

ผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
The Effects of Implementing a Self-Care Processes in Lifestyle Medicine
for Patients with Hypertension at The Health Promotion Clinic,
Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai

มยุรีย์ อธิธิภูวadol^{1*}, อาทิตยา ขัตตพูน², รัชนีกร แก้วใส³, ทักษณัย ลิ้มวิลัย⁴ และ วิทยา บุญยศ⁵
Mayuree Itthiphuwadol^{1*}, Arthitaya Khatpun², Ratchaneekorn Kaewsai³, Takdanai Limvilai⁴,
and Witaya Boonyod⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่¹⁻⁵
Health Promotion Hospital Center Region 1 Chiang Mai¹⁻⁵

¹Corresponding author, E-mail: mayureemail@gmail.com

(Revised: November 25, 2024; Revised: November 28, 2024; Accepted: January 6, 2025)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ เป็นสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลังและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีจุดประสงค์เฉพาะเพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการเดือน มกราคม - สิงหาคม 2567 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นกลุ่มวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม โดยขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 153 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G * power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวม 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling โดยการแบ่งวันคู่และวันคี่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เต็มใจให้ความร่วมมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มทดลองสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต, แบบประเมิน STOP-BANG Questionnaire ประเมินผลลัพธ์การวิจัยก่อนและหลังสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง และสถิติ Mann-Whitney U-Test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต หลังสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับดัชนีมวลกายและ เส้นรอบเอวไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Hypertension is a major global and national health concern and a key risk factor for cardiovascular diseases. This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design to evaluate the effects of a lifestyle medicine-based self-care process on patients with hypertension at the Health Promotion Clinic, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai. The study aimed to compare the mean blood pressure, body mass index (BMI), and waist circumference of working-age hypertensive patients within the experimental group before and after the intervention, as well as between the experimental and control groups post-intervention.

The study was conducted from January to August 2024. Participants included 153 individuals aged 18–59 years who were diagnosed with hypertension, either as a primary condition or comorbidity, and registered for treatment at the clinic. Using G*Power, the sample size was calculated to be 76 participants, who were divided into an experimental group ($n = 38$) and a control group ($n = 38$) through systematic sampling (alternating even and odd days). Participants were required to communicate in Thai and provide informed consent.

The experimental group underwent an intervention based on lifestyle medicine, with assessments conducted using the Lifestyle Assessment and the STOP-BANG Questionnaire at baseline and after 12 weeks. The control group received standard care. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test, with a significance level of 0.05.

Results revealed that after 12 weeks, the experimental group demonstrated significant reductions in mean blood pressure, BMI, and waist circumference at the 0.05 significance level. Between-group comparisons indicated significantly lower mean blood pressure in the experimental group compared to the control group, also at the 0.05 significance level, with no significant differences observed in BMI or waist circumference.

Keywords: Self-Care Processes, Lifestyle medicine, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลก สถิติการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7.5 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ปัจจุบันประชากรทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1.28 พันล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-79 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน⁽²⁾ ในประเทศไทย ข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 -2566 พบว่าอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูง ต่อแสนประชากร 14.8, 15.1, และ18.4⁽³⁾ ตามลำดับ ส่วนสถิติจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.16, 13.37, และ13.56⁽⁴⁾ ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ความดันโลหิตสูงไม่ได้เป็นเพียงความเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง หรือโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต การทำงาน และเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและสังคมโดยรวม วัยทำงานเป็นช่วงอายุที่ต้องเผชิญกับความรับผิดชอบในชีวิตส่วนตัวและหน้าที่การงาน เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามความก้าวหน้าของสังคมและเศรษฐกิจ การทำงานในระยะเวลาาน และการเผชิญกับความเครียดในที่ทำงาน ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพและมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย

และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงอาหารมัน เค็ม ไม่สูบบุหรี่ งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดความเครียด ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)⁽⁵⁾ มาประยุกต์ใช้ในเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้จึงสามารถเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี โดยการสนับสนุนการดูแลตนเอง การส่งเสริมทักษะต่างๆ และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งมีจุดมุ่งหมายเดียวกันช่วยให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การควบคุมการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, และการนอนหลับที่ดี การสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการเลือกวิถีชีวิตที่เหมาะสม เช่น หลีกเลี่ยงอาหารมัน เค็ม ไม่สูบบุหรี่ งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดความเครียด ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ⁽⁶⁾ สอดคล้องกับแนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวกส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี⁽⁷⁾

สอดคล้องกับการศึกษาของนพ.ภรณ์ จันทศรี และคณะ⁽⁸⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกลดลงหลังได้รับโปรแกรม Ozemek⁽⁹⁾ พบว่าชาวอเมริกัน 1 ใน 3 ที่มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 mmHg หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 80 mmHg) ร้อยละ 16 มีการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ลดน้ำหนักเมื่อเป็นโรคอ้วน รับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้มาก โซเดียมต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป และงดสูบบุหรี่ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขถือเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือควบคุมความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงานต้องอาศัยการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ต้องเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติและป้องกันโรคแทรกซ้อนในระยะยาว แนวทางนี้ไม่เพียงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ยังช่วยให้กลุ่มวัยทำงานสามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

กรมอนามัยได้เล็งเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีนโยบายขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นรูปแบบเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางที่เน้นการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น สูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี⁽⁶⁾ โดยนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตให้เหมาะสม มาวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต ที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตของตนเองและมีความสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่มีความกดดัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะบุคคลนำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ สอดคล้องกับการใช้วิถีชีวิตเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสุขภาพและการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ปกติได้ เช่น การลดน้ำหนัก รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁾ เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักตรวจการนอนหลับ สนับสนุนผู้ป่วยในทุกมิติของสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม⁽⁷⁾

คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินงานส่งเสริม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเน้น 2 ด้านหลัก ด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกาย ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มารับบริการที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพในปี พ.ศ.2564 - 2566 จำนวน 410, 426 และ 438 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 148, 152 และ 153 คน ตามลำดับ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 122, 124 และ 91 คน ตามลำดับ การควบคุมโรคได้มีแนวโน้มลดลงจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิม พบอุปสรรคและปัญหาในการให้ความรู้ที่มีลักษณะสื่อสารทางเดียว ขาดความสนใจและความเหมาะสมเฉพาะบุคคล ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างสม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เท่าที่ควร ปีงบประมาณ 2566 กรมอนามัยมีการขับเคลื่อนและสร้างเครือข่ายคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับภูมิภาคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการจัดการ 6 เสาหลัก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้รับเลือกนำร่องการให้บริการผู้ป่วยโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งเป็นแนวทางใหม่มาใช้ดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน

ผู้วิจัยสนใจ ผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

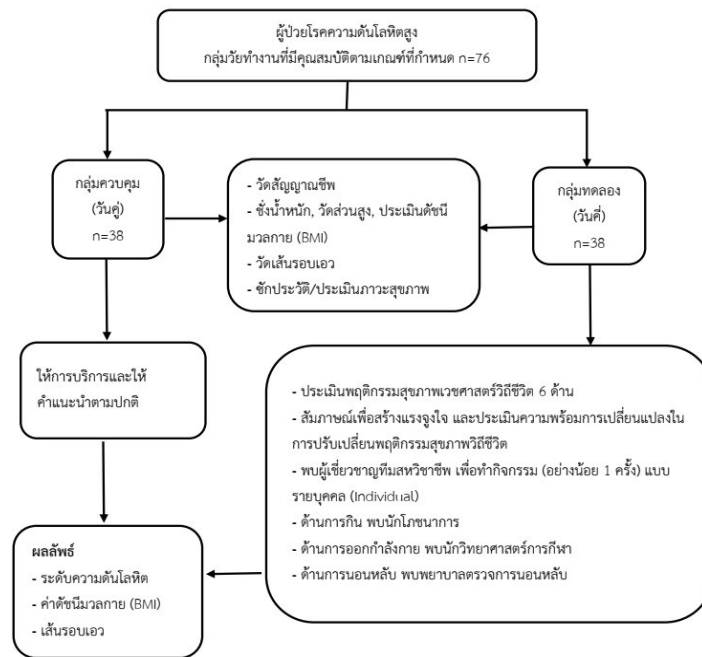
เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีจุดประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลังและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Two Group Pretest - Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 153 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคม - สิงหาคม 2567 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power สำหรับการทดสอบการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับการกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบสมมติฐานโดยกำหนดขนาดอิทธิพลตามเกณฑ์ระดับปานกลาง (Effect size = 0.7) กำหนดค่าอำนาจจำแนก (power analysis) ที่ 0.8 และนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 34 คน แต่เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและมีการนัดติดตาม ซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวจากการวิจัยสูง ผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเตรียมทดแทนการถอน

ตัวไว้อีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน รวมทั้งหมด 76 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบ Systematic sampling จำนวน ทั้งหมด 76 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเลือก สลับวันในวันคู่และวันคี่ เลือกวันคู่เป็นกลุ่มควบคุมจน ครบ 38 คน และเลือกวันคี่เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 38 คนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (Contamination)

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria)

1. เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิต สูง ทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม ขึ้นทะเบียนรับการรักษา ที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
2. สามารถสื่อสาร พูดคุย ฟังภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามด้วยความสมัครใจ
3. มีความตั้งใจและมีส่วนร่วมในการใช้บริการ ตามปกติและ ตามกระบวนการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์คัดออก(Exclusion criteria)

ขอถอนตัวออกจากการศึกษา ตลอดเวลา และ มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบ เลือกตอบและเติมคำจำนวน 8 ข้อได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในช่วง หกเดือนที่ผ่านมา การรักษาที่ได้รับยาโรคความดัน โลหิตสูงมีการปรับลดยาหรือไม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง กระบวนการ ดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวช ศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกรมอนามัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 มีจำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ให้พิจารณาใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วน ที่ 2 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ (น้อยกว่า 1 ถึง 10)ให้พิจารณาใน 1 สัปดาห์ที่ ผ่านมาและเลือกค่าประมาณตัวเลขที่ใกล้เคียงมากที่สุด และส่วนที่ 3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ใน การออกกำลังกาย แบบประเมิน 6 ด้านวิถีชีวิต ได้แก่ การกิน (10 คะแนน) การออกกำลังกาย(10 คะแนน) การนอน(10 คะแนน) สูบบุหรี่/แอลกอฮอล์ (10 คะแนน) ด้านจิตใจ (5 คะแนน) และด้านความสัมพันธ์ (5 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับได้แก่ ระดับดีเยี่ยม คะแนน 41-45 ระดับดีมาก คะแนน 31-40 ระดับเท่าค่าเฉลี่ย คะแนน 21-30 ระดับ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คะแนน 0-20

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ หยุดหายใจขณะหลับ (STOP-BANG Questionnaire) ของ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม 8 คำตอบใช่/ไม่ใช่ การแปลผล ถ้าตอบใช่ น้อยกว่า 3 ข้อ ความเสี่ยงเป็น OSA น้อย การแปลผล ถ้าตอบใช่ 3-5 ข้อ ความเสี่ยงเป็น OSA ปานกลาง การ แปลผล ถ้าตอบใช่มากกว่า 5 ข้อ ความเสี่ยงเป็น OSA (คะแนน 5,6,7,8 ระดับความรุนแรงตามลำดับ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดระยะดำเนินการกิจกรรม 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มกราคม – สิงหาคม 2567 มี ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเขียนหัวข้อโครงร่างทำเรื่องขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยเพื่อทำการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยยื่นโครงร่างเพื่อขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อผ่านการอนุมัติ

3. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เพื่อทำการศึกษาวิจัย

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัยในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

5. ผู้ช่วยนักวิจัย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผ่านการฝึกอบรมในลักษณะองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งทักษะด้านเทคนิค ความรู้เฉพาะทาง และการพัฒนาทักษะ เพื่อให้สามารถทำงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นมืออาชีพ

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบ Systematic sampling ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและความร่วมมือในการทำวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจการเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ โดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือและตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม ด้วยความสมัครใจ

8. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมการ

วิจัยโดยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเลือกสัปดาห์ในวันศุกร์และวันจันทร์ เลือกวันศุกร์เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 38 คน และเลือกวันจันทร์ เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 38 คนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ใช้เวลา 15 นาที ต่อราย ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ประเมินภาวะสุขภาพจากข้อมูลในแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ประกอบด้วย ข้อมูลซักประวัติตรวจร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ (Vital signs) น้ำหนัก (Body weight) ส่วนสูง (Height) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอว (Waistline) การแพ้ยา ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

2. เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้บริการตรวจอื่นๆ(ถ้ามี)

3. ประเมินคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกรมอนามัย

4. แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (STOP-BANG Questionnaire) ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

5. แลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์

6. ให้บริการตามกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต

6.1 พบแพทย์ประจำคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและวางแผนการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตใช้เวลา 10-15 นาที

6.2 พบพยาบาลประจำจุดหลังพบแพทย์ และพบผู้เชี่ยวชาญทีมสหวิชาชีพ เฉพาะรายบุคคล (Individual) เพื่อทำกิจกรรมในแต่ละด้าน (ด้านการกิน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับ) อย่างน้อย 1 ครั้ง ดังนี้

6.2.1 พบนักโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการกิน ใช้เวลา 30 นาที

6.2.2 พบนักวิทยาศาสตร์การกีฬาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ใช้เวลา 30 นาที

6.2.3 พบพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านการตรวจการนอนหลับเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการนอน โดยให้คำแนะนำและสังเกต Sleep test กรณีมีความเสี่ยง OSA ใช้เวลา 30 นาที

7. นัดหมายการมารับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องในครั้งที่ 2 หลังสัปดาห์ที่ 12

8. ในวันที่มาตรวจติดตามตามนัด ให้ปฏิบัติตามข้อ 1 ถึงข้อ 5 อีกครั้ง

9. ประเมินผลลัพธ์ หลังสัปดาห์ที่ 12

กลุ่มควบคุม

1. ประเมินภาวะสุขภาพในแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ประกอบด้วย ข้อมูลซักประวัติตรวจร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ (Vital signs) น้ำหนัก (Body weight) ส่วนสูง (Height) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอว (Waistline) การแพ้ยา ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันพร้อมให้คำแนะนำตามปกติ

2. เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้บริการตรวจอื่นๆ (ถ้ามี)

3. พบแพทย์ประจำคลินิกส่งเสริมสุขภาพใช้เวลา 5-10 นาที

4. พบพยาบาลประจำจุดหลังพบแพทย์เพื่อนัดติดตามครั้งที่ 2 หลังสัปดาห์ที่ 12

5. ในวันที่มาตรวจติดตามตามนัด ให้ปฏิบัติตามข้อ 1 ถึงข้อ 3 อีกครั้ง

6. ประเมินผลลัพธ์ หลังสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk (เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50) พบว่ามีบางตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง และสถิติ Mann-Whitney U-Test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 30/2567 ข้อมูลผู้เข้าร่วมถูกเข้ารหัสและเก็บในเซิร์ฟเวอร์ที่มีการป้องกัน ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่รายงานจะไม่ระบุตัวตน และจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ หากกลุ่มทดลองได้ผลดี กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ในกลุ่มทดลองพบว่า เพศชาย ร้อยละ 60.50 เพศหญิง ร้อยละ 39.50 อยู่ในช่วงอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 84.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 71.10 จบปริญญาตรี ร้อยละ 39.50 รายได้ต่อเดือนพอใช้ ร้อยละ 60.50 และพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 44.70 กลุ่มควบคุมพบว่า

เพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 อยู่ในช่วงอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 92.10 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ มีอาชีพ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 76.30 รายได้ ต่อเดือนพอใช้ ร้อยละ 68.40 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 42.10 และพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.20

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่าไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับ การศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง (n=76)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.356
ชาย	23	60.50	19	50.00	
หญิง	15	39.50	19	50.00	
อายุ(ปี)					.287
18-25	0	0.00	0	0.00	
26-40	6	15.30	3	7.90	
41-59	32	84.20	35	92.10	
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	50.97(S.D.=8.01)		51.05(S.D.=6.56)		
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	31-59		37-59		
สถานภาพ					.855
โสด	8	21.10	6	15.80	
คู่	27	71.10	30	78.90	
หม้าย	2	5.30	1	2.60	
หย่า/แยกกันอยู่	1	2.60	1	2.60	
ระดับการศึกษา					.043
ไม่ได้เรียน	0	0	0	0	
ประถมศึกษา	3	7.90	1	2.60	
มัธยมศึกษา/ปวช.	6	15.80	2	5.30	
อนุปริญญา	8	21.10	3	7.90	
ปริญญาตรี	15	39.50	16	42.10	
สูงกว่าปริญญาตรี	6	15.80	16	42.10	
อาชีพ					.236
รับจ้าง	0	0.00	1	2.60	
เกษตรกร	0	0.00	0	0.00	
ค้าขาย	7	18.40	2	5.30	

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	27	71.10	29	76.30	
อื่นๆ	4	10.50	6	15.80	
รายได้ต่อเดือน					.762
มีพอใช้	23	60.50	26	68.40	
มีพอใช้และเหลือเก็บ	14	36.80	11	28.90	
ไม่พอใช้	1	2.60	1	2.60	
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง					.184
≤ 5ปี	16	42.10	24	63.20	
6-10ปี	17	44.70	11	28.90	
≥ 10ปี	5	13.20	3	7.90	
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.08(S.D.=4.31)		5.11(S.D.=3.86)		
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1-21		1-16		

2. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์

ค่ามัธยฐานความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=136.00, IQR=24 และ Med=125.50, IQR=17, Z= -4.424) ค่ามัธยฐานความดันโลหิตไดแอสโตลิก

มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=81.00, IQR=13 และ Med=80.00, IQR=8, Z= -3.466) ค่าดัชนีมวลกายมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=27.40, IQR=6.56 และ Med=27.52, IQR=6.96, Z= -2.248) และพบว่าเส้นรอบเอวมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Med=90.50, IQR=17 และ Med=90.00, IQR=17, Z= -4.377) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ (n=38)

ผลลัพธ์กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	Median	IQR.	Median	IQR.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	136.00	24	125.50	17	-4.424	0.000*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	81.00	13	80.00	8	-3.466	0.001*
ดัชนีมวลกาย	27.40	6.56	27.52	6.96	-2.248	0.025*
เส้นรอบเอว	90.50	17	90.00	17	-4.377	0.000*

* $p \leq 0.05$

3. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับการดูแลสุขภาพตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 12 สัปดาห์

ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลสุขภาพตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 125.50, IQR=17) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพตนเองด้านเวช

ศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 133.00 IQR=16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z=-3.240$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลสุขภาพตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 80.00 IQR=8) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Med= 85.00 IQR=11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z=-3.656$) ส่วนดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน หลังได้รับการดูแลสุขภาพตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ (n=76)

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง(n=38)		กลุ่มควบคุม(n=38)		Z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	125.50	17	133.00	16	-3.240	0.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	80.00	8	85.00	11	-3.656	0.00*
ดัชนีมวลกาย	27.52	6.96	26.54	4.93	-0.649	0.516
เส้นรอบเอว	90.00	17	88.50	13	-0.421	0.674

* $p \leq 0.05$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากงานวิจัยผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 ด้าน พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้⁽¹⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ozemek⁽⁹⁾ พบว่า ชาวอเมริกัน 1 ใน 3 ที่มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 mmHg หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 80 mmHg) ร้อยละ 16 มีการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ลดน้ำหนักเมื่อเป็นโรคอ้วน รับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้มากขึ้น ลดการบริโภคเกลือ การดื่มน้ำ การมีสุขภาพดีถือเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือควบคุมความดันโลหิตสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของ Wan⁽¹¹⁾ พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก การปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้กลายเป็นแนวทางที่ไม่ใช่ยา ที่มีประสิทธิผลในการจัดการความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการน้ำหนัก การลดความเครียด และการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบมีความสำคัญอย่างมากในการลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และพบว่าค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ

กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน⁽¹⁰⁾

และพบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fad⁽¹²⁾ พบว่ากระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีผลต่อการป้องกันหรือชะลอการเกิดความดันโลหิตสูงและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรเป็นแนวทางแรกของการรักษาความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การรักษาน้ำหนักตัวให้สมดุล การเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายประเภทต่างๆ การรับประทานอาหารและดื่มเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงและเลิกสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียดและการนอนหลับและสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ช่างมี⁽¹³⁾ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง เป็นเพราะมาจากการให้ความรู้ของโปรแกรม ประกอบกับการเสริมแรงและสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร จันทศรีและคณะ⁽⁸⁾ เรื่องโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงหลังได้รับโปรแกรมเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

นอกจากนี้พบว่าค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานหลังได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานมีผลต่อการลดน้ำหนักโดยการใช้ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัด และมีผลต่อการลดเส้นรอบเอวได้น้อย เนื่องจากการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการกำหนดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ทำให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ควรมีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน

จากผลการวิจัย การได้รับกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งกระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถใช้เป็นแนวทางพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตและส่งเสริมพฤติกรรมกระบวนการดูแลตนเอง ให้สามารถควบคุมความดันโลหิต ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรกำหนดเป็นแนวทางให้หน่วยงานบริการสาธารณสุข นำผลวิจัยการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต

1.2 ควรกำหนดเป็นแนวทางให้หน่วยงานบริการสาธารณสุข มีการบริการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต ให้เหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตได้

2. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

2.1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการกำหนดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ทำให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ควรมีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถเห็นผลที่ชัดเจนและสามารถวิเคราะห์ผลต่อสุขภาพในระยะยาวได้

2.2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตเพิ่มเติม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในระยะเวลา 1 ปีเพื่อติดตามผลและประเมินผลระยะยาว

3.2 ควรมีการนำผลของการใช้กระบวนการดูแลตนเองด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปศึกษาซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562).แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรिक ดิจิทัล.

2. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 12 Dec 2566]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Modifiable%20risk%20factors%20include%20unhealthy>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565 [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wptacontent/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>
4. ระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานเปรียบเทียบตัวชี้วัดสำคัญ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้ <https://smart-ncd.chiangmaihealth.go.th/web/index.php?r=report%2Fgroup>
5. Orem, D. E. (1995). Nursing: Concept of practice. Norway: Mosby; 1995.
6. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และ ภูติห เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต:เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหวิชาชีพเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทย 2565;1(4):456-63.
7. ภูติห เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ; Pre-conference “Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team” 18-22 กันยายน 2567;กรุงเทพมหานคร.
8. นพากรณ์ จันทรศรี, กนกพร นทีชนสมบัติ, และ ทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2563; 6(2): 58-68.
9. Ozemek C, Tiwari SC, Sabbahi A, et al. Impact of Therapeutic Lifestyle Changes in Resistant Hypertension. Prog Cardiovasc Dis. 2020;63(1):4-9.
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://data.ha.or.th/dataset/29f685ff-3684-43f1-8287-38df45d10330/resource/b20e4894-9c04-481a-b9e0-8c4f74559ca5/download/01_0302.pdf
11. Wani, et al. Lifestyle in hypertension. Behavioral Interventions in Hypertension: A Lifestyle Medicine Approach. Indian Journal of Public Health 2023;67:35-40.
12. Fadi J. Charchara,b,c, Priscilla R. Prestesa , Charlotte Millsd , Siew Mooi Chingef, Dinesh Neupaneg , Francine Z. Marqueshi, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. Journal of Hypertension 2024, 42;23-49.
13. ศิริลักษณ์ ช่างมี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลสตงพระ อำเภอสทงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;36:85-10