้งยังมีการแชร์ประสบการณ์การดูแลสุขภาพจากผู้ประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับกลุ่มเสี่ยง
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล (Participation in Decision Making)	
กิจกรรม	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ ในโครงการนี้ ผู้เข้าร่วมจะได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง เช่น การวางแผน การลดน้ำหนัก การเลือกเมนูอาหารสุขภาพ และการวางแผนออกกำลังกายที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังมีการปรับแผนสุขภาพเป็นระยะตามข้อมูลที่ได้รับจากการติดตามผล เช่น หากพบว่าผู้เข้าร่วมมีความดันโลหิตที่ยังไม่ดีขึ้น อาจมีการปรับแผนการกินอาหารหรือการออกกำลังกายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยอาศัยการปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
การดำเนินกิจกรรม 16 สัปดาห์	
	โครงการจะดำเนินต่อเนื่องเป็นเวลา 16 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแต่ละด้านจะถูกจัดขึ้นเป็นรายสัปดาห์ เช่น
สัปดาห์ที่ 1-4	การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการตั้งเป้าหมายสุขภาพ
สัปดาห์ที่ 5-8	เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย
สัปดาห์ที่ 9-12	การประเมินผลและปรับแผนสุขภาพ
สัปดาห์ที่ 13-16	เน้นการสร้างแรงจูงใจต่อเนื่องและการวางแผนดูแลสุขภาพหลังจบโครงการ
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ข้อมูลก่อนการทดลองจากการเก็บข้อมูลระยะที่ 1	และเก็บข้อมูลหลังการทดลองอีกครั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมเป็นสำคัญ ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติและรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2565 หมายเลข ใบรับรอง COE 1822565 และ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 หมายเลขใบรับรอง COE 1922566 ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยมีอิสระ ในการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมที่จะเข้าร่วม

โครงการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม และพร้อมที่จะ ยกเลิกทันทีเมื่อผู้ร่วมวิจัยไม่พร้อมหรือไม่ยินยอม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง

1) ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 485 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 280 คน (57.7%) อายุเฉลี่ย 49.5 ปี (SD.=6.40) และจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา จำนวน 285 คน (58.8%) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากร (n = 485)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	205(42.3)
	หญิง	280(57.7)
อายุ (ปี)	Mean(SD.)	49.8(6.40)
	Min(Max)	35.0(59.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	285(58.8)
	มัธยมศึกษา	142(29.3)
	ปริญญาตรี/สูงกว่า	58(11.9)

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรค และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า จากการศึกษาในระดับแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค พบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ (64.3%) โดยมีค่าเฉลี่ย 41.87 (SD. = 12.07) คะแนน ส่วนระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (53.2%) มีการรับรู้ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 38.3 (SD. = 10.35) คะแนน สำหรับระดับ

ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังอยู่ในระดับต่ำ (44.3%) และระดับปานกลาง (37.1%) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย 56.39 (SD. = 12.44) คะแนน ขณะที่ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พบว่าร้อยละ 46.4 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 33.0 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 35.47 (SD. = 21.39) คะแนน นอกจากนี้ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าร้อยละ 58.8 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ย 21.39 (SD. = 6.51) คะแนน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

ความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (78.6%) มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 29.85 (SD. = 6.21) คะแนน จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการรับรู้

เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรครยังอยู่ในระดับต่ำ จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค

แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค	จำนวน(%)
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค	
ระดับต่ำ (0-42 คะแนน)	312(64.3)
ระดับปานกลาง (43-55 คะแนน)	103(21.2)
ระดับสูง (56-70 คะแนน)	70(14.4)
Mean(SD.)	41.87(12.07)
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	
ระดับต่ำ (0-36 คะแนน)	258(53.2)
ระดับปานกลาง (37-47 คะแนน)	141(29.1)
ระดับสูง (48-60 คะแนน)	86(17.7)
Mean(SD.)	38.3(10.35)
ระดับความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันการเกิด	
ระดับต่ำ (0-51 คะแนน)	215(44.3)
ระดับปานกลาง (52-67 คะแนน)	188(37.1)
ระดับสูง (68-85 คะแนน)	90(18.6)
Mean(SD.)	56.39(12.44)
ระดับความคาดหวังความสามารถของตนเอง	
ระดับต่ำ (0-33 คะแนน)	225(46.4)
ระดับปานกลาง (34-43 คะแนน)	160(33.0)
ระดับสูง (44-55 คะแนน)	100(20.6)
Mean(SD.)	35.47(21.39)
ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	
ระดับต่ำ (8-14 คะแนน)	60(12.4)
ระดับปานกลาง (15-23 คะแนน)	285(58.8)
ระดับสูง (23-32 คะแนน)	140(28.9)
Mean(SD.)	21.39(6.51)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค	จำนวน(%)
ระดับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	
ระดับต่ำ (8-14 คะแนน)	381(78.6)
ระดับปานกลาง (15-23 คะแนน)	100(20.6)
ระดับสูง (23-32 คะแนน)	4(0.8)
Mean(SD.)	29.85(6.21)

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการสร้างแรงจูงใจ สำหรับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลหนองพอก

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคนี้นจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง

(1) หลักการของรูปแบบ หลักการของรูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และการดูแลตนเอง (Self-care) ภายใต้กรอบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการให้ความรู้ กระตุ้นแรงจูงใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

(2) วัตถุประสงค์ รูปแบบนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้บุคคลในกลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด และการติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

(3) กระบวนการของรูปแบบ กระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลตนเองนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยใช้เกณฑ์สุขภาพ 2) การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และ

แนวทางป้องกัน 3) การเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง การฝึกอบรมเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และเทคนิคการผ่อนคลาย 4) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้คำแนะนำเพิ่มเติม และ 5) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในการสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ

(4) การประเมินผลของรูปแบบ การประเมินผลรูปแบบนี้จะพิจารณาจากตัวชี้วัดหลายด้าน ได้แก่ ระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดการบริโภคโซเดียม การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมต่อรูปแบบการดูแลตนเอง

(5) เงื่อนไขการนำไปใช้ เงื่อนไขสำคัญในการนำรูปแบบนี้ไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีทีมสุขภาพที่มีความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำ และสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง การมีทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น สื่อการเรียนรู้ โปรแกรมติดตามสุขภาพ และกิจกรรมสนับสนุนในชุมชน และการบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับแผนงานด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงมุ่งเน้นที่การสร้างความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น

กระบวนการดำเนินงานครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามผล และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การประเมินผลจะพิจารณาจากความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและค่าทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงต้องมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ชุมชน และแผนงานที่เกี่ยวข้อง

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง หลังการพัฒนาระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.18 คะแนน (95%CI: 1.96, 2.40)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้านพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 2.16 คะแนน (95%CI: 1.89, 2.42) ; กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงหลังการพัฒนา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
กลุ่มทดลอง	4.51(0.49)	2.16(0.13)	1.89, 2.42	<.001
กลุ่มควบคุม	2.34(0.69)			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค				
กลุ่มทดลอง	4.45(0.60)	2.15(0.13)	1.88, 2.41	<.001
กลุ่มควบคุม	2.30(0.60)			
ความคาดหวังต่อผลของพฤติกรรมป้องกัน				
กลุ่มทดลอง	4.55(0.40)	2.32(0.12)	2.07, 2.57	<.001
กลุ่มควบคุม	2.33(0.69)			

โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 2.15 คะแนน (95%CI: 1.88, 2.41) ; กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลของพฤติกรรมป้องกันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลของพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น 2.32 คะแนน (95%CI: 2.07, 2.57); กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น 2.03 คะแนน (95%CI: 1.69, 2.36); กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 2.19 คะแนน (95%CI: 1.86, 2.52) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 1.98 คะแนน (95%CI: 1.71, 2.56) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
ความคาดหวังความสามารถของตนเอง				
กลุ่มทดลอง	4.35(0.78)	2.03(0.17)	1.69, 2.36	<.001
กลุ่มควบคุม	2.32(0.75)			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
กลุ่มทดลอง	4.52(0.63)	2.19(0.16)	1.86, 2.52	<.001
กลุ่มควบคุม	2.32(0.85)			
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง				
กลุ่มทดลอง	4.30(0.63)	1.98(0.13)	1.71, 2.56	<.001
กลุ่มควบคุม	2.31(0.60)			
โดยรวม				
กลุ่มทดลอง	4.48(0.39)	2.18(0.11)	1.96, 2.40	<.001
กลุ่มควบคุม	2.30(0.58)			

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานการณ์ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเผชิญอุปสรรค 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ไม่เพียงพอ พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด แรงจูงใจต่ำ และขาดการสนับสนุนทางสังคมจากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยจำนวนมากที่สะท้อนปัญหา ความรู้ไม่เพียงพอ พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด แรงจูงใจต่ำ และขาดการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านหลายเรื่อง เช่น งานวิจัยของ Aekplakorn et al.¹⁶ ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 60% ไม่ทราบค่าความดันโลหิตปกติ และไม่เข้าใจผลกระทบของการบริโภคเกลือเกินมาตรฐาน การศึกษาของ Li et al.¹⁷ ในประเทศจีนชี้ว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น กินอาหารรสเค็มและไม่ออกกำลังกาย มีความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ปรับพฤติกรรมงานวิจัยในพื้นที่ท่าไกลของบราซิลโดย Machado et al.¹⁸ รายงานว่า 45.0% ของกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถตรวจความดัน

โลหิตเป็นประจำ เนื่องจากขาดสถานบริการในพื้นที่และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การศึกษาของ Fukuoka et al.¹⁹ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่ขาดแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีอัตราการละเลยการตรวจสุขภาพสูงถึง 70% แม้จะทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและงานวิจัยเชิงคุณภาพโดย Dickson e tal.²⁰ ในชุมชนแอฟริกัน-อเมริกัน ชี้ให้เห็นว่า วัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงและการขาดแบบอย่างด้านสุขภาพจากผู้นำชุมชน เป็นปัจจัยขัดขวางการปรับพฤติกรรม

2. กระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลตนเองนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก 3) การเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง 4) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ และ 5) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสอดคล้องกับ Khalil & Abdalrahim²¹ เกี่ยวกับโปรแกรมให้ความรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ชี้ว่า การใช้สื่อเข้าใจง่ายและกิจกรรมเชิงโต้ตอบช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักเรื่องการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ;

Williams & French²² ยืนยันว่า การฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skills) เช่น การบันทึกค่าความดันโลหิตและวางแผนเมนูอาหาร ช่วยเพิ่มความมั่นใจและปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และการทดลองทางคลินิกโดย Margolis et al.²³ พบว่าการใช้แอปพลิเคชันติดตามพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการให้คำแนะนำรายสัปดาห์ ช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามเป้าหมายสุขภาพได้ถึง 45.0% และงานวิจัยของ Holt-Lunstad et al.²⁴ ชี้ให้เห็นว่า โครงการที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การปรุงอาหารลดเกลือร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น 25.0%

3. ผลครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งค้นพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bosworth et al.²⁶ ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการติดตามความดันโลหิตที่บ้านร่วมกับการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.3 คะแนน (95% CI: 2.0–2.6) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ; การทดลองของ Margolis et al.²³ การใช้ระบบ Telemonitoring (การตรวจวัดความดันโลหิตทางไกล) ร่วมกับการสนับสนุนจากเภสัชกร ช่วยเพิ่มคะแนนการปฏิบัติตามคำแนะนำในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 2.1 คะแนน (95% CI: 1.8–2.4) ภายใน 12 สัปดาห์ ($p < .001$) ดัชนีวิจัยของ Williams & French²² ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ผ่านการฝึกทักษะการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.15 คะแนน (95% CI: 1.92–2.38) หลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน

($p < 0.001$) เช่นเดียวกับ Khalil & Abdalrahim²¹ ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ช่วยเพิ่มคะแนนความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มทดลอง เฉลี่ย 2.2 คะแนน (95% CI: 1.95–2.45) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) และการทดลองของ Clark et al.²⁷ ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองโดยพยาบาลเฉพาะทาง (Nurse-Led Intervention) ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.25 คะแนน (95% CI: 2.01–2.49) หลังติดตามผล 3 เดือน ($p < .001$)

การที่ผลการวิจัยปราศจากนี้อาจเนื่องมาจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ทฤษฎีนี้ชี้ว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค และ ประโยชน์ของการป้องกันร่วมกับความเชื่อในความสามารถของตนเอง²⁸ หากกลุ่มเสี่ยงไม่รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือมองไม่เห็นประโยชน์ของการลดเค็ม/ ออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพก็จะไม่เปลี่ยนแปลง งานวิจัยของ Khalil et al.²¹ พบว่า การให้ความรู้ผ่าน HBM ช่วยเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงได้ 35.0% และทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior: TPB) TPB อธิบายว่าแรงจูงใจ เกิดจาก 3 ปัจจัย คือทัศนคติต่อพฤติกรรม (เช่น เชื่อว่าการออกกำลังกายดีต่อสุขภาพ) ปทัสถานทางสังคม (การรับรู้ว่าสังคมรอบข้างคาดหวังพฤติกรรมนั้น) การควบคุมพฤติกรรมที่รับรู้ได้ (ความเชื่อว่าจะตนเองสามารถทำได้) ดังผลการวิจัยของ Guan et al.²⁹ ยืนยันว่า การใช้ TPB ในการออกแบบโปรแกรมลดความดันโลหิต ช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงปรับพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทำนองเดียวกันทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen's Behavioral Model) ทฤษฎีนี้ได้ระบุว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับ ปัจจัยเอื้อ (เช่น ความใกล้ชิดสถานบริการ ค่าใช้จ่าย) ปัจจัยจำเป็น (เช่น ความรุนแรงของอาการ) ดัชนีศึกษาในชุมชนไทยโดย Srithamrongsawat et al.³⁰ พบว่าการจัดตั้งคลินิกความดันโลหิตเคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล

ช่วยลดอัตราผู้ไม่เข้าถึงบริการได้ 50.0% สอดคล้องกับ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) การสนับสนุนจากสังคมนรอบข้าง (ครอบครัว เพื่อน ชุมชน) ช่วยสร้างแรงจูงใจและลดความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการ ควบคุมความดันโลหิต ดังงานวิจัยของ Holt-Lunstad et al.²⁴ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีเครือข่ายสังคมแข็งแรงมีความเสี่ยงความดัน โลหิตสูงลดลง 20.0% เทียบกับผู้ที่ขาดการสนับสนุนและ แบบจำลองระบบนิเวศทางสังคม (Socio-Ecological Model) แบบจำลองนี้เสนอให้แก้ปัญหาสุขภาพแบบองค์ รวม 4 ระดับ คือ บุคคล (ให้ความรู้)ความสัมพันธ์ (สร้างเครือข่ายสนับสนุน) ชุมชน (ปรับสภาพแวดล้อมให้ เอื้อต่อสุขภาพ) นโยบาย (ขยายบริการสุขภาพ) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Sacks et al.³¹ พบว่า การใช้แบบจำลองนี้ ในโครงการชุมชนปลอดโรคลดอัตราความดันโลหิตสูงได้ 25.0% ภายใน 2 ปี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ได้แก่ 1) ควรดำเนินการมาตรการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สื่อ ที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้ 2) ควรส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และ การลดปัจจัยเสี่ยง ด้วยโปรแกรมที่ปรับให้เหมาะกับวิถีชีวิต ของกลุ่มเป้าหมาย 3) ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ สุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัด ด้านทรัพยากร และ 4) ควรสนับสนุนให้ครอบครัวและ ชุมชนมีบทบาทในการช่วยเหลือและกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยง ดูแลสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

ได้แก่ 1) ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงในระยะยาว เพื่อพัฒนา แนวทางการดูแลที่ยั่งยืน 2) ควรเปรียบเทียบผลลัพธ์ ของรูปแบบการดูแลตนเองในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ในเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับ แต่ละพื้นที่ 3) ควรศึกษาการนำเทคโนโลยีหรือแอปพลิเคชัน มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ

โรคความดันโลหิตสูง และ 4) ควรศึกษาความคุ้มค่า ทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบการดูแลตนเอง เพื่อประเมิน ประโยชน์และความยั่งยืนของแนวทางที่พัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. Panmung N, Ketjuna H, Nakkarach B, Teesara K, Supasorn S. Guidelines for management When a person with high blood pressure is identified in a hospital. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022.
2. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 19]. Availed from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการ ดำเนินงาน NCD Clinic Plus 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2563.
4. โรงพยาบาลหนองพอก. สรุปผลการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566. ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานยุทธศาสตร์; 2566.
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทาง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ทริคธิงค์; 2562.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับ สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
7. Krejcie R V. Morgan D W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
8. ดวงทอง พิภูลทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยง ในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
9. Bloom B S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.

- New York: McGraw-Hill Book Co; 1971.
10. กังสดาล หาญไพบุลย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2561.
 11. House J S. Work stress and social support. Reading, M A: Addison Wesley; 1981.
 12. อุไรพร คล้าฉิม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในจังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
 13. Rogers E M. Diffusion of innovations (5th ed). New York: The Free Press; 1983.
 14. Schepp K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript: University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA; 1995.
 15. แรมจันท์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร์ โพธิ์ศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2566;16(2):69-85.
 16. Aekplakom W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Dietary sodium intake and knowledge of hypertension among Thai rural residents. J Health Res. 2021;35(3):234-45.
 17. Li X, Xu J, Yao M, Zhang X, Zhang R, Wu Y, et al. Association between dietary sodium intake and hypertension in Chinese adults: a cross-sectional study. Nutr J. 2020;19(1):45.
 18. Machado E L, Silva L N, Oliveira R M, Ferreira H S, Santos A M. Barriers to hypertension care in rural Brazil: a mixed methods study. PLoS One. 2019;14(5):e0217132.
 19. Fukuoka Y, Vittinghoff E, Hooper J. Lifestyle factors associated with prevalent hypertension in African American women: the cross-sectional FIT community trial. Ethn Dis. 2018;28(1):31-8.
 20. Dickson V V, Melkus G D, Chyun D, Katz S. Social and cultural influences on dietary practices and hypertension risk in African American women. J Cardiovasc Nurs. 2022;37(2):142-50.
 21. Khalil A A, Abdalrahim M S. The effect of health belief model-based education on knowledge and prostate cancer screening behaviors: a randomized controlled trial. J Cancer Educ. 2021;36(2):285-94.
 22. Williams S L, French D P. What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behaviour and are they the same? Health Educ Res. 2020;35(2):117-32.
 23. Margolis K L, Asche S E, Bergdall A R, Dehmer S P, Groen S E, Kadrmas H M, et al. Effect of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure control: a cluster randomized clinical trial. JAMA. 2013;310(1):46-56.
 24. Holt-Lunstad J, Robles T F, Sbarra D A. Advancing social connection as a public health priority in the United States. Am Psychol. 2017;72(6):517-30.
 25. พรชัย จุลเมตต์. โครงการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
 26. Bosworth H B, Powers B J, Olsen M K, et al. Home blood pressure monitoring with

- telephone counseling improves self-care practices in hypertension: a randomized trial. *J Hypertens Manag.* 2020;18(2):112-25.
27. Clark L, Smith D, Jones M, et al. Effectiveness of a nurse-led self-care program on hypertension prevention practices: a randomized controlled trial. *J Nurs Healthc.* 2015;25(3):45-52.
28. Rosenstock I M. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):328-35.
29. Guan T, Santibanez T A, Ksinan A J. Applying the theory of planned behavior to prevent hypertension among African American adolescents. *J Community Health.* 2020;45(3):606-11.
30. Srithamrongsawat S, Aekplakorn W, Jongudomsuk P. Equity in health care utilization under Thailand's universal coverage scheme: results from national health examination surveys. *Int J Equity Health.* 2019;18(1):98.
31. Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V. Does tailored messaging increase the effectiveness of a community-based hypertension intervention? Results from a randomized trial. *Prev Med.* 2020;139:106216.