



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ  
และหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
AN EFFECT OF THE SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS TO  
DECREASE THE CV RISK SCORE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

นิศารัตน์ รวมวงษ์<sup>1</sup>

Nisarat Ruamwong

เสาวภา เล็กวงษ์<sup>3</sup>

Saowapa Lekwong

อรพรรณ บุญลือ<sup>2</sup>

Orapan Boonlue

สุธี สุนทรชัย<sup>4</sup>

Sutee Soontronchi

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จันทบุรี 22000

Registered Nurse Professional, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, 22000, Thailand,

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จันทบุรี 22000

Registered Nurse Practitioner, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, 22000, Thailand

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จันทบุรี 22000

Registered Nurse Practitioner, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, 22000, Thailand

<sup>4</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง สระแก้ว 27160

Professional Public Health Technical Officer, Baan Tha-Chang Health Promoting Hospital, Sakaeo, 27160, Thailand

Correspondence Author E-mail: saowapa1@pnc.ac.th

Received: April 9, 2020

Revised: May 29, 2020

Accepted: June 28, 2020

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) คัดเลือกตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) และแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .820 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะโปรแกรมการจัดการตนเอง ควรนำไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคความดันโลหิตสูง

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a self-management program on health behaviors to decrease the CV risk score in patients with hypertension which based on the self-management model of Creer (Creer, 2000). Thirty-three hypertension patients were recruited and separated into 2 groups. The experimental group received the self-management program for 24 weeks. On the other hand, the control group was provided the usual care. The research instruments were composed of a self-management program for decreasing the CVD risk score, a patient manual for self-management to control diseases and decrease the CVD risk score, an assessment program for the Thai CVD risk score, and a self-management behavior questionnaire. The instruments were examined the content validity by experts. Cronbach's alpha coefficient was .82. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research result showed that after enrolling in the program for 24 weeks, the experimental group had a significantly higher mean score of self-management behaviors than the control group at the level of .05. Moreover, the CV risk score of the experimental group was significantly lower than the one of the control group at the level of .05.

This research suggested that health care providers should promote the self-management program to be a guideline for developing a model of care about chronic illness for clinical outcomes.

**Keywords :** self-management program, health-behavior, CV risk score, hypertension

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นซึ่งถือเป็นฆาตรกรเงียบ (Silent killer) องค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้อีก 8 ล้านคนต่อปี ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคนในแต่ละปี และมีการคาดเดาว่า กลุ่มวัยผู้ใหญ่ มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 3 คนในปี

ค.ศ. 2025 (WHO, 2019) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 - 2560 พบอัตราป่วยของผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุสูงเป็นอันดับ 2 ของ 10 ลำดับแรก ซึ่งมีอัตรา 1,882.32, 1,993.38 และ 2,076.76 รายต่อแสนประชากรต่อปี (Strategy and Planning Division, 2017) จากการศึกษาสถานการณ์ป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยในระยะ 5 ปี พ.ศ. 2553-2557 พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 2 และมีอัตราสูงเพิ่มขึ้น 1.32 เท่า จาก 24.07 ต่อแสนประชากรเป็น 31.84 ต่อแสนประชากร (Srivaniachakorn, 2017) ซึ่งสาเหตุของ

การเกิดโรคดังกล่าวล้วนเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม และความเครียด เป็นต้น (Boontein, Sanaha, Pinyopasakul, & Musikthong, 2017; Janpen, Suwanno, & Samienphet, 2011; Brady et al., 2013) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Reamrimmadun and Sombutputhon (2018) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมหยุดรับประทานยาเอง รับประทานยาผิดเวลา และการนำยาของผู้อื่นมารับประทาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมที่เกินมาตรฐาน (Srihadom, Pimpak, & Thani, 2019) และไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค เนื่องจากไม่กล้าถามพยาบาลและแพทย์ (Hanarong, Toonsiri, & Rattanaagreeethakul, 2017)

แนวคิดการจัดการตนเองของแครีเยอร์ (Creer, 2000) สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกำกับ และควบคุมโรคด้วยตนเองส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและสามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Sanee, 2014; Khamchata, Wattana, & Harnirattisai, 2017; Yu et al., 2017) ผลการศึกษาของ Wankham, Wattana, and Khampalikit (2015) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า หลังได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p < .001$ ) และคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kongjareern, Wattana, and Harnirattisai (2013) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

รายงานผลการดำเนินการควบคุมโรคไม่ติดต่อกองสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2560 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัด ซึ่งในอำเภอวัฒนานคร มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ร้อยละ 59.61 จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภค และวิถีการดำเนินชีวิต โดยปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีเยอร์ (Creer, 2000) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการค้นหาผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

### การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแครีเยอร์ (Creer, 2000) เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้โดยใช้การเสริมแรงอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา สุขภาพของตนเอง (Wattana, 2015) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนหรือประเมินตนเอง โดยบุคลากรที่มีสุขภาพมีบทบาทในการให้ความรู้ และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Praphasil, Wattana, and Tharavanij (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะอันควมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการหายของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuaphae, Jitramontree, and Leelahakul (2015) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ร้อยละ 70.6 ( $R^2 = .706$ ,  $F = 68.314$ ,  $p = .000$ )

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์

### สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากร** คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและไม่มีโรคร่วม ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านท่าช้าง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

**ตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปีและไม่มีโรคร่วมที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านท่าช้าง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ขนาดตัวอย่างกำหนดโดยใช้อำนาจการทดสอบที่ .80 ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดตัวอย่าง 40 คน (Glass, 1976 as cited in Srisatidnarukul, 2010) เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีก 26 คน รวมทั้งหมด 66 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 33 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง** คือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านการทดสอบว่ามีการรับรู้ปกติ

มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

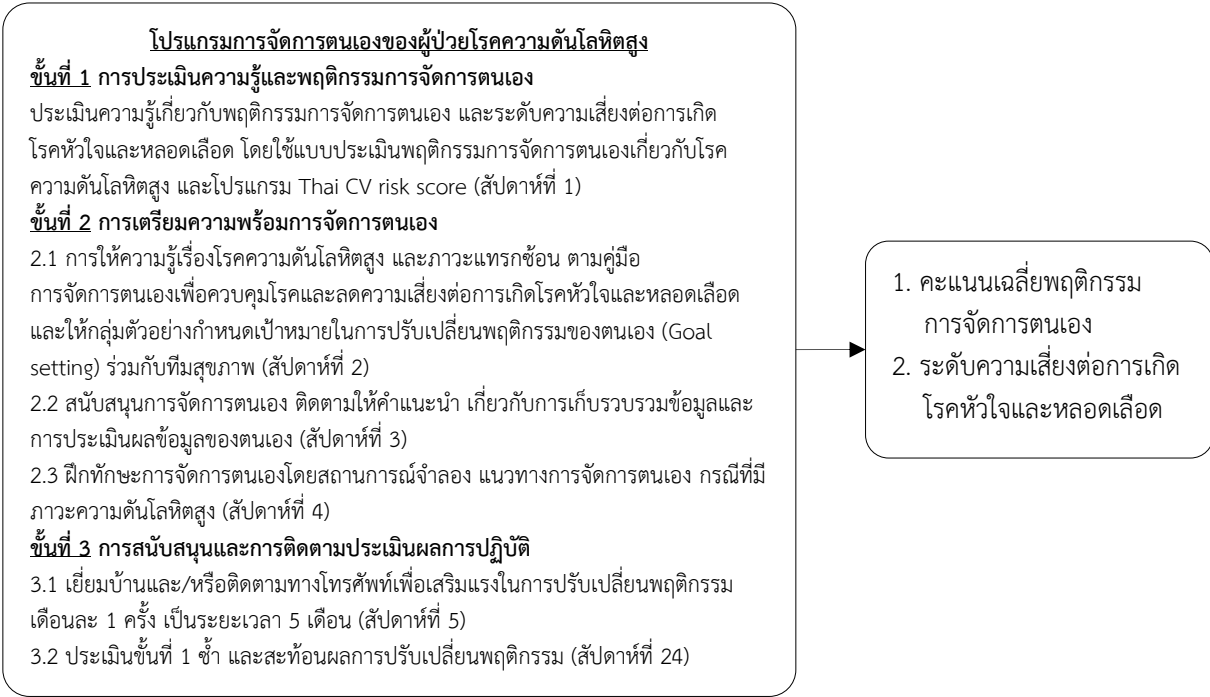
**เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย** คือ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และแพทย์ให้ยุติการเข้าร่วมโปรแกรมและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบถ้วนหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมในภายหลัง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มี 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ Wankham et al. (2015) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับจาก 1-5 ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เคยทำเลยใน 1 สัปดาห์

พฤติกรรมที่ทำนาน ๆ ครั้ง พฤติกรรมที่ทำพอกับไม่ทำ พฤติกรรมที่ทำบ่อย และพฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมในระดับต่ำ (น้อยกว่า 60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (60-80 คะแนน) และในระดับสูง (มากกว่า 80 คะแนน)

**ส่วนที่ 2** โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของแครีย์ (Creer, 2000) มี 3 ขั้นตอน ดังแผนภาพ



ภาพ 1 โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

**ส่วนที่ 3** คู่มือการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลรักษา 2) แนวทางการจัดการ

ตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

**ส่วนที่ 4** โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) ที่พัฒนาโดยนายแพทย์ปริญญา วาทีสาธกกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล version 2016

**การพิทักษ์สิทธิ์** การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ 6 เอกสารรับรองเลขที่ 015 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561 ภายหลังจากอนุมัติผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติที่ผู้ร่วมวิจัยได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ชั้นเตรียมการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ชั้นดำเนินการตามโปรแกรม

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองเพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัย และให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และประเมินค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แล้วดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมเพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัย และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และประเมินค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยสอนให้ความรู้ คำแนะนำตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยสถิติพรรณนา

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยสถิติที่

### ผลการวิจัย

ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 67 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน มีการสูญหายออกจากโปรแกรมของกลุ่มทดลอง 1 คน สาเหตุจากอุบัติเหตุและเสียชีวิต ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 63 และ 63.9) โดยมีอายุเฉลี่ย 62 และ 64 ปี มีสถานภาพคู่ ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 57.6 และ 100 เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 3-6 ปี (ร้อยละ 57.6 และ 54.5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นร้อยละ 81.8 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $t = -2.570, p = .013$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 และ 24 สัปดาห์ (n=66)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	69.606	6.656	66.545	6.982	-1.823	.073
หลังเข้าร่วมโปรแกรม						
12 สัปดาห์	64.727	9.077	66.151	6.335	.739	.463
24 สัปดาห์	69.848	6.874	64.848	8.814	-2.570	.013

ตาราง 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายด้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ (n=66)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง (24 สัปดาห์)		ก่อน		หลัง (24 สัปดาห์)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. ด้านอาหารและเครื่องดื่ม	24.456	.467	24.333	.474	23.485	.601	23.364	.831
2. ด้านการจัดการความเครียด	10.970	.344	10.061	.408	10.545	.456	10.575	.460
3. ด้านการออกกำลังกาย	10.121	.472	10.061	.339	9.000	.452	8.151	.454
4. ด้านการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิต	24.060	.460	25.394	.538	23.515	.516	22.757	.601

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.450, p = .017$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 และ 24 สัปดาห์ (n=66)

ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.967	9.159	13.589	7.327	-1.165	.248
หลังเข้าร่วมโปรแกรม						
12 สัปดาห์	14.286	8.241	15.386	8.983	.518	.606
24 สัปดาห์	11.733	6.495	16.460	8.981	2.450	.017

### การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 3-6 ปี และยังไม่

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ นอกจากนี้ยังเคยชินกับการมีพฤติกรรมดังกล่าวมาเป็นเวลานาน และยังมีสุขภาพทั่วไปดีจึงขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้อาจเกิดจากระยะเวลาที่ยังไม่เพียงพอสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองจึงส่งผลให้คะแนน

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 12 สัปดาห์นี้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่เพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ (Rerkluenrit & Pramuansup, 2016) และเมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนหรือประเมินตนเอง ในระยะเวลาที่เหมาะสมซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรมควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาระยะยาวพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wattana, Suprakitcharoen, Rugwongprayoon, & Raetong, 2015) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงสูงเพิ่มขึ้น ส่วนในด้านอื่น ๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง จึงส่งผลให้ค่าคะแนนพฤติกรรม

กรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสามารถสนับสนุนทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model: TTM) ที่กล่าวว่า ในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งอยู่ในช่วงที่ยังไม่คิดหรือไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนถึงเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเตรียมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนในช่วง 16-24 สัปดาห์อยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติหรือเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011) และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จาก 86 รายงานยืนยันว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (Patnode et al., 2017)

คะแนนความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าร่วมโปรแกรมจึงส่งผลให้ระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน แต่เมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมหลัง 24 สัปดาห์พบว่า คะแนนความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยผู้วิจัยได้นำเสนอ สัญลักษณ์สีไฟจราจรที่แสดงถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงระดับความเสี่ยงของตนเองได้ชัดเจนขึ้นจึงส่งผลต่อความตระหนักในการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว อีกทั้งกลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ที่เป็นไปได้ร่วมกับทีมวิจัยเช่น การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว และการไม่ขาดยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Praphasil et al., 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิต และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นความดันโลหิตสูงพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (Kongjarern et al., 2013) และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรีพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมที่ 4 สัปดาห์มีค่าความดันซิสโตลิก หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Kongvivat, Lemsawasdikul, & Nuysri, 2017) ซึ่งค่าซิสโตลิกเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการลดค่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การลดความเสี่ยงความพิการ และการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Patel et al., 2016)

สรุปผลการศึกษาคั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

## ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการจัดการตนเองควรนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพและมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก รวมไปถึงการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในที่สมสุขภาพ ทั้งด้านการปฏิบัติงาน และการวิจัยปัจจัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

- Boontien, P., Saneha, C., Pinyopasakul, W., & Musikthong, J. (2017). The effect of a self-management support program on body mass index, behaviors in controlling metabolic syndrome and risks of cardiovascular disease among police personnel. *Journal of The Royal Thai Army Nurse, 18*(Supp), 346-356.
- Brady, T. J., Murphy, L., O'Colmain, B. J., Beauchesne, D., Daniels, B., Greenberg, M., M., . . . Chervin, D. (2013). A meta-analysis of health status, health behaviors, and health care utilization outcomes of the chronic disease self-management program. *Preventing Chronic Disease, 10*. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120112>.
- Creer, T. L. (2000). *Self-management of chronic illness*. In *Handbook of Self-regulation*. California, CA: Academic.
- Hanaraong, A., Toonsiri, C., & Rattanaagreeethakul, S. (2017). Factors affecting eating behaviors among hypertensive patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 25*(3), 52-64.
- Janpen, J., Suwanno, J., & Samienphet, T. (2011). Risks of coronary heart disease in women with hypertension: A systematic review. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 12*(1), 14-27.
- Khamchata, L., Wattana, C., & Hamirattisai, T. (2017). The effects of a self-management program on self-management behaviors, waist circumference, blood sugar level, and cardiovascular disease risk among persons with metabolic syndrome. *Nursing Journal, 44*(3), 65-76.
- Kongjarern, S., Wattana, C., & Hamirattisai, T. (2013). 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, 40*(1), 23-33.

- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stage of change, *Journal of clinical psychology, 67*(2), 143-154.
- Patel, P., Ordunez, P., Dipette, D., Escobar, M. C., Hassell, T., . . . Angell, S. (2016). Improved blood pressure control to reduce cardiovascular disease morbidity and mortality: The standardized hypertension treatment and prevention project. *The Journal of Clinical Hypertension, 18*(12), 1284-1294.
- Patnode, C. D., Evans, C. V., Senger, C. A., Redmond, N., & Lin, J. S. (2017). Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without known cardiovascular disease risk factors updated evidence report and systematic review for the us preventive services task force. *The Journal of the American Medical Association, 318*(2), 175-193.
- Phuaphae, J., Jitramontree, N., & Leelahakul, V. (2015). Factors predicting self-management behaviors among older persons with cardiovascular risks. *Journal of Nursing Science, 33*(2), 41-50.
- Praphasil, O., Wattana, C., & Tharavanij, T. (2013). Effects of promoting self-efficacy in a self-management program on self-management behaviors, obesity, cardiovascular disease risk, and regression of metabolic syndrome among persons with metabolic syndrome. *Nursing Journal, 40*(1), 34-48.
- Reamrimmadun, Y., & Sombutputhon, P. (2018). Factors related to drug compliance behaviors of hypertension patients in the community, Ban Pho district, Chachoengsao province. *Nursing Public Health and Education Journal, 19*(1), 132-143.
- Rerkluenrit, J., & Pramuanup, R. (2016). The effects of a supportive educational program by an interdisciplinary health care team on health promotion behavior to heart failure prevention among patients with coronary Artery disease and coexisting hypertension. *Journal of Nursing and Health Care, 34*(3), 40-47.
- Srihadom, O., Pimpak, T., & Thani, T. (2019). Sodium quantity in food consumption of hypertension patients in the Ban Don Klang Tai, that district, Amphoe Warinchamrab, Ubon Ratchathan. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 2*(1), 34-43.
- Sanee, A. (2014). Self-management program in chronic diseases. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(2), 129-134.
- Sriwanichakorn, S. (2017). Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. *Disease control journal, 43*(4), 379-390.
- Strategy and Planning Division. (2017). *The rate of illness of patients with hypertension without cause*. Retrieved from [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/ill\\_2560\\_full.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2560_full.pdf).
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research* (5th ed). Bangkok: You and I intermedia.
- Yu, E, Y, T., Wan, E, Y, F., Wong, C, K, H., Chan, A, K, H., Chan, K, H, Y., Ho, S., K., . . . Lam, C, L, K. (2017). Effect of risk assessment and management programme for hypertension on clinical outcomes and cardiovascular disease risks after 12 months: A population-based matched cohort study. *Journal of Hypertension, 35*(3), 627-635.
- Vathesatogkit, P. (2016). *Thai CV risk score application*. Retrieved from [https://med.mahidol.ac.th/cardio\\_vascular\\_risk/thai\\_cv\\_risk\\_score/](https://med.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/)
- Wankham, P., Wattana, C., & Khampalikit, S. (2015). The effects of a self-management program on hypertension controlling behaviors and mean arterial pressure among persons with hypertension. *Nursing Journal, 42*(1), 49-60.
- Wattana, C. (2015). Self-management support: Strategies for promoting disease control, *Journal of Phrapokkiao nursing college, 26*(1), 117-124.
- Wattana, C., Suprakitcharoen, C., Rugwongprayoon, N., & Raetong, P. (2015). 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, *Journal of Phrapokkiao Nursing College, 26*(1), 72-89.
- World Health Organization. (2019). *World hypertension day 2019*. Retrieved from [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/world-hypertension-day-2019/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-hypertension-day-2019/en/).