

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โรงพยาบาลอินทร์บุรี

จารุณี ปลายยอด* ชีวรัตน์ ต่ายเกิด**

กลุ่มการพยาบาล, โรงพยาบาลอินทร์บุรี*

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, โรงพยาบาลอินทร์บุรี**

Received: 2 ส.ค.64

Revised: 17 เม.ย.65

Accepted: 18 เม.ย.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ปี 2560 ถึง 2564 อำเภออินทร์บุรี อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 11.52 เป็น ร้อยละ 14.67 อัตราการควบคุมความดันโลหิต เท่ากับ ร้อยละ 42.68 และ 52.05 ตามลำดับ ผู้ที่ไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

วิธีการศึกษา: งานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือผู้ที่เป็นความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ จำนวน 50 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น สร้างโดยเทอดศักดิ์ เดชคงจากทฤษฎีการสนทนา สร้างแรงจูงใจ ของมิลเลอร์ และ โรลนิก โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 12 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตและแบบบันทึกการให้คำแนะนำแบบสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-square

ผลการศึกษา: หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) กลุ่มทดลอง มีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: โปรแกรมนี้ใช้เวลาสั้นๆ ปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีปริมาณมาก ตามระบบนัดปกติของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น, การควบคุมความดันโลหิต, โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

Effects of a brief advice behavioral intervention program on blood pressure control on patients with essential hypertension at Inburi Hospital

Jarunee Plaiyod*, Cheewarat Taikerd**

Nursing department, Inburi hospital*

Department of psychiatry and drug dependence, Inburi hospital**

Abstract

Introduction: In 2017, the mortality rate of stroke in Inburi District increased from 11.52% with a blood controlled rate of 42.68%. The rate has increased to 14.67%, with a blood controlled rate of 52.05%. in 2021 Patients with uncontrolled hypertension appear to have a higher risk of cardiovascular disease.

Methods: This quasi-experimental research employed a pretest and a post test. Fifty samples selected through purposive sampling according to the inclusion criteria were divided into two groups: experimental and control groups. The experimental group comprising 25 patients with uncontrolled hypertension participated in a brief advice behavioral intervention program developed by Detkong based on the motivational interviewing theory by Miller and Rollnick. The program consisted of 3A skills: 1) affirmation, 2) ask, and 3) advice. The experimental group was requested to participate in the program for 4 times, 5 minutes each, and a follow-up visit was conducted every 1-2 months. The control group with 25 patients received routine care. The following instruments were used to collect data were sphygmomanometer or digital blood pressure monitor and a brief advice record form. Data were analyzed using t-test and chi-square.

Results: After the end of program, it was found that 1) the average systolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than the control group ($P<.05$), and 2) the level of blood pressure control of the experimental group was significantly higher than the control group ($P<.05$).

Conclusion: The brief advice behavioral intervention program took less time. If used a large number of patients, the program duration could be adjusted as appropriate to meet the appointment times of the patients.

Keyword: Brief advice behavioral intervention program, blood pressure control, Patients with essential hypertension

บทนำ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมากถึง พันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้ อยู่ใน ประเทศกำลังพัฒนา¹ และได้คาดการณ์ว่าจะ เพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ.2025)² ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า 1 ใน 3 ของประชาชนชาวอเมริกัน หรือประมาณ 67 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง³ สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2551-2552 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 มาเป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ.2562-2563 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในช่วงระหว่างปี 2552-2553 กับ 2562-2563 เท่ากับร้อยละ 18.69⁴ ด้านการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ปีงบประมาณ 2562-2564 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี เท่ากับ ร้อยละ 59.2, 58.6, 56.5 ตามลำดับ⁵ อาจกล่าวได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อัตราการควบคุมโรคมีแนวโน้มลดลง

ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ตั้งแต่ปี 2560 ถึง 2564 อำเภออินทร์บุรี มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเกินเกณฑ์และเพิ่มสูงขึ้น คือร้อยละ 11.52 เป็นร้อยละ 14.67 ในขณะที่จำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น 8,314 ราย เป็น 9,077 ราย อัตราการควบคุมความดันโลหิต เท่ากับ ร้อยละ 42.68 และ 52.05 ตามลำดับ⁶ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การควบคุมความดันโลหิตสูงทำได้โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรักษาด้วย⁷ ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง

การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน ภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁸ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจึงจะต้องมีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา 72 งานวิจัย พบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI) ระหว่างตัวแปร ดัชนีมวลกาย ระดับคลอเลสเตอรอลในเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด นอกจากนี้ พบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ส่งผลในด้านดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค พบว่า ร้อยละ 64 ของงานวิจัยที่มีการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผลการวิจัยออกมาดี หากปฏิบัติมากกว่า 1 ครั้ง⁹

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการลดค่าซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ โดยวัดผลก่อนและหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 โปรแกรมที่ใช้ คือโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาที กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 40 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ พัทลุงและสงขลา ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.8-91.2 มีค่าซิสโตลิกลดลงโดยการควบคุมค่าซิสโตลิก พบว่า ร้อยละ 76.1, 78.1 และ 79.2 มีค่าที่ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับภายหลังจบโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ¹⁰

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงเสนอโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลอินทร์บุรี ซึ่งโปรแกรมนี้มีจุดเด่นที่ใช้เวลาน้อยและสอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นความดันโลหิตสูง มีแรงจูงใจและมีความมั่นใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิตมากกว่าการให้คำแนะนำซึ่งเป็นการบริการปกติมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากมารับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิกเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย ซึ่งการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ โดยไม่เกิดความลังเล¹¹ โดยอ้างอิงมาจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของโปรคาสกาและไดคลีเมนต์¹² การสนทนาสร้างแรงจูงใจนั้น มีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) คือ 1) engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบำบัดผ่านการสนทนาที่เรื่องที่ผู้รับบำบัดให้ความสำคัญ หาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางการสนทนาสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยค้นหาข้อดีและชื่นชม 2) fight out & strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้นโดยการถามกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบำบัดได้คิดและพูดคำพูดที่บ่งบอกถึงความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกมา เป็นคำพูดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) advice with menu คือ การให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด¹⁰ โดยนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ได้นำมาปรับปรุงการสนทนาเป็นให้เป็นโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า BA ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข โดยใช้ทักษะ

3As คือ 1.1 Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี 1.2 Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ และ 1.3 Advice การให้คำแนะนำ โดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต และนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹³ ในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะ

เปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็นสัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่า ได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว¹³

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 1-2 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1

โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice)
โดยใช้ทักษะ 3As คือ

1. Affirmation การชื่นชม
 2. Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ
 3. Advice การให้คำแนะนำ
- จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที
ทุก 1-2 เดือน เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ความดันโลหิตซิสโตลิก
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test and Post-test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี ระหว่าง มกราคม 2562 – 30 กันยายน 2562

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ 1) อายุ 20 ปี ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 80 ปี 2) ควบคุม

ความดันโลหิตสูงไม่ได้ คือ ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง ในการวัดความดันโลหิต 4 ครั้งที่ผ่านมา การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power version 3.1 โดยผู้วิจัยใช้สถิติ Independent t-test กำหนด ค่าแอลฟา เท่ากับ .05 power of the test เท่ากับ .80 อ้างอิงจากการศึกษาของ Rubak, Sandback, Lauritzen และ Christensen ที่ศึกษาจากการวิเคราะห์เมต้าผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก พบว่า การประมาณค่าอิทธิพลร่วมกันอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 4.22⁹ ผู้วิจัยจึงใช้ effect size = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกับ 21 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice intervention) โดยใช้ทักษะ 3As คือ 1. Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี 2. Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ 3. Advice การให้คำแนะนำ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 1-2 เดือน เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งพัฒนาโดยนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง เป็นผู้ผ่านการอบรมและได้รับการรับรองตามหลักสูตร ดังนี้ 1) motivational interviewing introduction & update วันที่ 11-12 มิถุนายน ค.ศ.2012 ณ Swalec stadium, Cardiff รับรองโดย William R. Miller และ Stephen Rollnick 2) Pre-conference workshop “developing & implementing Mi-consistent practices in research & clinical setting” วันที่ 19-21 มิถุนายน ค.ศ.2017 ณ Philadelphia, PA, United states รับรองโดย William R. Miller และ Theresa B. Moyers ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 จังหวัด ก่อนทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทั้ง 2 ท่านผ่านการอบรมหลักสูตรการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 5 วัน ของกรมสุขภาพจิต และเป็นวิทยากรกลุ่มในการอบรมหลักสูตรการสนทนาสร้างแรงจูงใจของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี 2549 การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตใช้โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยใช้ทักษะ 3As เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่เข้าร่วมโครงการวิจัยของกรมสุขภาพจิต

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท/ชนิดอัตโนมัติสอดแขนด้วยระบบดิจิทัล ได้รับการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากบริษัทตรวจสอบเครื่องมือแพทย์

2) แบบบันทึกการให้คำแนะนำแบบสั้น ประกอบข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรักษา และการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ โรคประจำตัว ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก สิ่งสำคัญในชีวิตหรือแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสิงห์บุรี ตามเอกสารรับรองหมายเลขจริยธรรมในมนุษย์ SEC/2562 ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามรับทราบข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ในช่วงป่วยหรือ จากฐานข้อมูลโรคเรื้อรังและพบผู้ป่วยในช่วงเช้าของวันนัด โดยสลับวันกัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ช่วงเช้าของวันนัด ผู้วิจัยสอบถามความสนใจผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อเข้าร่วมโปรแกรม ให้การดูแลกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 1-2 เดือน เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ในการวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามค่าความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ พ.ศ.2562¹⁴

ระยะเวลา มกราคม 2562 – 30 กันยายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลในระหว่างการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

1.2 ทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov test ของตัวแปรความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก หากพบว่าการแจกแจงแบบปกติจึงจะทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test หากการแจกแจงไม่เป็นปกติจะใช้ non-parametric

1.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้ Wilcoxon Signed-rank Test เนื่องจากทดสอบแล้ว พบว่า ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

1.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Independent t-test

1.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ก่อน

และหลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Chi-square test

2. เก็บข้อมูลในระหว่างการศึกษาสนทนากับผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย 11 คน (ร้อยละ 44) เพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 56) อายุ 60 ปีขึ้นไป 12 ราย (ร้อยละ 48) อายุเฉลี่ย 59.8 ปี (SD=8.5) อยู่บ้านเฉยๆ 14 ราย (ร้อยละ 56) ส่วนใหญ่ BMI > 23 Kgs/m² 23 ราย (ร้อยละ 92) เป็นเบาหวานร่วมด้วย 13 ราย (ร้อยละ 52) สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย 10 คน (ร้อยละ 40) เพศหญิง 15 คน (ร้อยละ 60) อายุ 60 ปีขึ้นไป 14 ราย (ร้อยละ 56) อายุเฉลี่ย 59.9 ปี (SD=9.0) อาชีพรับจ้าง 13 ราย (ร้อยละ 52) BMI > 23 Kgs/m² 24 ราย (ร้อยละ 96) เป็นเบาหวานร่วมด้วย 8 ราย (ร้อยละ 68)

2. ผลการศึกษิตตามสมมติฐานของการวิจัย

2.1 สมมติฐานที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) และพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมไม่ได้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
Systolic BP	135.80	13.84	143.64	13.57	-2.02	.04
Diastolic BP	79.80	11.39	83.48	10.85	-1.53	.13

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ของทั้งสองกลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดังตารางที่ 2) เนื่องจากหลังเข้าร่วม

โปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ คือ < 90 mmHg การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งประเด็นที่การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ซึ่งตามข้อเสนอแนะของ JNC 8 guidelines ที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกให้ < 140 mmHg³

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed-rank Test

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ค่าสถิติ	P-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
Systolic BP	158.44	10.35	135.80	13.84	t= 7.28	.01
Diastolic BP	87.80	8.85	79.80	11.39	z= 3.16*	.001
กลุ่มควบคุม						
Systolic BP	150.92	14.00	143.64	13.57	t= 2.51	.01
Diastolic BP	85.56	9.04	83.48	10.85	z= -.86*	.19

*ค่าสถิติของ Wilcoxon Signed-rank Test

2.2 สมมติฐานที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 72 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 28 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตารางที่ 3) ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนครั้งของการปรับยาที่ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตและข้อมูลการรักษา หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X ²	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การควบคุมความดันโลหิต					9.68	.01
คุมได้	18	72.0	7	28.0		
คุมไม่ได้	7	28.0	18	78.0		
การปรับยาความดันโลหิต					.00	1.00
ปรับยา	12	48.0	8	32.0		
ไม่ปรับยา	13	52.0	17	68.0		

3. ข้อมูลที่ได้จากการสนทนา

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากับกลุ่มทดลอง โดยบันทึกสิ่งสำคัญในชีวิตหรือแรงจูงใจซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิต 4 ข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อน ไม่อยากเป็นภาระกับผู้อื่น ร้อยละ 64 2) อยากอยู่กับคนที่รักไปนานๆ ร้อยละ 24 3) ต้องดูแลสามี ลูก หลาน ต้องทำหน้าที่เป็นเสาหลักของครอบครัว ร้อยละ 8 และ 4) อยู่เพื่อทำงานที่ตนเองรัก ร้อยละ 4 ด้านพฤติกรรมที่กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนเพื่อการควบคุมความดันโลหิต (ปฏิบัติได้มากกว่า 1 พฤติกรรม) 5 ข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) กินยาต่อเนื่อง ร้อยละ 96 2) ลดการรับประทานอาหารเค็ม ร้อยละ 28 3) ควบคุมปริมาณอาหาร ร้อยละ 20 4) ติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 12 และ 5) เพิ่มการออกกำลังกาย ร้อยละ 8

สรุป

โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรม เกิดแรงจูงใจและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของทั้ง 2 กลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มทดลอง มีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โปรแกรมนี้ใช้เวลาน้อย สามารถปรับให้สอดคล้องกับระบบนัดปกติของผู้ป่วย เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปริมาณมาก และปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้

อภิปรายผล

หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของทั้ง 2 กลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ โดยไม่เกิดความลังเล¹¹ เนื่องจาก โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น 4 ครั้ง ในแต่ละครั้ง เน้นการใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation การชื่นชมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) Ask การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจให้ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต โดยพบว่าสิ่งสำคัญในชีวิตหรือแรงจูงใจ ของกลุ่มทดลอง 4 ข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อน ไม่อยากเป็นภาระกับผู้อื่น ร้อยละ 64 2) อยากอยู่กับคนที่รักไปนานๆ ร้อยละ 24 3) ต้องดูแลสามี ลูก หลาน ต้องทำหน้าที่เป็นเสาหลักของครอบครัว ร้อยละ 8 และ 4) อยู่เพื่อทำงานที่ตนเองรัก ร้อยละ 4 ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และ 3) Advice ทักษะการให้คำแนะนำ ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิตและจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ พฤติกรรมที่กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนเพื่อการควบคุมความดันโลหิต (ปฏิบัติได้มากกว่า 1 พฤติกรรม) 5 ข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) กินยาต่อเนื่อง ร้อยละ 96 2) ลดการรับประทานอาหารเค็ม ร้อยละ 28 3) ควบคุมปริมาณอาหาร ร้อยละ 20 4) ติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 12 และ 5) ออกกำลังกายเพิ่ม ร้อยละ 8 การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ กิรณา อรุณแสงสด วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธภักดิ์ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจต่อการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาตรวจที่แผนกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลสุโขทัย-เอก จ.นราธิวาส โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผลการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ($P < .001$) และความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($P < .001$) และระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง ($P < .05$) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05¹⁵ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเทอดศักดิ์ เดชคง (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซิสโตลิกและน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มใช้รูปแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure Design) เพื่อเปรียบเทียบค่าซิสโตลิกและค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัย พบว่า เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนและหลังจบโปรแกรมทันที ก่อนโปรแกรมและติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าซิสโตลิก < 140 mmHg คิดเป็นร้อยละ 87.3, 86.3, และ 86.1 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ร้อยละ 65.8, 72.1, และ 83.5 ตามลำดับ ส่วนค่าน้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ

ละ 86.1, 92.4 และ 94.9 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 65.8, 72.1 และ 83.5 ตามลำดับ¹⁶

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ต้องการการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง^{17, 18, 19} เนื่องจาก โปรแกรมนี้ใช้เวลาน้อยและสามารถปรับให้สอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการปรับพฤติกรรมได้

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) อาจเนื่องจาก แรงจูงใจ ซึ่งเป็นพลังผลักดันให้คนมีพฤติกรรมแล้วยังกำหนดทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมนั้น ลักษณะของแรงจูงใจ มี 2 ประการคือ แรงจูงใจภายในเป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลและแรงจูงใจภายนอกตัวบุคคลที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การได้รับรางวัล เกียรติยศ ชื่อเสียง คำชม เป็นต้น²⁰ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ บางรายอาจเกิดแรงจูงใจจากภายในของตนเอง หรืออาจได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจากแรงจูงใจภายนอก แล้วทำให้เกิด การเรียนรู้ เกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ซึ่งบุคคลเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง คือ 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง 2) การสังเกต “ตัวแบบ” หรือสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์²¹ ทำให้กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อย่างไรก็ดี การใช้เทคนิคการ

สนทนาร่างแรงจูงใจร่วมด้วย จะทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากระยะเวลาในการให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นการสนทนาโดยใช้หลัก 3As ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที อาจได้ข้อมูลพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) โดยใช้ทักษะ 3As นำมาปรับใช้ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตที่ 1 -2¹⁴ หรือโรคเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1C 7-7.9%²² และยังไม่มีความแทรกซ้อนทางไต
2. ระยะห่างของการสนทนาไม่ควรเกิน 1 เดือน ควรเพิ่มการติดตาม โดยการใช้ทักษะ 3As ทางโทรศัพท์ กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง และเพิ่มเอกสารคำแนะนำการดูแลตนเองเพื่ออ่านทบทวนเมื่ออยู่ที่บ้าน
3. ควรเพิ่มแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี ที่สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ผู้อำนวยการสำนักวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและ อ.ดร.สิรินทร สุขดี หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ปรึกษางานวิจัย และขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธาริณี พงษ์นันท์และนิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2556. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2556]: 1-7 เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/news/announcement/message%20HT%2012%2004%2012update.pdf>.
2. Brookes, L. New US National Hypertension Guidelines-JNC 8-To be announced. [internet]. 2008. [cited July 26, 2010] Available from www.medcape.com
3. Vila, E. H. (2015). A review of the JNC 8 blood pressure guideline. Texas Heart Institute Journal. 43 : 13 : 226-7.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อ 5 มิติ. ใน รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นข้อมูล เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2565 จาก : thaincd.com/2016/media-detail.php.
5. จิตรา บุญโพก หทัยชนก เกตุจนา เบญจมาศ นาคราช ขวัญชนก อีสระ วรรณญา ตรีเหล่า รุ่งนภา ลั่นอรุณและคณะ. (2565). รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 สืบค้นข้อมูล เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2565 จาก : ddc.moph.go.th.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. ฐานข้อมูล HDC จังหวัดสิงห์บุรี.[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://sbr.hdc.moph.go.th>.
7. Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., & Izzo, J.L., et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (The JNC 7 report). JAMA 2003; 289: 19 : 2560-72.

8. ณัฐจิรพรรณ พันธุ์มั่ง อลิสร่า อยู่เลิศและสรณัฐรัตน์ ลัทธิต. ประเด็นสารณรงคืวันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารณรงคืวันความดันโลหิตสูงโลก_2562.pdf.
9. Rubak, S., Sandback, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing : a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 2005 ; April : 305-11.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. (2563). ผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซีสโตลิก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *กระป๋องวารสาร*, 3(2), 19-26.
11. Miller, W., & Rollnick, S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd New York: Guilford Press; 2013.
12. Procaska, J.O. & Diclemente, C. C. The transtheoretical approach: In Norcross, J., Goldfried, M.R., editors. *Handbook of psychotherapy integration*. 2nd ed. Oxford university press; 2005-p141-171
13. เทอดศักดิ์ เดชคง. คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Counseling) สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในระบบสาธารณสุข. *โครงการพัฒนาศักยภาพวิทยุอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม*; 2556.
14. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ พ.ศ.2562*. เชียงใหม่: ทรินิตี้.
15. กิรณา อรุณแสงสด วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและอรสา พันธุ์ภักดี. (2557). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3), 129-44.
16. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซีสโตลิกและน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการ สคร.9* 2563; 26(3), 62-71.
17. กมลพรรณ วัฒนากุล อารณ ดินาน สายใจ พัวพันธ์ และ Joanne Kraenzle Schneider. (2556). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานคนไทยที่มีภาวะอ้วน. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2556; 17(4) : 356-70.
18. รชนี อุทัยพันธ์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*; 27(1) :136-48.
19. องค์อร ประจันเขตต์. ผลของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
20. นนทวัฒน์ อธิจิมากร. แรงจูงใจบทเรียนสำคัญที่สุดของความสำเร็จระดับตำนาน. กรุงเทพฯ: บริษัทรุ่งแสงการพิมพ์ จำกัด; 2560.
21. Bandura, A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Eaglewood Cliffs; 1997.
22. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี : บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.