ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาระยะยาว

Effects of Self-efficacy for Disease Self-management Promoting Program on Disease Control Behaviors, Blood Pressure Level, and Quality of Life among People with Hypertension: A Longitudinal Study

ชดช้อย วัฒนะ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์) *
Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) *
จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ, วท.ม. (การพยาบาล) **
Chongruk Suprakitcharoen, M.S.N. **
ณฐวรรณ รักวงศ์ประยูร, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **
Natawan Rugwongprayoon, M.N.S. (Adult Nursing) **
ปริญญา แร่ทอง, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ***
Parinya Raetong, M.N.S. (Gerontological Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ที่มีสิทธิประกันสุขภาพและอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดใกล้เคียง ที่มารับบริการ ณ ศูนย์การแพทย์คูคต สาขาลำลูกกา 21 และสาขาเซียร์ รังสิต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย การติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค คู่มือการจัดการตนเอง เรื่อง “อยู่อย่างเป็นสุขกับโรคเรื้อรัง” เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่น .91 และ .93 ตามลำดับ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม 2553 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test การทดสอบไคสแควร์ และ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ 4) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าในการศึกษาระยะยาว ควรมีการกระตุ้นติดตามเป็นระยะ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรม และควรควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความดันโลหิตในการศึกษาระยะยาว

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค พฤติกรรมการควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต คุณภาพชีวิต ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this clinical trial was to determine the effects of a Self-efficacy for disease self-management promoting program on disease control behavior, blood pressure level, and quality of life among people with hypertension in long-term period. Subjects were 255 hypertensive patients who had health insurance and lived in Pathumthani province and the near area, who came for follow-up visit at Kukot Medical Center, Lumlookka 21 branch, and Zeer Rangsit branch, Lumlookka subdistrict, Pathumthani province. They were randomly assigned to the experimental and control group using simple random sampling technique. The experimental group received the treatment from the family medicine team using the treatment guideline of the Royal College of Physicians of Thailand and home health care by the nurses from health promotion department, and the Self-efficacy for disease self-management promoting program. The control group received the treatment from the family medicine team using the treatment guideline of the Royal College of Physicians of Thailand and home health care by the nurses from health promotion department. The research instruments composted of the Self-efficacy for disease self-management promoting program and the patients manual; living well with chronic disease. Data were collected using the sphygmomanometer, the disease control behavior questionnaire and SF-36, Thai version questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient were .91 and .93, respectively. The research implementation and data collection were conducted from June 2009 to July 2010. Data were analyzed using frequency, percentage,

mean, standard deviation, independent *t*-test, Chi-square test, repeated measure ANOVA, and multiple comparisons by Bonferroni method.

Results revealed that: 1) at 6-month after entering the program, the experimental group had statistically significant higher score of disease control behaviors and quality of life than baseline ($p < .05$) and had no statistically significant difference in systolic and diastolic blood pressure level compared to baseline; 2) at 12-month after entering the program, the experimental group had no statistically significant different score of disease control behaviors, quality of life, and systolic blood pressure than baseline; whereas the experimental group had statistically significant lower level of diastolic blood pressure than baseline ($p < .05$); 3) at 6-month after entering the program, the experimental group had statistically significant higher score of disease control behaviors and quality of life ($p < .001$ and $p < .05$, respectively), and had statistically significant lower diastolic blood pressure level than the control group ($p < .05$); whereas the systolic blood pressure level was not different; and 4) at 12-month after entering the program, the experimental group had statistically significant higher score of disease control behaviors and quality of life ($p < .001$), and had statistically significant lower diastolic blood pressure level than the control group ($p < .05$); whereas the systolic blood pressure level was not different.

Results suggested that the reinforcement strategies for disease control and factor influencing blood pressure in long term period study should be considered.

Keywords : Self-efficacy for disease self-management promoting program, Disease controlbehavior, Blood pressure level, Quality of life, People with hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญสำหรับประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงที่พบมากคือ ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) ซึ่งพบร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารที่มีไขมันสูง การมีไขมันในหลอดเลือดสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพศ และอายุที่มากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูง 11.50 ล้านคน ที่สำคัญคือ ร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 40 ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน โดยร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 25 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ หัวใจล้มเหลวหรือหัวใจวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมองไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงส่วนปลายผิดปกติ และจอประสาทตาเสื่อม จากการศึกษาพบว่าคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 3-17 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ (กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข, 2551) เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

จากรายงานการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งจะกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลาง (Norman, Victor, & Kaplan, 2009) มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยการรับประทานอาหารไขมันประเภทอิ่มตัวสูงเป็นประจำ ทำให้เพิ่มระดับของไลโปโปรตีนในเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคการดื่มกาแฟซึ่งมีสารกาเฟอีนที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) โดยศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจให้ทำงานมากขึ้น และกระตุ้นศูนย์ประสาทวากัส ทำให้เกิดการขยายและหดตัวของหลอดเลือด และความดันโลหิตสูงขึ้นได้ นอกจากนี้ การดื่มกาแฟในปริมาณมากจะมีผลทำให้นอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดความเครียด และก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมาได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การขาดการออกกำลังกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน การตอบสนองของหลอดเลือด และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของหลอดเลือด โดยที่สารแคทีโคลามีน (catecholamine) และผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายจะลดลง ทำให้มีความดันโลหิตลดลงได้ ส่วนในผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะส่งผลในทางกลับกัน โดยทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Chase, Sui, Lee, & Blair, 2009)

นอกจากนี้ พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ โดยการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีผลทำให้การออกซิเดชั่นของกรดไขมันลดน้อยลงทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ส่วนการสูบบุหรี่ส่งผลให้สารนิโคตินสามารถซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือดและกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีน มีผลให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Wexler & Aukerman, 2006) โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวนต่อวัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6.50 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ภาวะเครียด ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกกระตุ้นการหลั่งสารอีพิเนฟริน (epinephrine) จากต่อมหมวกไต และนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) จากปลายประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและหลอดเลือด โดยเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด และกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Lucini, Di Fede, Parati, & Pagani, 2005)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหลายประการที่เกี่ยวข้องกัพฤติกรรมซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ หากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเข้าใจถึงผลกระทบและอันตรายที่จะเกิดตามมา และมีการจัดการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างจริงจังคือ ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง รวมถึงการไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนและปรากฏอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; Fisher & Williams, 2005) ซึ่งเป้าหมายของการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงคือ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ในผู้ที่ไม่มีโรคร่วม สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี หรือมีโรคร่วม ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ไม่เกิน 130/80 mmHg เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่จะประสบความสำเร็จ ต้องเกิดจากผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเห็นความสำคัญและลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรคอย่างจริงจัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูง ร่วมกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาควบคู่ไปด้วย ปัญหาสำคัญในการส่งเสริมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังปฏิบัติพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และขาดความต่อเนื่องด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับประทานยา (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะควบคุมโรคได้ และเข้าใจว่าบุคคลที่มีความสำคัญในการควบคุมโรคได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ปรับการรักษาและดูแลควบคุมโรคให้กับผู้ป่วย ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคด้วยตนเองจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นกระบวนการ โดยบุคลากรทีมสุขภาพมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการจัดการกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งกำกับติดตามความก้าวหน้าของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่เกิดจากการรับรู้ว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะทำพฤติกรรมนั้น และขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ หากมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงและเห็นว่าทำแล้วจะเกิดประโยชน์ บุคคลจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้จำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถหรือสมรรถนะของตนเองในการปรับพฤติกรรม (Creer, 2000)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในต่างประเทศจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ Cochraneliabrary, MEDLINE, PsycINFO, Nursing and Allied Health database พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 13 เรื่อง โดยโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ (Chodosh et al., 2005) ส่วนการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่าโปรแกรมที่ใช้รูปแบบผสมผสานหลายกิจกรรม มีประสิทธิภาพในการช่วยให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมโรคด้วยตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้นและสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (ศรัญญา คล้ายสกุล, 2551; ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ, 2551; สุภัสรา ชมภู, 2551) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระยะสั้นไม่เกิน 4 เดือน ซึ่งผลของโปรแกรมอาจไม่ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและแนวคิดการจัดการตนเอง โดยใช้รูปแบบที่ผสมผสานหลายกลวิธี เพื่อมุ่งปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรค และพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) ซึ่งการที่บุคคลจะจัดการตนเองได้เหมาะสมจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ Creer (2000) ยังให้ความเห็นว่าการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้ดียิ่งขึ้น และร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพในการควบคุมโรคและการเจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามที่คาดหวัง การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้ 4 วิธี ได้แก่ 1) การที่บุคคลมีการกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จด้วยตนเอง จะช่วยให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และเชื่อว่าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งเป็นวิธีที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) การสังเกตประสบการณ์หรือความสำเร็จจากบุคคลอื่นหรือจากตัวแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแบบที่คล้ายคลึงกับตนหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายกัน จึงควรหาตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือได้รับผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลเช่นเดียวกับตัวแบบ 3) การได้รับการชักจูงโน้มน้าวด้วยคำพูดจากผู้ที่มีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น จะทำให้บุคคลเลิกสงสัยตนเองและเกิดกำลังใจมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้เกิดความสำเร็จ และ 4) การตัดสินความสามารถของตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะทางกายและอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกทางลบ และส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองลดลง โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะเครียดหรือเหนื่อยล้า กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

[พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก (clinical trial) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลแบบอนุกรมเวลา (time series) โดยงานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์แพทย์ชุมชนคูคต ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษา 2 ปี (ในช่วงเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม 2554) โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลในปีแรก ทั้งนี้ งานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพและอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดใกล้เคียง ที่มารับบริการที่ศูนย์แพทย์คูคต สาขาลำลูกกา 21 และสาขาเซียร์ รังสิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพที่มารับบริการที่ศูนย์แพทย์คูคต สาขาลำลูกกา 21 และสาขาเซียร์ รังสิต จังหวัดปทุมธานี ในช่วงเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม 2553 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยดังนี้ 1) เป็นผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุอยู่ในช่วง 25-75 ปี 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย สำหรับเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระหว่างการวิจัยที่แพทย์พิจารณาให้หยุดการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบคืนที่ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 255 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 3 ส่วน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กลยุทธ์ในการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคเป็นกลุ่มย่อย

และการจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคเป็นรายบุคคล

1.2 คู่มือการจัดการตนเองเรื่อง “อยู่อย่างเป็นสุขกับโรคเรื้อรัง” ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื้อหาในส่วนของการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค การเฝ้าระวังและติดตามการควบคุมโรคด้วยตนเอง และการประเมินผลการควบคุมโรค

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค ซึ่งพัฒนาโดยชดช้อย วัฒนะ, สุธน พรธิสาร, ณฐวรรณ รักวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง (2552) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน และด้านการจัดการความเครียด รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยทำเลย (0 ครั้งต่อสัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ทำพอ ๆ กับไม่ทำ (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ทำบ่อย (5-6 ครั้งต่อสัปดาห์) และทำเป็นประจำ (7 ครั้งต่อสัปดาห์)

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) โดยซื้อลิขสิทธิ์จาก Quality Metric ฉบับภาษาไทย และขอใช้เครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น 8 มิติ (dimensions) ได้แก่ 1) มิติ physical functioning จำนวน 10 ข้อ 2) มิติ role limitations due to physical problems จำนวน 4 ข้อ 3) มิติ bodily pain จำนวน 2 ข้อ 4) มิติ general health perceptions จำนวน 5 ข้อ 5) มิติ social functioning จำนวน 2 ข้อ 6) มิติ vitality จำนวน 4 ข้อ 7) มิติ role limitations due to emotional problems จำนวน 3 ข้อ และ 8) มิติ general mental health จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ และคำถามอิสระ 1 ข้อ (reported health transition) รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ แบบวัดได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า การคำนวณคะแนนทำโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-100 โดยคะแนนสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตดี

2.4 เครื่องวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) ยี่ห้อ Medical HIOO รุ่น Model HM-1100 ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยระบบควบคุมคุณภาพและผ่านการสอบเทียบเครื่องมือก่อนนำไปใช้

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำโปรแกรม คู่มือการจัดการตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคและแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .91 และ .93 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละครั้ง

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่ได้จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งได้รับการฝึกฝนในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะผู้วิจัย ประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค วัดระดับความดันโลหิตและเปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) และประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

4. คณะผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกัน ดังนี้

4.1 กลุ่มทดลอง คณะผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของวิทยาลัยอายุรศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชน ร่วมกับการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-15 คน ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ดำเนินการในสัปดาห์แรก ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เนื้อหาหลักประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและเป้าหมายในการควบคุมโรค โดยใช้สไลด์และคู่มือการจัดการตนเอง

ครั้งที่ 2 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การเลือกเมนูอาหารในชีวิตประจำวันและในโอกาสพิเศษ 2) การวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคของตนเองที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค 3) การฝึกการตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อสู่เป้าหมาย 5) การนำเสนอตัวแบบที่ควบคุมโรคได้ดี 6) การโน้มน้าวให้มีการปรับการรับประทานอาหาร การปฏิบัติเพื่อสู่เป้าหมาย 5) การนำเสนอตัวแบบที่ควบคุมโรคได้ดี 6) การโน้มน้าวให้มีการปรับการรับประทานอาหาร ให้เหมาะสมกับโรค โดยตั้งโจทย์สถานการณ์ให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และ 7) การสะท้อนคิดร่วมกัน

ครั้งที่ 3 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การอภิปรายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยวิธีฤาษีดัดตนพื้นฐาน 15 ท่า โดยแจกเอกสารภาพประกอบให้ไปปฏิบัติต่อที่บ้าน 3) การวิเคราะห์ปัญหาในการออกกำลังกายที่ผ่านมา 4) การให้ตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย 5) การโน้มน้าวให้ออกกำลังกายให้ได้ตามเป้าหมาย และ 6) การสะท้อนคิดร่วมกัน

ครั้งที่ 4 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและด้านการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การเล่าประสบการณ์การเกิดความผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การแก้ไขปัญหาและสิ่งที่ได้เรียนรู้ 2) การกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยวิเคราะห์ถึงสาเหตุและพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ทำให้เกิดปัญหา 3) การสังเกตอาการแสดงหรือสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 4) การแลกเปลี่ยนปัญหาในการรับประทานยา 5) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแต่ละชนิดในเรื่องการออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง และข้อควรระวังในการใช้ 6) การตั้งเป้าหมายในการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ 7) การปรับพฤติกรรมการรับประทานยาให้ถูกต้อง และ 8) การกำหนดสถานการณ์ให้แก้ปัญหาและสรุปแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

ครั้งที่ 5 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยการลดความเครียดในชีวิตประจำวัน 2) การอภิปรายเกี่ยวกับ

ผลกระทบของความเครียดต่อระดับความดันโลหิต 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดการความเครียด 4) การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการหายใจ (breathing relaxation technique) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) 5) การฝึกตั้งเป้าหมายในการจัดการความเครียด และ 6) การกำหนดสถานการณ์ให้แก้ปัญหาและสรุปแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แผนภูมิต้นไม้ (Wattana, 2006) มาเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรค และใช้เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาระดับการควบคุมโรคดังนี้ 1) ใบไม้สีเขียว แสดงถึงการควบคุมโรคที่ดี หมายถึง มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg ในผู้ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย หรือน้อยกว่า 130/80 mmHg ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 2) ใบไม้สีเหลือง แสดงถึงการควบคุมโรคในระดับพอใช้ หมายถึง มีระดับความดันโลหิต 130/80-149/99 mmHg ในผู้ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย หรือ 130/85-149/99 mmHg ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว และ 3) ใบไม้สีแดง แสดงถึงการควบคุมโรคไม่ได้ หมายถึง มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 150/100 mmHg

4.2 กลุ่มควบคุม คณะผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชน

5. ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค วัดระดับความดันโลหิตและเปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) และประเมินคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินความพร้อมก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง และหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยได้ประสานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อการช่วยเหลือทันที และให้การพยาบาลอย่างเต็มศักยภาพ สำหรับกลุ่มควบคุมนั้น เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย จะได้รับการจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจ และได้รับคู่มือการจัดการตนเองเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test และการทดสอบไคสแควร์ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรค ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมตลอดการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 163 คน คิดเป็นร้อยละ 63.92

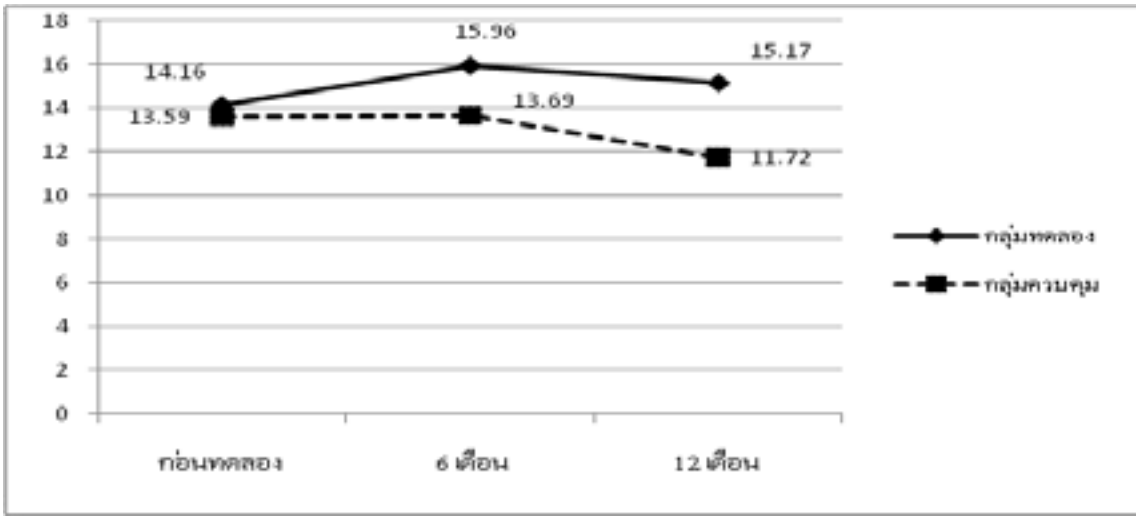
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.96 และ 61.32 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 50-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.31 และ 70.16 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.84 และ 46.23 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.54 และ 58.49 ตามลำดับ ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 55.77 และ 65.09 ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 45.19 และ 47.17 ตามลำดับ และทุกคนมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 69.23 และ 76.42 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าโปรแกรมและระยะเวลามีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 71.322$, $p < .001$ และ $F = 7.488$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน ($p > .05$) ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าหลังการทดลอง 12 เดือน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคต่ำกว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 และพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.267$, $p < .001$, และ $F = 47.357$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	476.201	1	476.201	71.322	< .001
ความคลาดเคลื่อน	861.300	129			
ภายในกลุ่ม					
กลุ่ม*เวลา	101.367	2	50.678	7.488	.001
ความคลาดเคลื่อน	1746.076	258	6.768		

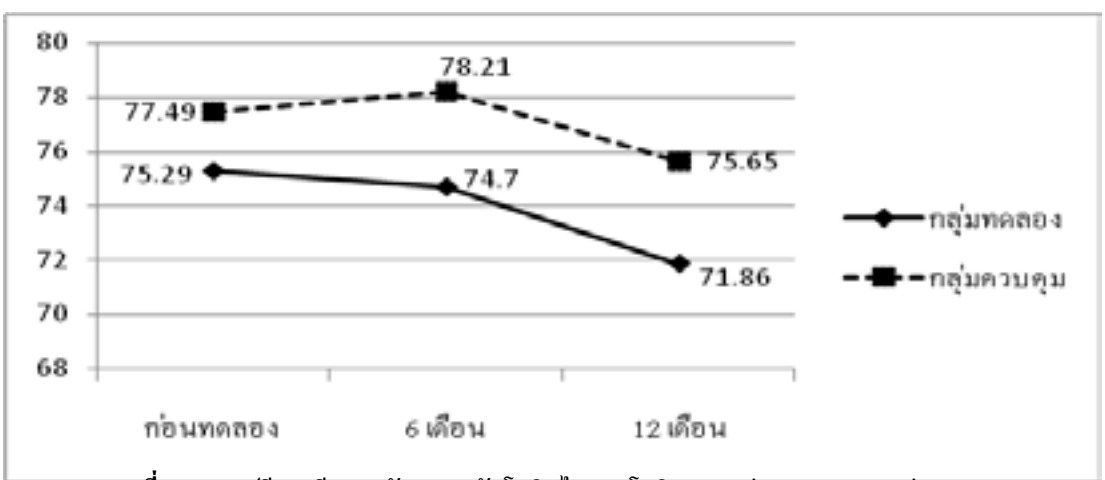


แผนภาพที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	*p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	14.16	2.08	13.59	2.84	1.760	.186
หลังการทดลอง 6 เดือน	15.96	1.95	13.69	2.53	33.267	< .001
หลังการทดลอง 12 เดือน	15.17	2.15	11.72	3.26	47.357	< .001

3. การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าโปรแกรมและระยะเวลาไม่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่โปรแกรมและระยะเวลามีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.773$, $p < .01$, $F = 3.289$, $p < .05$ ตามลำดับ) พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้น พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.695$, $p < .05$ และ $F = 4.707$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3



แผนภาพที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

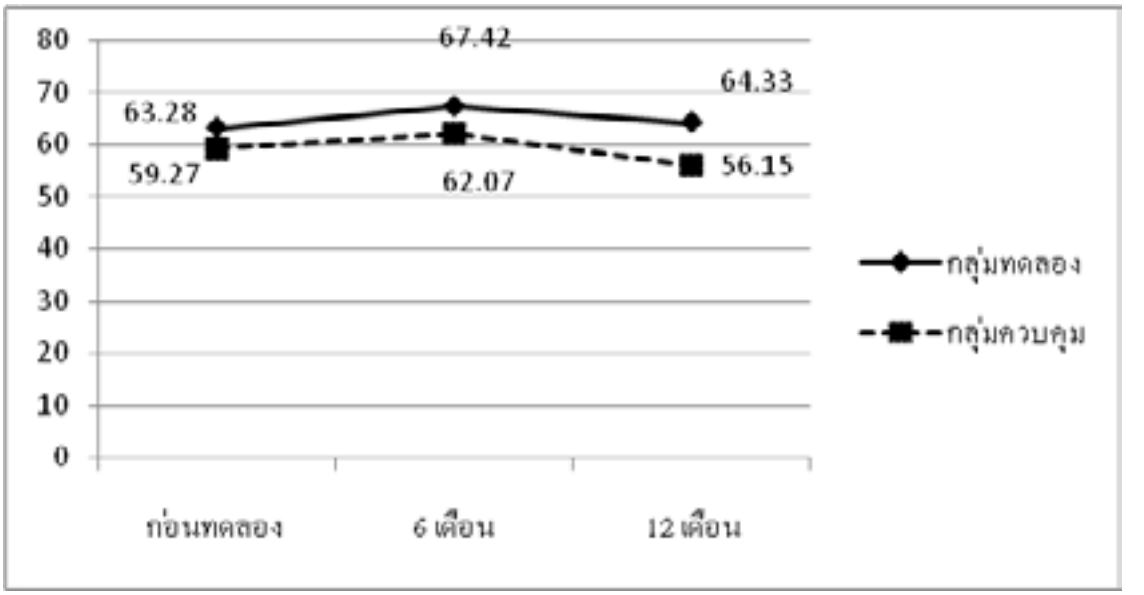
ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	*p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	75.29	10.92	77.49	7.97	1.460	.146
หลังการทดลอง 6 เดือน	74.70	10.03	78.21	9.97	4.695	.032
หลังการทดลอง 12 เดือน	71.86	10.32	75.65	12.15	4.707	.032

4. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าโปรแกรมและระยะเวลามีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 13.886$, $p < .001$, $F = 3.074$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในแผนภาพที่ 3 และพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.746$, $p < .05$ และ $F = 15.998$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p*
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	3199.376	1	3199.376	13.886	< .001
ความคลาดเคลื่อน	34791.910	129	230.410		
ภายในกลุ่ม					
กลุ่ม*เวลา	1393.737	2	696.869	3.074	.048
ความคลาดเคลื่อน	68478.244	258	226.733		

คะแนนเต็ม 100



แผนภาพที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	*p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	63.28	14.08	59.27	16.15	1.137	.288
หลังการทดลอง 6 เดือน	67.42	13.92	62.07	18.02	5.746	.018
หลังการทดลอง 12 เดือน	64.33	12.61	56.15	20.11	15.998	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการได้รับการรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบครบวงจร ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแนวคิดการจัดการตนเอง ด้วยการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความรุนแรง ผลเสียหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งได้ร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้เทคนิคการชักจูงด้วยคำพูด เทคนิคการเล่าเรื่อง ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค และการชี้ให้เห็นวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค นอกจากนี้ในการอภิปรายกลุ่ม คณะผู้วิจัยได้เสนอค่าระดับความดันโลหิต รวมทั้งระดับไขมันในเลือด ที่เป็นค่าเป้าหมายที่แสดงถึงความสำเร็จในการควบคุมโรค และให้มีการประเมินตนเองเมื่อเทียบกับเป้าหมาย มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อสงสัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมโรค ได้ฝึกการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคของตนเอง และมีการใช้คู่มือในการบันทึกผลเพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมาย รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมโรคได้แก่ การเลือกชนิดอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติจากการที่ประสบผลสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้มีการกระตุ้นติดตามโดยการแจ้งผลการควบคุมโรคเป็นระยะพร้อมทั้งสะท้อนให้เห็นผลการปฏิบัติในการควบคุมโรคโดยให้มีการประเมินตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ที่สามารถควบคุมโรคได้ดี ได้เล่าวิธีการปฏิบัติตนให้กลุ่มรับฟัง สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และใช้แผนภูมิต้นไม้ที่แสดงสัญลักษณ์ของสีใบไม้ที่แสดงการควบคุมโรค ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิดความคาดหวังว่าจะมีความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และเกิดความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมือนตัวแบบ

การวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ว่าการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การสังเกตตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด รวมทั้งการกระตุ้นสภาวะทางสรีระและอารมณ์ สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น นำไปสู่การควบคุมโรคได้ดีขึ้น และการวิจัยยังสนับสนุนแนวคิดของ Creer (2000) ที่ว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองต้องเริ่มจากการให้บุคคลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัฒน์ วงพุทธคำ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการศึกษาของศรัญญา คล้ายสกุล (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน พบว่าการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง มีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น เป็นผล

มาจากการที่รับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น จากผลของระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหลังการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพ โดยเห็นว่าความรุนแรงของโรคที่ประสบอยู่ลดน้อยลง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wattana (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเองและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่มย่อย และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 6 เดือน

สำหรับผลการเปรียบเทียบการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่มีระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยบางส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะยาว ซึ่งคณะผู้วิจัยไม่ได้จัดระบบติดตามกระตุ้นการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับบริบทของสถานที่ดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นสังคมเมืองและกึ่งเมือง ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มไม่ค่อยสม่ำเสมอ ต้องเปลี่ยนกลุ่มโดยไปเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มอื่นในบางครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความคุ้นเคยกับสมาชิกในกลุ่ม และบางคนไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นหรือซักถามเมื่ออยู่ในกลุ่มใหม่ แม้ว่าคณะผู้วิจัยจะแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถโทรศัพท์มาสอบถามได้เมื่อมีปัญหา แต่พบว่ามีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่โทรศัพท์มาสอบถามปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมยังได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลที่มีมาตรฐาน ประกอบกับในการศึกษาระยะยาวนั้น อาจมีการปรับขนาดยาในการรักษาระหว่างดำเนินการวิจัยสำหรับผู้ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งคณะผู้วิจัยไม่ได้มีการติดตามเรื่องการปรับขนาดยาดังกล่าว ที่อาจมีผลต่อระดับความดันโลหิตในการวิจัยครั้งนี้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามโปรแกรมด้วยข้อจำกัดของลักษณะชุมชนที่เป็นชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ข้อมูลที่ได้บางส่วนจึงไม่สมบูรณ์ ทำให้ถูกคัดออกจากการวิจัย รวมทั้งแบบแผนความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ต้องไปเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มอื่น ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิจัย และมีความจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท โดยควรเพิ่มการกระตุ้นติดตามเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยควรศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนเพื่อปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.2 ควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เทศบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการฝึกทักษะการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนางานด้านการส่งเสริมการควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาซ้ำ โดยควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิต และติดตามผลการควบคุมโรคในระยะยาว

2.2 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การประสานงานด้านการรักษาและการจัดกิจกรรม

ส่งเสริมการควบคุมโรคมีความต่อเนื่อง โดยให้ผู้รับผิดชอบงานในคลินิกโรคเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในโปรแกรม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ชดช้อย วัฒนะ, สุธน พรธิสาร, ณฐวรรณ รักวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง. (2552). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2* (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล. (2552). *ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ศรัญญา คล้ายสกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ. (2551). *ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551*. สืบค้น วันที่ 8 ธันวาคม 2554, จาก http://www.thaihypertension.org/guideline.html

สุภัสษร ชมภู. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*: *The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

Chase, N. L., Sui, X., Lee, D. C., & Blair, S. N. (2009). The association of cardiorespiratory fitness and physical activity with incidence of hypertension in men. *American Journal of Hypertentions, 22*(4), 417-424.

Chodosh J., et al. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine, 143*(6), 427-438.

Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.

Fisher, N., & Williams, G. (2005). Hypertensive vascular disease. In Kasper, D., Fauci, F., Longo, D., Braunwald, E., Hauser, S., & Jameson, J. L. (Eds.). *Harrison's principle of internal medicine*. pp. 1463-1481. New York: McGraw Hill.

Lucini, D., Di Fede, G., Parati, G., & Pagani, M. (2005). Impact of chronic psychosocial stress on autonomic cardiovascular regulation in otherwise healthy subjects. *Hypertension, 46*(5), 1201-1206.

Norman, M., Victor, M., & Kaplan, R. G. (2009). *Kaplan's clinical hypertension*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Wattana, C. (2006). *Effects of the diabetes self-management program on knowledge of diabetes, glycemic control, cardiovascular disease risk, and quality of life among people with type 2 diabetes* (doctoral dissertation). Chiang Mai University.

Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonphamacologic strategies for managing hypertension. *American Family Physician, 73*(11), 1953-1956.