

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่ม
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่
Effects of Self - Management Program on Health Behaviors and Blood
Pressure among Pre Hypertension Group, Pak Huaioi Health Promoting
Hospital, Phrae Province

Corresponding author E-mail: kik_naka-f@hotmail.com

(Received: May 1, 2019; Revised: June 27, 2020;

Accepted: July 5, 2020)

ภักยานี หนันชัย (Pakkayanee Thananchai)¹

อาทิตยา วังวนสินธ์ (Artitaya Wangwonsin)²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ สื่อวีดิทัศน์ รูปภาพโปสเตอร์ เครื่องวัดความดันโลหิต และแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการศึกษา พบว่า 1) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง 2) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นถึงกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองได้ดีกว่าเนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมในการปฏิบัติ เช่น การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง ทำให้มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพตนเองในทางที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับความดันโลหิต

1 นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) มหาวิทยาลัยนเรศวร

Master of Public Health in Public Health, Naresuan University

2 อาจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Lecturer. Dr., Faculty of Public Health, Naresuan University

อีเมล: kik_naka-f@hotmail.com

Email: kik_naka-f@hotmail.com

อีเมล: artittaya12@gmail.com

Email: artittaya12@gmail.com

ABSTRACT

This quasi-experimental research with two group pretest-posttest design aimed to examine the effect of self-management program on health behaviors and blood pressure level among pre hypertension group, Pak Huaioi health promoting hospital, Phrae province. The 52 samples were purposive sampling and divided into experimental group and comparison group. Duration of this program for 12 weeks. The instruments consist self-management program, self-management manual for pre hypertension group, health behaviors record, video media, picture poster, blood pressure monitor and questionnaires about health beliefs and health behaviors. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and the hypotheses were tested using t-test statistics. The statistical significance was .05 levels.

Results showed that 1) after received self-management program the experimental group had a significantly average score level difference ($p<.05$) on, health behaviors higher than before receiving the program and blood pressure lower than before receiving the program. 2) that after received self-management program the experimental group with control group had a significantly average score level difference ($p<.05$) on, experimental group had health behaviors higher than control group and blood pressure lower than control group. This shows that the supporting with self-management process; goals setting, define activity process as self-monitoring, self-evaluation, self-reinforcement can be help pre-hypertension group change their behavior to reduce their health risks.

Keywords: Self - Management Program, Health Behaviors, Blood Pressure

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่งที่สามารถป้องกันได้และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2004 พบว่ามีคนเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจำนวนร้อยละ 1.7 และคาดว่าในปี ค.ศ.2030 เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 2.1 (World Health Organization, 2008) และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่

ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2012)

สถานการณ์ในประเทศไทย อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาคเมื่อเปรียบเทียบกับจากปี พ.ศ.2544 และปี พ.ศ.2554 โดยพบว่ามีอัตราป่วยจาก 287.5 ต่อแสนประชากรเพิ่มเป็น 1,433.61 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า (Strategic and Planning Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2011)

ซึ่งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ได้
คาดการณ์แนวโน้มการตายของคนไทยโดยระบุว่า
โรคหัวใจหลอดเลือดสมองและมะเร็งเป็นปัญหา
สำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ
สถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทยที่พบ
แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้
เพิ่มขึ้นต่อเนื่องตลอด 20 ปีที่ผ่านมา (Strategic and
Planning Group, Office of the Permanent
Secretary, Ministry of Public Health, 2012)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2556 พบ
อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1,930.60,
1,986.78 และ 2,213.68 ต่อแสนประชากรตามลำดับ
(Strategic and Planning Group, Office of
the Permanent Secretary, Ministry of Public
Health, 2012) และจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ ปี พ.ศ.
2556-2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิต
สูง 10,718.63, 14,707.24 และ 15,127.71 ต่อ
แสนประชากรตามลำดับ (Rongkwang Hospital,
2015) และจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปาก
ห้วยอ้อย ในปีงบประมาณ 2556-2558 พบอัตรา
ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง 421.05,
831.60 และ 1,252.61 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ
โดยเมื่อคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงใน
ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มี อายุ 35 ปีขึ้นไป ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อยในปี
งบประมาณ 2558 จำนวน 161 คน พบมีภาวะ
เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 58
คน คิดเป็นร้อยละ 36.02% ของประชากร (Pak
Huaioi Health Promoting Hospital, 2015)

ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
(Pre HT) ในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลปากห้วย
อ้อย อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ
2556-2558 พบป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงราย
ใหม่ร้อยละ 4.21, 8.32 และ 12.52 ตามลำดับ
(Pak Huaioi Health Promoting Hospital,
2015) ซึ่งเกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่
กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 10 (Strategic and
Planning Group, Office of the Permanent
Secretary, Ministry of Public Health, 2013)
ซึ่งหากเป็นแล้วจะทำให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานกับ
การเป็นโรครวมทั้งมีโรคแทรกซ้อนที่ทำให้พิการ
และเสียชีวิต ดังนั้น การดำเนินการเพื่อลดโอกาส
เสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มี
พฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ไม่พัฒนาไปเป็นผู้ป่วยจึง
มีความสำคัญเพราะจะทำให้กลุ่มเสี่ยงมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดีโดยการเพิ่มศักยภาพของกลุ่มเสี่ยงให้
สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

การจัดบริการลดเสี่ยงลดโรคที่
ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลปากห้วย
อ้อย ปัจจุบันได้มีการดำเนินแผนงานโครงการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดโอกาสการเกิดโรค
ความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยมีกิจกรรมการอบรม
ให้ความรู้อยู่เสมอทุกปี แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการที่
ดำเนินการอยู่ยังไม่ประสบผลสำเร็จอัตราการเกิด
โรคจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มป่วยยังสูง ทั้งนี้เนื่องจาก
การขาดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ถึงแม้มีการดำเนินการให้ความรู้เพื่อดำเนินการ
ควบคุม แสดงถึงวิธีการเดิมที่ใช้อยู่ยังมีผลน้อยต่อ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาการ
ดำเนินงานใหม่ในการเพิ่มศักยภาพกลุ่มเสี่ยงโรค
ความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) มาใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นวิธีที่ได้ยอมรับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต้องผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการประเมินข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง เมื่อประเมินและตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นไม่เหมาะสมก็จะปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่และปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Coates & Boore, 1995)

ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดของ Kanfer (1991) มีขั้นตอนดำเนินการประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการ

วางแผนในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

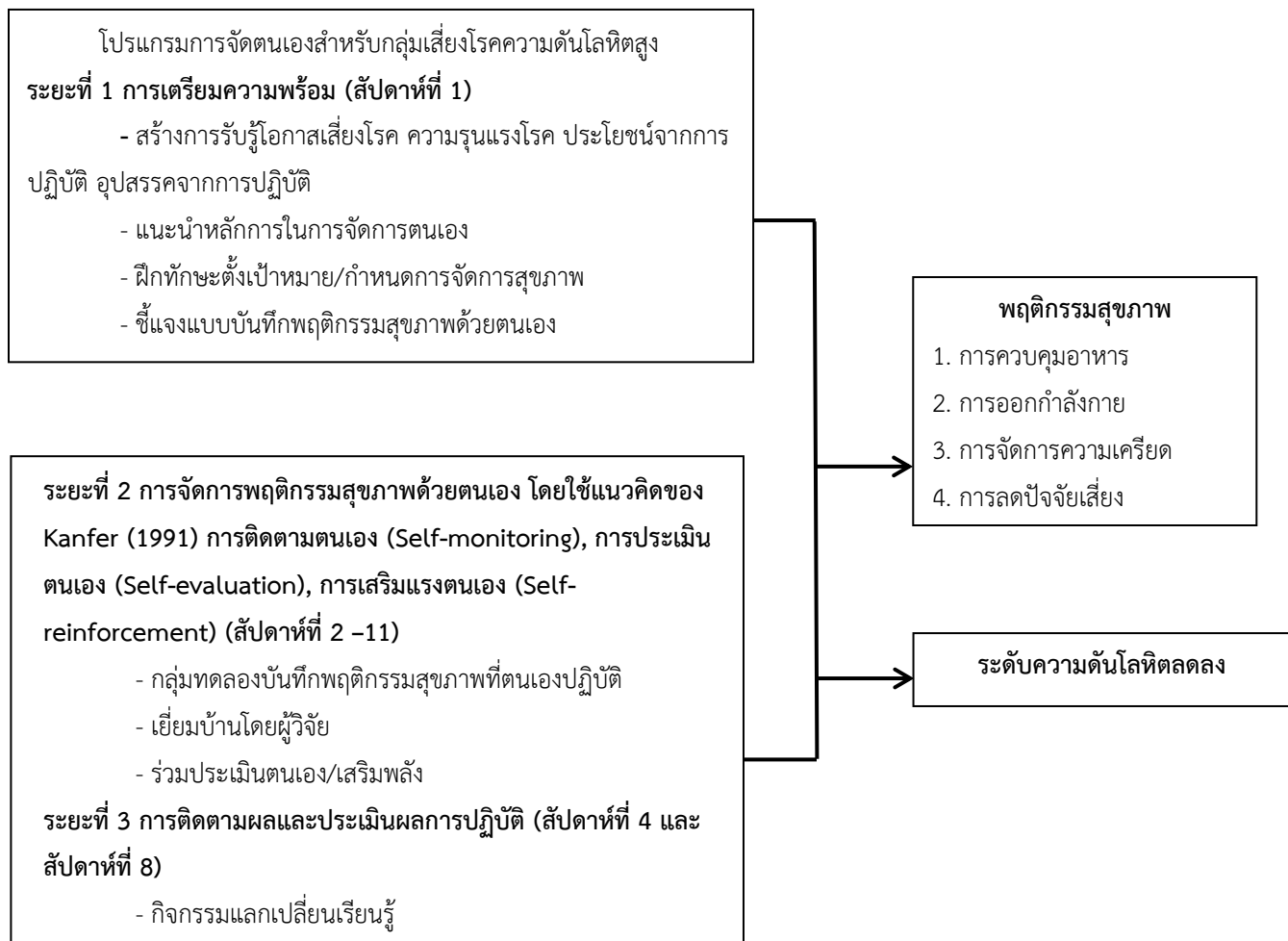
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
3. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) บุคคลที่มีอายุ 35-59 ปี มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure, SBP) มีค่าระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure, DBP) มีค่าระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ และขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2558 จำนวน 26 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ที่ขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ.2558 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบสองกลุ่มคู่ขนาน (Boonnuch, et al., 2011)

การศึกษานี้ใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากการศึกษาที่คล้ายกับการศึกษานี้คือการศึกษารายบุคคลของ เบญจมาศ ถาดแสง ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม

การจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (Thatsaeng, 2011)

แทนค่าในสูตร

$$N = \frac{2 \left(Z \frac{\alpha}{2} + Z\beta \right)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$N = \frac{2(1.96+0.84)^2(8.58)^2}{(92.71-85.47)^2}$$

$$N = 22.02 \text{ หรือ } 23 \text{ ราย}$$

จากการคำนวณพบว่าขนาดตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ 23 ราย แต่เพื่อป้องกันเกิดการสูญหายของสมาชิกในระหว่างเข้าโปรแกรม (Drop Out) จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Jekel, et al., 2007) รวมเป็น 26 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre HT) ในเขตรับผิดชอบทุกคน ทั้งหมด 26 ราย

สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยใช้จำนวน 26 รายเท่ากัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง โดยเลือกในเขตบ้านต้นหนูน ตำบลบ้านเวียง จังหวัดแพร่ ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียง จังหวัดแพร่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่

2. มีค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) มีค่าระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) มีค่าระหว่าง 80 - 89

มิลลิเมตรปรอทและไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง และการเขียนด้วยภาษาไทยได้

4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด เป็นต้น

2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมด้วยตนเองได้

3. อยู่ในขณะตั้งครรภ์

4. มีโรคร่วมอื่น เช่น เป็นโรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ

5. ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 การจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวิธีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินผลตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จากการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง

2. คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 11 ส่วน จำนวน 36 หน้า ได้แก่ แบบฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ และอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง

3. แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองเป็นแบบเติมข้อความประกอบด้วย 1) แบบบันทึกค่าระดับความดันโลหิตที่วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ชนิดดิจิตอล หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท ซึ่งวัดโดยผู้วิจัยขณะเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 2) แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการควบคุมอาหาร

4. สื่อวีดิทัศน์ รูปภาพโปสเตอร์ เกี่ยวกับผลกระทบโรคความดันโลหิตสูง ผลิตโดยสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Non- Communicable Diseases, Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2015)

5. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิตอล

6. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ คุณลักษณะบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ของครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ครอบคลุมเนื้อหาตามความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ประเมินค่า 5 ระดับ ความคิดเห็น ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนรวมของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุดลดด้วยค่าต่ำสุดหารสาม (Gunnasud, 1999) ซึ่งสามารถแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลคะแนนรวมของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุดลดด้วยค่าต่ำสุดหารสาม (Karnasut, 1999) ซึ่งสามารถแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ภายหลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้วนำแบบสอบถามมา

คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้วิธีตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level CVI :I-CVI) โดยพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) ตั้งแต่ .8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008 as cited in Wongpiriyayothar, Buitee, Chamusr, Meethien & Pitaksanurak, 2005) พบว่าค่าCVI แบบสอบถามความด้านเชื้อสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เท่ากับ .98, 1, .94, 1, 1 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง เท่ากับ .97, 1, .97, 1, และ .90 ตามลำดับ

นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในอำเภอใกล้เคียง คือ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นรายด้าน (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ .70 ขึ้นไป (Nunnally, 1978) งานวิจัยนี้คำนวณหาความเที่ยงโดยมีค่าความเชื่อมั่น (α) พบว่าแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เท่ากับ .90, .70, .80, .73,

.74 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง เท่ากับ .72, .74, .75, .76 และ .75 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโปรแกรมการจัดการตนเอง นำไปหาตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาารูปแบบ และกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล มีการสอบเทียบค่ามาตรฐานเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกปี โดยหน่วยซ่อมบำรุงโรงพยาบาลร่งกวาง จังหวัดแพร่ เป็นผู้ดำเนินการ และมีการใช้เครื่องวัดอันเดิมทุกครั้งในการวัดความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No.455/2016 IRB No.641/59 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัย ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ ส่วนคำตอบหรือ

ข้อมูลทุกอย่างที่ได้ผู้ศึกษาได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าเก็บเป็นความลับแต่นำเสนอผลการศึกษาเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังจากสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกทดลองวัดความดันโลหิตและลงค่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้ในแบบบันทึกที่กำหนด ส่วนวิธีการวัดความดันโลหิตให้ทำตามที่สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยแนะนำ (Thai hypertension society, 2015) และการฝึกทักษะในการใช้แบบสอบถาม โดยผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังปึง จำนวน 10 คน เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล 4 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพชี้แจงโครงการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกันแล้วนัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

5. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามขั้นตอนโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 1-6 ใช้เวลารวม 4.45 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ในเรื่องความหมายสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 นำเสนอสื่อวีดิทัศน์ที่มีความยาว 15 นาที รูปภาพโปสเตอร์การเจ็บป่วย

การสูญเสีย โดยใช้สื่อรูปภาพผู้ป่วยชี้ให้เห็นความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 3 แนะนำหลักการในการจัดการตนเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมาย โดยใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 5 เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหาเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมที่จะดำเนินการเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย โดยใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 6 ชี้แจงแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองให้กลุ่มทดลองและได้รับแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมแจกคู่มือการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ผู้วิจัยสอนการจดบันทึก โดยใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 7 สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 การจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง [การติดตามตนเอง (Self-monitoring), การประเมินตนเอง (Self-evaluation), การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)] (สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 11)

กลุ่มทดลองปฏิบัติการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน บันทึกผลในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองทุกวัน

ระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อครั้ง

และรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 โดยใช้เวลา 30 นาทีต่อครั้ง/คน

สัปดาห์ที่ 12

ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการจัดโปรแกรม ใช้สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 อายุอยู่ในช่วง 52 – 59 ปี ร้อยละ 46.2 (M = 50.69, SD = 6.117, Min = 40, Max = 59) สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.5 ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา ร้อยละ 61.5 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 84.6 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000 – 5,666 บาท ร้อยละ 100 รอบเอวปกติ ร้อยละ 65.4 และค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI = 18.5-22.9) ร้อยละ 46.2 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (BMI $\geq$ 23) ร้อยละ 46.1 (M = 22.71, SD = 3.0984, Min = 15.6, Max = 31.6)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 อายุอยู่ในช่วง 46 – 51 ปี ร้อยละ 46.2 (M = 48.58, SD = 5.763, Min = 38, Max = 59) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.8 ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา ร้อยละ 46.2 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 65.4 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000 – 5,666 บาท ร้อยละ 80.8 รอบเอวเกินเกณฑ์ (ชาย $\geq$ 90 ซม., หญิง $\geq$ 80 ซม.) ร้อยละ 65.4 และค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI = 18.5-22.9) ร้อยละ 38.5 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (BMI $\geq$ 23) ร้อยละ 61.5 (M = 24.58, SD = 3.8167, Min = 19, Max = 36.2)

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	62.38	4.981	ปานกลาง	82.50	4.236	สูง	-20.995	<.001*
ด้านการควบคุมอาหาร	21.38	2.334	ปานกลาง	27.38	1.813	สูง	-13.628	<.001*
ด้านการออกกำลังกาย	17.81	2.079	ปานกลาง	24.50	2.214	สูง	-12.328	<.001*
ด้านการจัดการความเครียด	15.42	2.626	ปานกลาง	22.04	2.088	สูง	-10.750	<.001*
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง	7.77	1.632	สูง	8.58	1.837	สูง	-3.430	.002*

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มทดลองภายหลัง

ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	124.85	8.885	115.69	11.334	4.524	<.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	80.50	4.572	73.27	6.004	5.303	<.001*

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มี

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมสุขภาพ								
โดยรวม								
กลุ่มทดลอง	62.38	4.981	ปานกลาง	82.50	4.236	สูง	17.622	<.001*
กลุ่มควบคุม	62.31	6.247	ปานกลาง	62.58	3.911	ปานกลาง		
ด้านการควบคุมอาหาร								
กลุ่มทดลอง	21.38	2.334	ปานกลาง	27.38	1.813	สูง	6.566	<.001*
กลุ่มควบคุม	21.50	4.091	ปานกลาง	21.58	4.130	ปานกลาง		
ด้านการออกกำลังกาย								
กลุ่มทดลอง	17.81	2.079	ปานกลาง	24.50	2.214	สูง	10.409	<.001*
กลุ่มควบคุม	17.50	2.657	ปานกลาง	18.31	2.074	ปานกลาง		
ด้านการจัดการ								
ความเครียด								
กลุ่มทดลอง	15.42	2.626	ปานกลาง	22.04	2.088	สูง	9.343	<.001*
กลุ่มควบคุม	15.58	3.126	ปานกลาง	15.19	3.099	ปานกลาง		
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง								
กลุ่มทดลอง	7.77	1.632	สูง	8.58	1.837	สูง	2.266	.028*
กลุ่มควบคุม	7.73	1.845	สูง	7.50	1.581	สูง		

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการลดปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม

ควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก						
กลุ่มทดลอง	124.85	8.885	115.69	11.334	-3.090	.003*
กลุ่มควบคุม	124.54	9.609	127.88	16.624		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
กลุ่มทดลอง	80.50	4.572	73.27	6.004	-2.446	.018*
กลุ่มควบคุม	80.62	5.608	79.65	11.876		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ (ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง) แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและการใช้แนวทางการจัดการตนเอง ทำให้การตั้งเป้าหมายนำไปสู่กิจกรรมการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติในระดับบุคคลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Pomchan, 2008) ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งด้านการ

ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองมีการจัดการกับสุขภาพตนเอง เพื่อลดระดับความดันโลหิต ในโปรแกรมการตั้งเป้าหมาย เช่น ตั้งเป้าหมายลดอาหารเค็ม กิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่ 1) จำกัดโซเดียมในอาหารไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน 2) จำกัดเกลือป่นประมาณ 1 ช้อนชาต่อวันต่อคน 3) จำกัดน้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซีอิ๊วปรุงรส น้ำมันหอยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวันต่อคน ตั้งเป้าหมายออกกำลังกายอาทิตย์ละ 4-5 วัน ครั้งละ 30 นาที โดยส่วนใหญ่จะเป็นการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการฝึกความแข็งแรงสลับกับการออกแรงทำงานในระหว่างวัน ตั้งเป้าหมายควบคุมอารมณ์ รู้จักคลายเครียด หางานอดิเรกทำและตั้งเป้าหมายลดการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่า กระบวนการจัดการตนเองนี้ทำให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองได้ดีกว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมซึ่งการลงมือปฏิบัติตามเป้าหมายของกลุ่มทดลองเกิดจากการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และบันทึกวิธีการจัดการตนเองลงในสมุดบันทึก ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับ ริเกลคาร์ลสัน และกลาเซอร์ (Riegel, Carlson & Glaser, 2000) ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองนั้นเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการตัดสินใจตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงของโรคเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและป้องกันการกำเริบของโรค

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ที่มีระหว่างกันได้ (Young, 2010) ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายซึ่งแคนเฟอร์ (Kanfer & Goldstein, 1991) อธิบายว่าแนวคิดการจัดการตนเองมีความเชื่อพื้นฐานว่าไม่มีใครสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงนี้ได้ให้ความรู้ที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมาย มีการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติการจัดการตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของกลุ่มทดลอง โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงตนเองที่จะนำไปสู่การเสริมแรงตนเองและนำไปปฏิบัติต่อ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2013) การทบทวนความรู้ร่วมกันในเวทีแลกเปลี่ยนเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเปิดพื้นที่ให้กลุ่มทดลองมีโอกาสนพบปะพูดคุยกัน เป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันได้ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นที่นำมาเล่าให้ฟัง โดยการเผยแพร่ความรู้จากสิ่งที่บุคคลนั้นได้ศึกษาหรือเรียนรู้มา ซึ่งการเล่าเรื่องที่เกี่ยวกับเนื้อหาองค์ความรู้ที่ได้รับมานั้น จะต้องพยายามให้เกิดความสมดุลระหว่างเนื้อหาที่จะเล่าอธิบายกับความน่าสนใจหรือเทคนิคในการอธิบาย เพราะการได้เห็นได้ฟังจากบุคคลอื่นที่สามารถทำได้จนเกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หากจะนำโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปปรับใช้ ควรเพิ่มวิทยากรกระบวนการเพื่อให้มีการแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้มากขึ้น จะทำ

ให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์
และนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง ทั้งนี้ต้องสร้างความรู้
ความเข้าใจ แนวคิดการจัดการตนเองให้กับวิทยากร
กระบวนการให้มีแนวคิดเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนว
ทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น
โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

References

- Boonnuch, C.; et al. (2011). *Sample size in Quantitative Research*. Retrieved (2020, October 15) from http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/sample_size_0.pdf. (in Thai).
- Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2015). *News video and public relations*. Retrieved (2020, October 15) from <https://ddc.moph.go.th/newsvdo.php>. (in Thai).
- Coates, V. E. & Boore, J. R. (1995). Self-management of chronic illness implication for nursing. *International Journal Nursing*, 32,628-640.
- Dongbo, F.; et al. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic diseasself-management program in Shanghai. China: randomized controlled trial. *Bull Word Health Organ*, 81, 174-182.
- Gunnasud, P. (1999). *Statistics for behavioral science research* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2013). *Health behavior surveillance system for risk behavior changing of normal groups/risk groups/diabetes mellitus patients/hypertensive patients in Thailand: policy to practice for primary health care*. Retrieved (2020, July 10) from www.hed.go.th (in Thai).
- Jekel, J., Elmore, JG., Katz, DL., & Wild, D. (2007). *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine and public health*. Philadelphia: Elsevier Health Science.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.). *Helping People Change: A Textbook of Methods* (4th ed). New York: Pergamon Press.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Pak Huaioi Health Promoting Hospital. (2015). *Database hosXP_PCU program*. Phrae: N.P.

- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assign evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Pomchan, S. (2008). *Health promoting behaviors among hypertension patients at the Phisalee hospitai, Nakhon Sawan Province*. Chiangmai University, Chiangmai. (in Thai).
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). *Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure*. *Heart & Lung*, 29(1), 4-15.
- Rongkwang Hospital. (2015). *Medical records*. Phrae: N.P. (in Thai).
- Strategic and Planning Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2011). *Public health statistics 1998-2010*. Retrieved (2020, October 15) from <http://bps.moph.go.th> (in Thai)
- Strategic and Planning Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2012). *National health development plan during the eleventh national economic and Social Development Plan (2012 - 2016)*. Retrieved (2020, October 15) from http://bps.moph.go.th/sites/default/files/plan11_0.pdf (in Thai).
- Strategic and Planning Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2013). *Number and rate of hypertensive patients*. Retrieved (2020, October 15) from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Strategic and Planning Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2013). *Indicators strategy and data storage guidelines for Ministry of Public Health fiscal year 2013*. Retrieved (2020, October 15) from <http://www.kaset-hospital.org/> (in Thai)
- Thai hypertension society. (2015). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 update 2015*. Retrieved (2020, October 15) from <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf> (in Thai).
- Thatsaeng, B. (2011). *Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with dyslipidemia*. (PhD's thesis). Chiangmai University, Chiangmai. (in Thai).
- Wangwonsin, A., Phetphum, J. & Sangouam, S. (2018). *Factors influenced with self management development behaviors among type 2 diabetes mellitus patients in one health region*. *Research and Health System Journal*, 11(2), 397-405. (in Thai).

- Wongpiriyayothar, A., Buitee, S., Chamusr, S., Meethien, N. & Pitaksanurak, V. (2005). *The effect of educative supportive nursing on knowledge, self-Care behaviors and health condition among heart failure patients*. (PhD's thesis). Mahasarakham University, Mahasarakham (in Thai).
- World Health Organization. (2008). *World health statistics 2008*. Retrieved (2015, October 15) from http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.
- World Health Organization. (2012). *New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence*. Retrieved (2015, October 15) from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/.
- Young, R. 2010. *Knowledge management tools and techniques manual*. Japan: Asian Productivity Organization.