



# ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยา อย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

## The Effects of Self-Management Program Related to Medication Adherence in Uncontrollable Hypertensive Patients at a Private Clinic in Pathumthani Province

คุณนฤภา ภาคปิยวัชร\* สุธีรา ฮุ่นตระกูล\*\* นงพิมล นิมิตรอนันท์\*\*\*  
Dutnarupha Phakpiyawat, R.N.,\* Sutheera Hoontrakul, R.N., M.A.,\*\*  
Nongpimol Nimit-arnun, R.N., Dr.P.H.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 28 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัด ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินตนเอง 2) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน 3) การเพิ่มทักษะความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง 4) การกำกับติดตามตนเอง และ 5) การประเมินตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเคร่งครัด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.00 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผลการวิจัยยืนยัน

\* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand  
E-mail: phakpiyawat@gmail.com

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

\*\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand



ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ จึงมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลที่บ้าน ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง และใช้เป็นกลยุทธ์หลักในการกำกับติดตามให้ผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคอย่างเคร่งครัด อันจะส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** การจัดการตนเอง การใช้ยาอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research one group pretest-posttest design was to study the effects of self-management program related to medication adherence in uncontrollable hypertensive patients at a private clinic in Pathumthani Province. The research sample were purposive sampling consisted of 28 patients. Self-management program related to medication adherence in uncontrollable hypertensive patients were applied from Kanfer, Gaelick-Buys. The 8 weeks experiment program consisted of 5 steps 1) self-assessment 2) mutual goal setting 3) knowledge and practice skills enhancement 4) self-monitoring and 5) evaluation. The instruments used to collect data were a set of demographic questionnaires which included personal data, knowledge about drug usage and medication usage behaviors. These questionnaires were validated by the five experts which IOC 1.00, and the reliability (KR-20) were 1.00 and 0.80. The research data were collected from July to August 2017. The data were statistically analyzed according to descriptive statistics and paired t-test.

The results indicated that after received the intervention program, the mean scores of knowledge and medication adherence behaviors were significantly higher than before received the program ( $p < .50$ ). Whereas blood pressure level was lower than those before received the program ( $p < .50$ ). The research results confirmed that, the self-management program leads to increase knowledge and medication adherence behaviors and reduces blood pressure level. Therefore, this recommends nurse practitioners should realize the importance of home health care and telephone visit continuingly, and utilized both key strategies in order to medication adherence behaviors monitoring among uncontrollable hypertensive patients, for improved outcomes of controls blood pressure level efficiently.

**Keywords :** self-management, medication adherence, hypertensive patients

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก<sup>1</sup> จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก<sup>2</sup> พบว่า ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 7.50 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด อัตราส่วนของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.00 ของวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกหรือคิดเป็นจำนวนประมาณ 1,560 ล้านคนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี ประมาณ 4 ใน 10 มีภาวะความดันโลหิตสูง และในอีกหลายประเทศพบ 1 ใน 5 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีการคาดการณ์ว่า 9 ใน 10 ของวัยผู้ใหญ่จนถึงอายุ 80 ปี จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นในประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 25.00 หรือคนไทย 1 ใน 4 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงประมาณ 13 ล้านคน มีเพียงร้อยละ 44.00 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่ถูกต้อง<sup>1</sup> จากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup> พบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2554 - 2558 มีจำนวน 1,433.61, 1,570.63, 1,621.72, 1,710.89 และ 1,894.46 ตามลำดับ แสดงถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นเปรียบเทียบกับในระดับเขตสุขภาพที่ 4 และจังหวัดปทุมธานี พบว่า มีแนวโน้มของอัตราการป่วยที่สูงขึ้นเช่นเดียวกัน ยกเว้นปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2557 ที่มีอัตราการป่วยลดลง และพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศ (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2554 - 2558 มีจำนวน 5.71, 5.73, 7.99, 10.95 และ 11.58 ตามลำดับ แสดงถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเปรียบเทียบกับในระดับเขตสุขภาพที่ 4 และจังหวัดปทุมธานี พบว่า มีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นเช่นเดียวกัน ยกเว้นปี พ.ศ. 2558 ที่มีอัตราการเสียชีวิตลดลง<sup>3</sup>

จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยการสัมภาษณ์แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทีมสุขภาพ ณ คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งเป็นสถานบริการที่ให้บริการรักษาสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานี พบว่าในช่วงเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 36 - 59 ปี จำนวน 119 คน จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของคลินิกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Essential hypertension) มาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 63.03 พบว่า 9 ใน 10 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างไม่เคร่งครัดและไม่ต่อเนื่อง จากข้อมูลการบันทึกการนับจำนวนเม็ดยา (Pill count) ของผู้ป่วยรวมทั้งพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้

อย่างกว้างๆ และไม่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมมารับประทานยาและพฤติกรรมปฏิบัติตัวประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน และเป็นสถานที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาที่จังหวัดปทุมธานี และสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี และได้นำกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup> มาประยุกต์เป็นแนวทางในการศึกษา (เพราะ Kanfer, Gaelick-Buys สามารถทำให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการตนเอง ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน จูงใจ หรือให้การช่วยเหลือเท่านั้น) รวมทั้งกลวิธีในการติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้แนวทางการชี้แนะด้านสุขภาพ การสนทนากลุ่ม การติดตามทางโทรศัพท์ และการเตือนเวลารับประทานยาโดยใช้โทรศัพท์ตั้งปลุกเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างเคร่งครัด โดยหวังว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องมากขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

องค์การอนามัยโลก<sup>2</sup> รายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 2 เท่า ระดับความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) เป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของระดับความดันซิสโตลิก 20 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 10 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยอายุ 40 - 69 ปี จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเท่าตัว ประโยชน์ที่ได้จากการลดระดับความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยในการลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 35.00 - 40.00 ลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 20.00 - 25.00 ลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 50.00 นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าระดับความดันซิสโตลิก ลดลง 2 มิลลิเมตรปรอท จะลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 7.00 ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10.00<sup>5</sup> ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะสำคัญหลายระบบในร่างกายที่พบมาก ได้แก่ หัวใจ ไต หลอดเลือด ตา และสมอง<sup>6</sup> แนวทางในการป้องกันควบคุมระดับความดันโลหิตในระดับปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนทางด้านนโยบายในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ การสื่อสาร สำหรับประชากรทั่วไป ประชากรกลุ่มเสี่ยง ประชากรกลุ่มป่วย เพื่อนำไปสู่การลดความเสี่ยงและลดโรคความดันโลหิตสูง<sup>7</sup> สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 60,000 คน โรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 40,000 คน และโรคไตประมาณ 14,000 คน โรคความดันโลหิตสูงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง ถ้าคนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ล้านคน จะสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประมาณ 80,000 ล้านบาทต่อปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีภาระค่าใช้จ่ายในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมเพิ่มขึ้น<sup>1</sup> ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติ (Guideline) ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงไว้ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงที่จะส่งผลต่อการป่วย และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง<sup>8</sup>



## คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีผลต่อความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดหรือไม่
2. โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดหรือไม่
3. โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตหรือไม่

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

## สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**1. ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัด** หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องและความสามารถในการจดจำของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับหลักการใช้ยาทั่วไป กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์ ขนาดและวิธีการใช้ยา เวลาในการรับประทานยา อาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้และวิธีการเก็บรักษา

**2. พฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัด** หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง ครบถ้วน เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง การนับเม็ดยา การจดบันทึกการรับประทานยา จำนวนเม็ดยา จำนวนครั้งที่ลิ้มรับประทานยา และสาเหตุที่ลิ้มรับประทานยา

**3. ระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้** หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป<sup>8</sup>

---

### กรอบแนวคิดการวิจัย

---

โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้อย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup> มาพัฒนาเป็นโปรแกรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) การประเมินตนเอง (Self-assessment) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินตนเองโดยใช้ข้อมูลจากค่าคะแนนความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัดและค่าคะแนนพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดมาตั้งเป้าหมาย นำไปสู่ขั้นตอนที่ 2) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal-setting) เป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาแล้วนำมาวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกันเป็นรายบุคคล ขั้นตอนที่ 3) การเพิ่มทักษะความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตัวเอง (Coaching & skill training) กลุ่มตัวอย่างมีการฝึกปฏิบัติด้วยตัวเอง ทั้งเป็นกลุ่มและรายบุคคลโดยสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับรวมทั้งการจดบันทึก ขั้นตอนที่ 4) การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring) กลุ่มตัวอย่างนำความรู้และทักษะการเรียนรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยมีการติดตามและดูแลให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตนเองในเรื่องการรับประทานยา การนับเม็ดยาก่อนและหลังรับประทานยา การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การจดบันทึกการรับประทานยา จำนวนเม็ดยา จำนวนครั้งที่ลิ้มรับประทานยา สาเหตุที่ลิ้มรับประทานยา ระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยมีการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจในพฤติกรรมปฏิบัติให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 5) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) กลุ่มตัวอย่างมีการสะท้อนคิดด้วยตนเอง เปรียบเทียบกิจกรรมที่ปฏิบัติได้จริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้



## โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้อย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินตนเอง (Self-assessment)

- แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายกิจกรรมในโปรแกรมฯ

### ขั้นตอนที่ 2 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal-setting)

- กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

### ขั้นตอนที่ 3 การเพิ่มทักษะความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตัวเอง (Coaching & skill training)

- การสอนสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับทั้งเป็นกลุ่มและรายบุคคล รวมทั้งการจดบันทึกในเรื่องการวัดความดันโลหิต การนับเม็ดยา การรับประทานยา

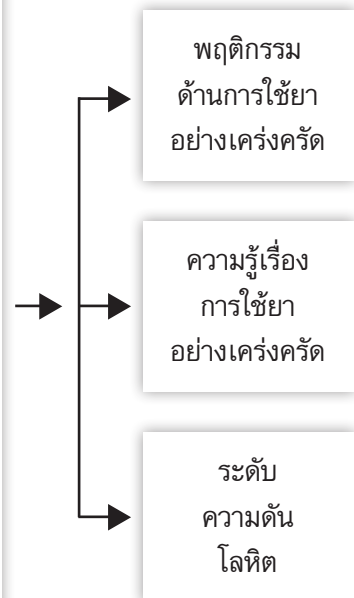
### ขั้นตอนที่ 4 การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring)

เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองกำกับติดตามตนเอง

- กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ ทักษะการเรียนรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ได้แก่ การจดบันทึก การรับประทานยา จำนวนเม็ดยา ระดับความดันโลหิต การนับเม็ดยาด้วยตัวเอง การติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตัวเอง
- การติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน การนัดพบที่คลินิก

### ขั้นตอนที่ 5 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เปรียบเทียบกิจกรรมที่ปฏิบัติได้จริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

- การสนทนาแบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติจริงที่บ้านระหว่างเพื่อนด้วยกัน ผลลัพธ์ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในครั้งนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup>

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้อย่างเคร่งครัด

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Essential hypertension) ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 75 คน ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน) อายุระหว่าง 36 - 59 ปี ไม่จำกัดเพศ ไม่มีโรคเบาหวาน โรคไต และยังไม่มียาโรคแทรกซ้อนต่างๆ มีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างไม่เคร่งครัด มารับการรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งนี้อย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของคลินิก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจำนวน 30 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากจำนวนประชากร 75 คน

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรม G Power ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significance level =  $\alpha$ ) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test =  $1 - \beta$ ) เท่ากับ 0.8 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Effect size) เท่ากับ 0.5 โดยคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ จากการศึกษาของ ชนม์นิภาภัทร สันทัสนะโชค, ชดช้อย วัฒนะ<sup>9</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน อนึ่งเพื่อป้องกันอัตราการเกิดผลลัพธ์ (Response rate) ไม่ครบถ้วนตามความคาดหวังเมื่อสิ้นสุดโครงการ อาจเนื่องมาจากการถอนตัวออกจากโครงการ (Drop-out) ผู้วิจัยจึงได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10.00<sup>10</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Total sample size) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Essential hypertension) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
2. ไม่มีโรคเบาหวานและโรคไตร่วมด้วย
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ
4. มารับการรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งนี้อย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของคลินิก มีที่พักอาศัยอยู่ในรัศมีไม่เกิน 5 กิโลเมตรจากคลินิกเพื่อความสะดวกในการติดตามเยี่ยมบ้าน



5. มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างไม่เคร่งครัด โดยมีค่าคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดต่ำ อยู่ระหว่างคะแนน 2 - 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน อายุระหว่าง 36 - 59 ปี ไม่จำกัดเพศ
6. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก อ่านและพูดภาษาไทยได้ดี
7. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในโปรแกรมทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน ลิขสิทธิ์การรักษา ประสบการณ์การเข้ารับการอบรมด้านการใช้ยา ยาที่ใช้เพิ่มเติมนอกเหนือจากยารักษาความดันโลหิต

1.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของ อณิษฐา ม่วงไหมทอง<sup>11</sup> และปริญดา ไธสุรีย์พิศาลกุล<sup>12</sup> จำนวน 15 ข้อ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) คำตอบที่ถูกต้อง คือ ใช่ และคำตอบไม่ถูกต้อง คือ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน หากตอบข้อคำถามว่า ใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 = 1.00 การแปลผลคะแนนที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 13 - 15 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดอยู่ในระดับสูง ช่วงคะแนน 10 - 12 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 0 - 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดอยู่ในระดับต่ำ

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับดัดแปลงและพัฒนาจาก ปณิดา ดวงใจ<sup>13</sup> และลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล<sup>14</sup> จำนวน 9 ข้อ (คะแนนเต็ม 9 คะแนน) ประกอบด้วย คำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบ คือ ปฏิบัติ และ ไม่ปฏิบัติ ข้อละ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก หากตอบข้อคำถามว่า ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ หากตอบข้อคำถามว่า ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน หากตอบว่า ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น KR-20 = 0.80 การแปลผลคะแนนที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 7.2 - 9.0 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดอยู่ในระดับสูง ช่วงคะแนน 5.4 - 7.1 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนต่ำกว่า 5.4 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดอยู่ในระดับต่ำ

**คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัด และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัด นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ในคลินิกแห่งหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายกับคลินิกที่จะทำการทดลอง ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 1.00 และ 0.80 ตามลำดับ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ชุดกิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup> ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (รายละเอียดอยู่ในขั้นตอนการศึกษาวิจัย)

2.2 แผนการสอนให้ความรู้ที่มีเนื้อหาครอบคลุมความหมาย ชนิด สาเหตุ อาการ โรคแทรกซ้อน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หลักในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา อาการแพ้ยาและวิธีปฏิบัติเมื่อแพ้ยา วิธีสังเกตยาหมดอายุ ยาเสื่อมคุณภาพ การเก็บรักษา ยา กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก ชื่อยาที่ผู้ป่วยรับประทาน การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ไปฝึกปฏิบัติจริง ได้แก่ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การจดบันทึกระดับความดันโลหิต การนับเม็ดยา การจดบันทึกการรับประทานยา โดยใช้การนำเสนอภาพนิ่ง (Power point)

2.3 สมุดบันทึกการรับประทานยา การนับเม็ดยา จำนวนครั้งที่ลืม สาเหตุที่ลืมหรือไม่รับประทานยา ระดับความดันโลหิต

2.4 กล่องใส่ยาสำหรับจัดยาเตรียมยาในแต่ละมื้อ

2.5 แบบสัมภาษณ์สำหรับการกำกับติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และกระบวนการกลุ่ม

2.6 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลเพื่อประเมินระดับความดันโลหิต ก่อน ขณะ และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้นำไปทดลองใช้ในคลินิกแห่งหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายกับคลินิกที่จะทำการทดลอง



## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เริ่มดำเนินการภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมใน มนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560 เอกสารเลขที่ น.24/2559

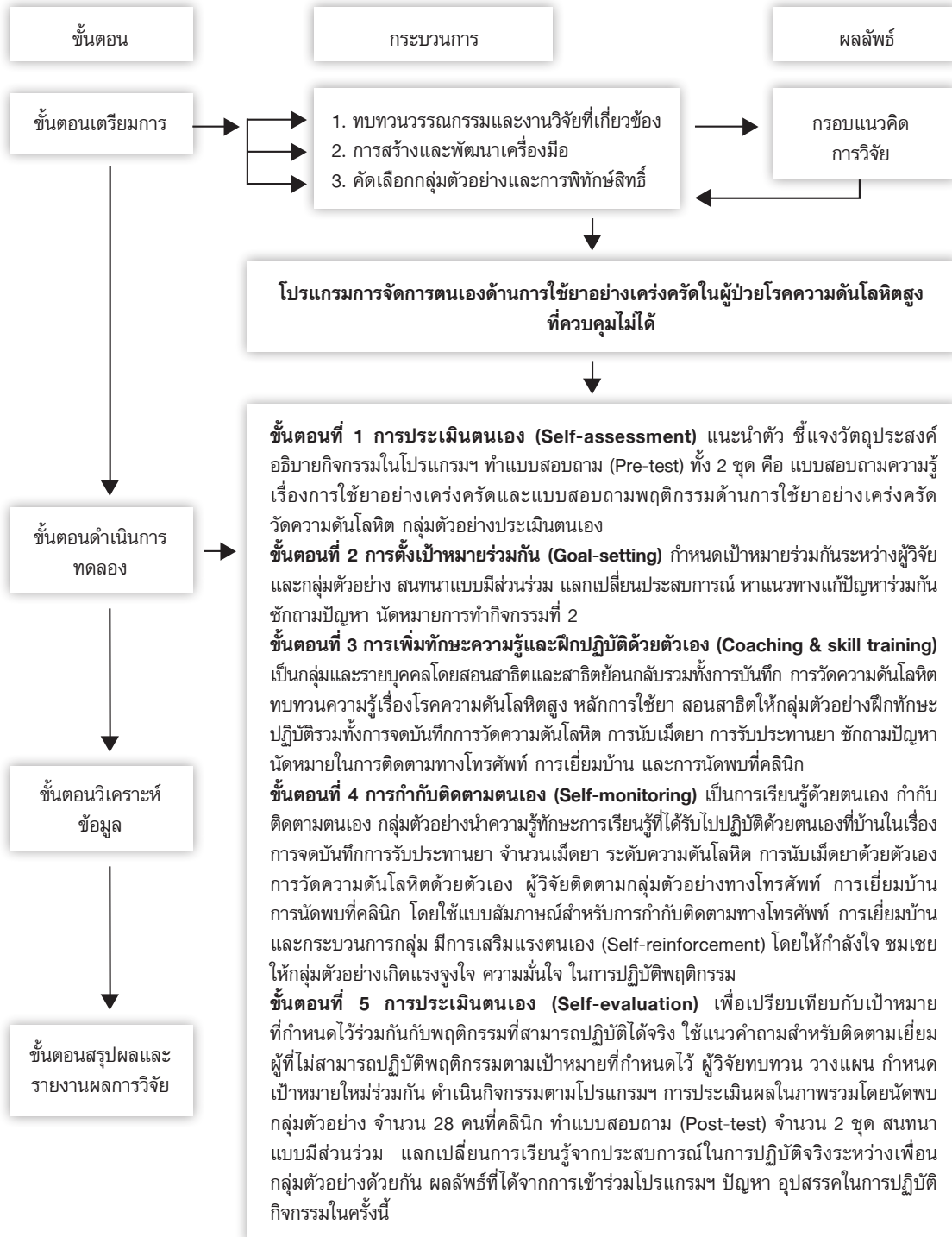
## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยของ มหาวิทยาลัยคริสเตียนและทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ไปยังผู้อำนวยการคลินิกเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คน

3. หลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการคลินิกแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิก ชี้แจง วัตถุประสงค์ อธิบายกิจกรรมในขั้นตอนของการวิจัยอย่างละเอียดและการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งตลอด ระยะเวลาในการดำเนินการจนสิ้นสุดโครงการ ชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัยต่างๆ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในครั้งนี้ ให้เซ็นใบยินยอม และดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนนำข้อมูล ไปวิเคราะห์



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามโปรแกรมฯ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน สิทธิการรักษา ประสิทธิภาพการเข้ารับการอบรมด้านการใช้ยา ยาที่ใช้เพิ่มเติมนอกเหนือจากยารักษา ความดันโลหิต โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติทดสอบที (T-test)

## ผลการวิจัย

ในการดำเนินโครงการตามโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในระหว่างการดำเนินโครงการมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้ตลอด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ จำนวน 28 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.30 เพศชายมีเพียงร้อยละ 35.70 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 51 - 59 ปี ร้อยละ 53.60 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 35.70 อายุเฉลี่ย 49.29 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 82.10 รองลงมาสถานภาพหย่า ร้อยละ 10.70 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.90 รองลงมาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช./ปวท. ร้อยละ 25.00 มีเพียงร้อยละ 14.30 ที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 50.00 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.00 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 35.71 รองลงมา 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 32.14 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 24,892.86 บาท ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 - 4 คน ร้อยละ 60.70 รองลงมาจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 - 6 คน ร้อยละ 21.40 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 78.60 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส 2 คน ร้อยละ 14.30 ทุกคนมีสิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านการใช้ยา ส่วนใหญ่ไม่มียาที่รับประทานเพิ่มเติมนอกเหนือจากยาที่รักษา ร้อยละ 78.60 มีเพียงร้อยละ 21.40 ที่รับประทานยาเพิ่มเติม นอกเหนือจากยาที่รักษา

ความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100.00 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.29 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.71 คะแนนเฉลี่ยรายข้อของความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยรวมเท่ากับ 0.50 ( $\bar{X} = 0.50$ ,  $SD = 0.22$ ) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัดโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 0.96 ( $\bar{X} = 0.96$ ,  $SD = 0.10$ )

เมื่อมาพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้เรื่องหลักในการใช้ยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่างมีข้อคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำสุด ( $\bar{X} = 0.00$ ,  $SD = 0.00$ ) 4 ข้อ คือ ข้อ 3) กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ข้อ 4) กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาหลังอาหารประมาณ 15 นาที ถึง 30 นาที ข้อ 5) เมื่อลืมนรับประทานยาหลังอาหารกลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าสามารถรับประทานยาทันทีที่นึกได้และไม่เกิน 15 นาที แต่ถ้านึกได้หลังจากรับประทานอาหารมากกว่า 15 นาที ควรรับประทานยาหลังอาหารในมื้อถัดไป และข้อ 9) กลุ่มตัวอย่างไม่รู้วิธีการสังเกตวันหมดอายุของยาที่ใช้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูง 3 ข้อ คือ ข้อ 3), ข้อ 5) และข้อ 9) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.82 - 0.96 ระดับปานกลาง 1 ข้อ คือ ข้อ 4) ( $\bar{X} = 0.79$ ,  $SD = 0.42$ ) สำหรับหลักการสังเกตยาและอาการแพ้ยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำสุดทั้ง 2 ข้อ ( $\bar{X} = 0.04$ ,  $SD = 0.19$ ) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าทั้ง 2 ข้อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 1.00$ ,  $SD = 0.00$ )

เมื่อมาพิจารณารายข้อเป็นร้อยละ พบว่า ความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ **ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด** คือ ข้อ 13) กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าควรเก็บยาไว้ในที่สูงให้พ้นจากมือเด็ก จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 รองลงมา คือ ข้อ 11) กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าควรเก็บยาไว้ในที่แห้ง ไม่โดนแสงแดด และความร้อน หรือมีความชื้น จำนวน 27 คน ร้อยละ 96.43 **ข้อที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด** คือ ข้อ 3) กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาหลังอาหารประมาณ 15 นาที ถึง 30 นาที จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 ข้อ 4) กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 ข้อ 5) กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าเมื่อลืมนรับประทานยาสามารถรับประทานยาทันทีที่นึกได้และไม่เกิน 15 นาที แต่ถ้านึกได้หลังจากรับประทานอาหารมากกว่า 15 นาที ควรรับประทานยาหลังอาหารในมื้อถัดไป จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 และข้อ 9) กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าวิธีการสังเกตวันหมดอายุของยาที่ใช้ จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อ 3) มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น จำนวน 25 คน ร้อยละ 82.14 ข้อ 4) มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น จำนวน 22 คน ร้อยละ 78.57 ข้อ 5) มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น จำนวน 27 คน ร้อยละ 96.43 และ ข้อ 9) มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น จำนวน 26 คน ร้อยละ 92.86

พฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100.00 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ระดับพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.71 ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.29 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเท่ากับ 0.41 ( $\bar{X} = 0.41$ ,  $SD = 0.31$ ) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.96 ( $\bar{X} = 0.96$ ,  $SD = 0.12$ )

เมื่อมาพิจารณาเป็นรายข้อด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.00$ ,  $SD = 0.00$ ) 6 ข้อ กล่าวคือ ข้อ 7) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการใช้ยา ข้อ 8) กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามระดับ



ความดันโลหิตเกินเวลาที่ต้องรับประทานมากกว่า 30 นาที ข้อ 1) กลุ่มตัวอย่างลิ้มรับประทานยา ( $\bar{X} = 0.32$ ,  $SD = 0.48$ ) ข้อ 3) กรณีที่ลิ้มรับประทานยากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้แก้ปัญหาโดยรับประทานยาทันทีที่นึกได้ หรือตั้งวิธีการเตือนต่างๆ ( $\bar{X} = 0.39$ ,  $SD = 0.50$ ) ข้อ 6) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยนับเม็ดยาก่อนและหลังรับประทานยา ( $\bar{X} = 0.04$ ,  $SD = 0.19$ ) และข้อ 9) กลุ่มตัวอย่างเคยขาดยารักษาความดันโลหิต ( $\bar{X} = 0.50$ ,  $SD = 0.51$ ) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูงทั้งหมด 6 ข้อ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.86 - 1.00,  $SD = 0.00 - 0.00$

เมื่อมาพิจารณารายข้อเป็นร้อยละ พบว่า พฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 4) ที่ผ่านมากกลุ่มตัวอย่างไม่รู้ลึกย่งยากใจในการที่จะต้องจดจำเวลารับประทานยา จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.29 ข้อ 5) ในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงกลุ่มตัวอย่างไม่เคยลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง จำนวน 25 คน ร้อยละ 89.29 และ ข้อ 9) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยขาดยารักษาความดันโลหิต และไปรับยาตามนัด จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.86 ข้อที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อ 7) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต เช่น หน้ามืด ใจสั่น จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 ข้อ 8) กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตเกินเวลาที่ต้องรับประทานมากกว่า 30 นาที จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อ 7) มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น จำนวน 28 คน ร้อยละ 100.00 และข้อ 8) มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้น จำนวน 24 คน ร้อยละ 85.71

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัด และระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 28)

| ตัวแปร                               | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ |       | หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ |       | t      | p-value |
|--------------------------------------|----------------------|-------|----------------------|-------|--------|---------|
|                                      | $\bar{X}$            | SD    | $\bar{X}$            | SD    |        |         |
| 1. ความรู้เรื่องการใช้อย่างเคร่งครัด | 7.57                 | 1.75  | 14.46                | 1.04  | -17.25 | 0.000   |
| 2. พฤติกรรมด้านการใช้อย่างเคร่งครัด  | 3.71                 | 1.01  | 8.64                 | 0.73  | -20.95 | 0.000   |
| 3. ระดับความดันโลหิต                 |                      |       |                      |       |        |         |
| Systolic blood pressure              | 164.00               | 12.01 | 132.89               | 13.93 | 10.16  | 0.000   |
| Diastolic blood pressure             | 96.21                | 9.35  | 78.86                | 6.23  | 9.12   | 0.000   |

\*\*\* p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.57 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.46 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} = 0.00$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.64 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} = 0.00$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 164.00 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 132.89 มิลลิเมตรปรอท ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} = 0.00$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 96.21 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.86 มิลลิเมตรปรอท ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p\text{-value} = 0.00$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

โดยสรุปผลจากการติดตามเยี่ยมบ้าน การนัดพบที่คลินิกและการติดตามทางโทรศัพท์ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 28 คน พบว่า จำนวน 25 คน มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 100.00 กล่าวคือ ไม่เคยล้มรับประทานยา รับประทานยาตรงเวลาทุกมื้อ การนับเม็ดยาถูกต้อง จำนวนมียาถูกต้อง ขนาดยาถูกต้อง ภายในเวลา 3 สัปดาห์ หลังจากเริ่มกิจกรรมและยังคงพฤติกรรมนี้ไว้จนถึงปัจจุบัน ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงทุกคนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระดับความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 162.04 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.84 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.16 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.96 มิลลิเมตรปรอท

2. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน มีการเปลี่ยนแปลงแค่เพียงร้อยละ 70.00 พฤติกรรมเดิมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่เคยรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตเลย เนื่องจากเชื่อว่ายังสามารถควบคุมอาหารได้ โดยไม่ต้องพึ่งยา จะรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยกลับมารับประทานยาลดระดับความดันโลหิตในมือเช้าแต่ยังคงไม่ยอมรับประทานยาในมือเย็น จึงมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตดีขึ้น ลงๆ มีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระดับความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 178.33 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 158.33 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 105.00 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.33 มิลลิเมตรปรอท



## การอภิปรายผลการวิจัย

**สมมติฐานที่ 1** กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเคร่งครัดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup> เป็นผลมาจากการเพิ่มทักษะความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองในขั้นตอนที่ 3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการสอนทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลในเรื่องหลักในการใช้ยา การฝึกปฏิบัติ การนับเม็ดยา การวัดความดันโลหิต การจดบันทึกการรับประทานยา โดยใช้การนำเสนอภาพนิ่ง (Power point) ประกอบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างได้ในแต่ละราย รวมทั้งการสอนแบบกลุ่มช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้พฤติกรรมของผู้อื่นทำให้เกิดความเข้าใจในตนเองและเข้าใจผู้อื่นรวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติร่วมกัน พบว่า การสอนรายบุคคลเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ประสบผลสำเร็จมากที่สุด เพราะสามารถเข้าถึงปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และนำไปแก้ไขปัญหามาตรังตรงจุดสามารถนำไปปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตให้ต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้ในขั้นตอนการประเมินตนเองสำหรับผู้ที่ยังปฏิบัติตัวไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนที่ 1 ในเรื่องของการวางแผน ตั้งเป้าหมายและกำหนดวิธีปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างใหม่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ พรทิพย์ ชูจอหอ<sup>15</sup> ในการพัฒนาความสามารถโดยการสอนให้ความรู้จะต้องเลือกวิธีการสอน การให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมตลอดจนการประเมินผลการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถ สอดคล้องกับ สุพินญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนะ, ธีรณัฐ ห่านิรติศัย<sup>16</sup> การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยเกี่ยวกับโรคภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน การกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรค โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

**สมมติฐานที่ 2** กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup> เป็นผลมาจากการเพิ่มทักษะความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล มีกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมาย สิ่งที่สำคัญในโปรแกรมนี้คือ มีการกำหนดเวลาการรับประทานยาในแต่ละมื้อให้ตรงเวลา กล่าวคือ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างกำหนดเวลาการรับประทานยาร่วมกันไม่เกิน 09.00 น. ในมือเช้า และในมือเย็นไม่เกิน 16.00 น. (มือกลางวันและ

มือก่อนนอน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 28 คน ไม่มียาหลับ) ก่อนหน้านี้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาไม่ตรงเวลา ทำให้ลืมรับประทานยา เมื่อมีการกำหนดเป้าหมายเวลาในการรับประทานยาร่วมกัน และมีการกระตุ้นเตือน เน้นย้ำให้รับประทานยาให้ตรงเวลา โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับโทรศัพท์ การตั้งเวลาจากโทรศัพท์มือถือ แบบปลุก และการจัดยาใส่กล่องยา จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตรงตามเวลา และไม่มีลืม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นประจำจนเกิดเป็นความเคยชิน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ของเพื่อนในกลุ่มป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนตนเองและเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการอัมพาต ทำให้รู้สึกกลัวจะเป็นอัมพาตเหมือนเพื่อน จึงได้พยายาม เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองโดยการดูแลและกำกับตนเองมากขึ้น และเพิ่มการเยี่ยมบ้านร่วมกับ โทรศัพท์มากขึ้น ที่สำคัญผู้วิจัยมีการเสริมแรงกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการพูดให้กำลังใจ ชมเชยในกรณี ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบถ้วน ถูกต้อง ในกรณีที่ผู้วิจัยพบปัญหาในกลุ่มตัวอย่าง เช่น การนับจำนวนเม็ดยายังไม่ถูกต้อง การลงบันทึกการรับประทานยายังไม่ถูกต้อง ยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะ ให้คำปรึกษาชี้แนะเป็นรายบุคคลเพื่อความเหมาะสมและแก้ไขปัญหาดังตรงจุด สำหรับการประเมินผลผู้วิจัย จะใช้วิธีนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือจริงเปรียบเทียบกับจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไป โดยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึก การรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้นั้นจะมีความสอดคล้องกับการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนม์นิภาภัทร ล้นทลชนะโชค, ชดช้อย วัฒนะ<sup>9</sup> การติดตามกระตุ้นพฤติกรรม การกำกับตนเองโดยการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์พบว่ารูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นใน การศึกษานี้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและความพึงพอใจ และยังมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สอดคล้อง กับการศึกษาของ พุทธชาติ มากชุมนุญ, นลินี พูลทรัพย์ และทิพาพร พงษ์เมษา<sup>17</sup> พบว่า การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงทอง อีระทองคำ, ญัฐริรา ประสาทแก้ว, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล<sup>18</sup> พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการ ติดตามทางโทรศัพท์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สมมติฐานที่ 3** ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิจัย สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดง ในตารางที่ 1)

อธิบายได้ว่า ในการกำหนดเวลาการรับประทานยาในแต่ละมือร่วมกันจะช่วยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเคยชิน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 คน ภายหลังจากการเริ่ม รับประทานยาอย่างเคร่งครัดตรงเวลาตามที่ได้ตกลงกัน คือ มือเช้า มือเย็น ทำให้ผลของยาลดความดันโลหิต ออกฤทธิ์ได้สม่ำเสมอตลอดทั้งสัปดาห์ ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้ว่าอาการปวดศีรษะ ดีขึ้นมาก ทำให้เกิดความรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินยาตลอดไป ระดับความดันโลหิตในกลุ่มนี้



ค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากกำลังใจที่ได้รับจากเพื่อนและผู้วิจัยทำให้เกิดความมั่นใจ และพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงจริงทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพินญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนนะ, อิทธิเดช ห่านิรติชัย<sup>16</sup> การติดตามกระตุ้นพฤติกรรมการกำกับตนเองโดยการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงทอง อิระทองคำ, ญัฐริรา ประสาทแก้ว, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล<sup>18</sup> พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา สารีพล, ปัทมา สุริต<sup>19</sup> มีการติดตามและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ร่วมกับติดตามการวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup> ทำให้โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีประสิทธิภาพดี เนื่องจากการกำกับตนเองในผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1) การประเมินตนเอง และจะเห็นได้ชัดเจนในขั้นตอนที่ 2) การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัยและมีการเพิ่มทักษะความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองในขั้นตอนที่ 3) รวมทั้งการกำกับติดตามตนเองจากผู้วิจัยและยังมีการให้แรงเสริมตนเองจากผู้วิจัยและกลุ่มเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการรับประทานยาอย่างเคร่งครัดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ทั้งนี้เพราะกระบวนการกำกับติดตามจากผู้วิจัย แรงเสริมจากเพื่อนๆ และผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จัดการตนเองได้ แต่ถ้าไม่มีกระบวนการนี้คอยกระตุ้น อาจจะทำให้ระดับความดันโลหิตไม่ได้ลดลงเท่าที่ควร เพราะไม่ได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การจัดการความเครียดและรูปแบบการใช้ชีวิต โปรแกรมนี้จึงเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์อย่างยิ่งในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน แต่ต้องมีการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองและควบคุมตัวแปรอื่นๆ กลวิธีในการติดตามผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จมากที่สุด คือ การเยี่ยมบ้าน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการควบคุมตัวแปรอื่นๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การจัดการความเครียดและรูปแบบการใช้ชีวิต พร้อมกับการจัดโปรแกรมให้มีการกระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเอง
2. สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในคลินิก/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการติดตามพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ป่วย หรือควรนำไปปรับใช้ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยให้มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยได้ และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว สังคมโดยรวม รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ
3. การติดตามผู้ป่วยควรใช้การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลมากกว่ารายกลุ่ม เนื่องจากความว่างของผู้ป่วยในแต่ละรายไม่ตรงกัน กระบวนการของ Kanfer, Gaelick-Buys<sup>4</sup> เหมาะสำหรับรายบุคคลมากกว่ารายกลุ่ม

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารรณรงค์ด้านความดันโลหิตสูงโลกปี พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2560]. แหล่งที่มา: <http://www.thaincd.com/2016/news/hotnewsdetail.php?gid=18&id=12554>.
2. World Health Organization in 2013. [Internet]. [cited 2017 March 1]. Available from: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/).
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2560]. แหล่งที่มา: <http://thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>.
4. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. New York, US: Pergamon Press; 1991.
5. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one-million adults in 61 prospective studies. The Lancet Journals 2002;360(9349):1903-13.
6. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Journal of The American College of Cardiology 2013;62(16):1495-539.



7. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American society of hypertension and the international society of hypertension 2014. *The Journal of Clinical Hypertension* 2014;32:1-13.
8. Guideline for the management of heart failure: executive summary: a report the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Journal of The American College of Cardiology* 2013;62(16):1495-539.
9. Santasanachoke C, Wattana C. The effectiveness of a home visiting development model for people with uncontrolled hypertension at Klongpoon health promoting hospital, Klaeng district, Rayong province. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2017;34(2):110-23. (in Thai).
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2558.
11. Moungrmaithong A. The factor affecting medication usage behavior of the work aged people at Danmakhamtia district in Kanchanaburi province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University of Thailand; 2010. (in Thai).
12. Aisoonthisarnkul P, Krisanapun C. A survey of medication knowledge and self-medication practices among first-year students at Srinakharinwirot University. *IJPS* 2014;10(1):42-55. (in Thai).
13. Duangjai P. Effect of self-mangement promotion program on medication adherence among older adults with chronic kidney disease. [Master's thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2013. (in Thai).
14. Kitrungreungkul L. The outcomes of self-management on drug adherence program in HIV group and AIDS patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University of Thailand; 2012. (in Thai).
15. พรทิพย์ ชูจอหอ. การดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง. ใน สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555. หน้า 143-50.
16. Kongjarern S, Wattana C, Harnirattisai T. Effects of a self-regulation program for blood pressure control on self-regulation behaviors, blood pressure level and stroke risk among Thai Muslim with hypertension. *Nursing Journal* 2013;40(1):23-33. (in Thai).



17. Makchumnum P, Poolsup N, Pongmesa T. Effect of home health care in hypertensive patients by multidisciplinary team. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2016;3(1):13-33. (in Thai).
18. Terathongkum S, Prasatkaew N, Maneesriwongul W. Effects of a home visit and telephone follow-up program on health behaviors and health status in persons with uncontrolled hypertension. Rama Nurs J 2014;20(3):356-71. (in Thai).
19. Sareepon K, Surit P. Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among essential hypertension patients. Journal of Nursing and Health Care 2015;33(3):110-16. (in Thai).