

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ
ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
Effect of 5 A's self-management support program
on self-management behaviors in patients with uncontrolled
hypertension

ศิรินทรา ด้วงใส¹ ทิพมาส ชินวงศ์^{2*}
Sirintra Duangsai¹ Tippamas Chinnawong^{2*}

¹อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

¹Lecturer, School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: tippamas.c@psu.ac.th

*Corresponding author: tippamas.c@psu.ac.th

Received 26 July 2018 • Revised 1 November 2021 • Accepted 15 November 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ **วิธีการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 66 ราย ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนเมษายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณโดยใช้สูตรค่าความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหรร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่คู่และทีอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 **ผลการศึกษา:** พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.61, p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.30, p < .001$) และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยด้านการรับประทานอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.70 ($SD = 4.13$) ด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.63 ($SD = 8.20$) และด้านการรับประทานยามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.36 ($SD = 5$) **สรุป:** โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง โดยคะแนนทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ; ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้; พฤติกรรมการจัดการตนเอง

Abstract

Objective: This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of 5 A's self-management support program on self-management behaviors in patients with uncontrolled hypertension. **Methods:** Sixty six subjects were purposively selected from patients with uncontrolled hypertension who received service at the out patient clinic, Non-communication Disease Department, Phuket Provincial Administration Organization Hospital, during October 2017 to April 2018. The instruments were consisted of the 5 A's self-management support program, and tools for data collection were a personal information and health information the personal data record form, and self-management behaviors questionnaire which were validated by three experts and its reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = .70$). **Results:** The results showed that the mean score of self-management behaviors in the experimental group after receiving the self-management support program was significantly higher than before ($t = 4.61, p < .001$). The mean score of self-management behaviors in the experimental group after receiving the self-management support program was significantly higher than the control group ($t = 4.30, p < .001$). The mean score of behavior in the experimental group was higher than that of the three groups include eating behavior, mean score was 37.70 ($SD = 4.13$); exercise behavior, mean score was 28.63 ($SD = 8.20$), and drug used behavior, mean score was 35.36 ($SD = 5$). **Conclusion:** The self-management support program had effect on self-management behavior score in the experimental group, which showed higher scores in every dimensions than in the control group.

Keywords: 5 A's self-management support program; patients with uncontrolled hypertension; self-management behaviors

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรสูงสุดทั่วโลก¹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจภาวะสุขภาพทั่วโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1 พันล้านคน โดยพบว่า มีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 คน ใน 3 คน¹ และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.80 ของจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดทั่วโลก^{2,3} สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม 5 เท่าภายในระยะเวลา 10 ปี และอัตราการเข้ารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาค เปรียบเทียบจากปี พ.ศ. 2557 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 26,713,049 ราย พ.ศ. 2557 จากจำนวนผู้ป่วย 2,330,888 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 6,573,896 ราย ในเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2561 เฉลี่ยแล้วเพิ่มขึ้นจำนวน 5,342,609 รายต่อปี และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 747,263 ราย เฉลี่ยปีละ

149,452 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.80 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด โดยอัตราการป่วยพบมากในกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 99.84 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁴

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเป็นเวลา 1 เดือน แต่ระดับความดันโลหิตยังคงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁵

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อตามาทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางตา และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนทางสมองหรือ

ระบบประสาททำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{5,6} ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมา ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุเกิดมาจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้^{7,8} ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มความสามารถ หรืออาจจะต้องกลายเป็นผู้พิการสูญเสียบทบาทหน้าที่ รายได้ประเทศลดลงจากการสูญเสียบุคลากรวัยทำงานและรายจ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสูงขึ้น ส่วนผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนถึง 79,263 ล้านบาทต่อปี ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท จึงเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁹

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นเป้าหมายสำคัญสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยที่ได้กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไว้ 2 แนวทางคือ การรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต และการควบคุมโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกาย การจำกัดโซเดียมในอาหาร การรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]) การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการหยุดสูบบุหรี่⁵ จากการศึกษาวิจัยพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้¹⁰ แต่สิ่งสำคัญคือ ผู้ป่วยจะต้องตระหนักและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการขาดการรักษาต่อเนื่อง¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและ

การรับประทานอาหารไม่ดีเท่าที่ควร โดยค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง¹² มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสเค็ม รับประทานอาหารที่ตนเองชอบ และไม่มีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง¹³ ผู้สูงอายุบางรายไม่ได้ปรุงอาหารเอง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม คือ รับประทานไม่ครบ 3 มื้อ และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารนอกบ้านถึงร้อยละ 12 โดยเน้นการรับประทานอาหารมื้อเย็น มีการรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อย และมีภาวะอ้วนระดับดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะของผู้หญิงไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.40 เป็นร้อยละ 40.70 ส่วนในเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 22.50 เป็นร้อยละ 28.40 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากมีปัญหาภาวะสุขภาพ¹⁴ และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากคิดว่าทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้วและไม่มีเวลา ด้านการรับประทานยาพบว่าผู้ป่วยมีการหยุดยาเองเนื่องจากคิดว่าอาการดีขึ้นเป็นปกติแล้ว และบางรายรับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยาเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มมีการปรับยาความดันโลหิตด้วยตนเอง^{15,16} ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสูบบุหรี่เป็นประจำมีจำนวนร้อยละ 16.60 และ 14.10 ตามลำดับ ทั้งนี้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำโดยรวมลดลงจากร้อยละ 45.90 เป็นร้อยละ 38.70 ในเพศชาย และจากร้อยละ 2.30 ลดลงเหลือ 2.10 ในเพศหญิง¹⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงเป็นที่ประจักษ์ว่าประชากรไทยยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป จนถึงวัยทำงานซึ่งเวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการทำงาน ร้อยละ 63 ทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ปัจจุบันแม้ว่าจะมีแนวโน้มการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วน การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การรับประทานผักและผลไม้ลดลง และการออกกำลังกายที่น้อยเกินไป ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามมา

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโปรแกรมต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการสร้างการรับรู้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะแทรกซ้อนของโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดัน

โลหิตสูง การสาริตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการนั่งสมาธิ ประเมินผล โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้และค่าคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมแต่ละด้านก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการในการทดลองหลักเป็นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่ให้ความรู้ บรรยาย ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการตนเอง และขาดความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม ดังนั้น ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ควรต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรทางสุขภาพ คอยช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการตนเอง สามารถจัดการตนเองได้ ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support)¹⁸ ที่ประกอบด้วย (1) การประเมิน (assess) (2) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) (3) การยอมรับ (agree) (4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ (5) การติดตามประเมินผล (arrange) เนื่องจากรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยมุ่งเน้น ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยพยาบาลให้การช่วยเหลือมาใช้ร่วมกับแนวทาง การรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁵ โดยนำมาสร้างโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

โดยในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นพฤติกรรม การจัดการตนเองเกี่ยวกับการจัดการด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เนื่องจาก เป็นพฤติกรรมที่พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ เหมาะสมและเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามมาคาดว่าจะช่วยให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทาน ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองหรือไม่

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการ ตนเอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ รูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยเทคนิค 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support)¹⁸ และ แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁵

รูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยเทคนิค 5 เอ มุ่งเน้นการจัดการตนเองโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยในด้าน ความเชื่อ ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยมี พยาบาลคอยให้การช่วยเหลือในการหาวิธีการพร้อมทั้ง แหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ ประกอบด้วยหลักการสนับสนุน การจัดการตนเอง 5 ประการ ดังนี้ 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) 3) การยอมรับ (agree)

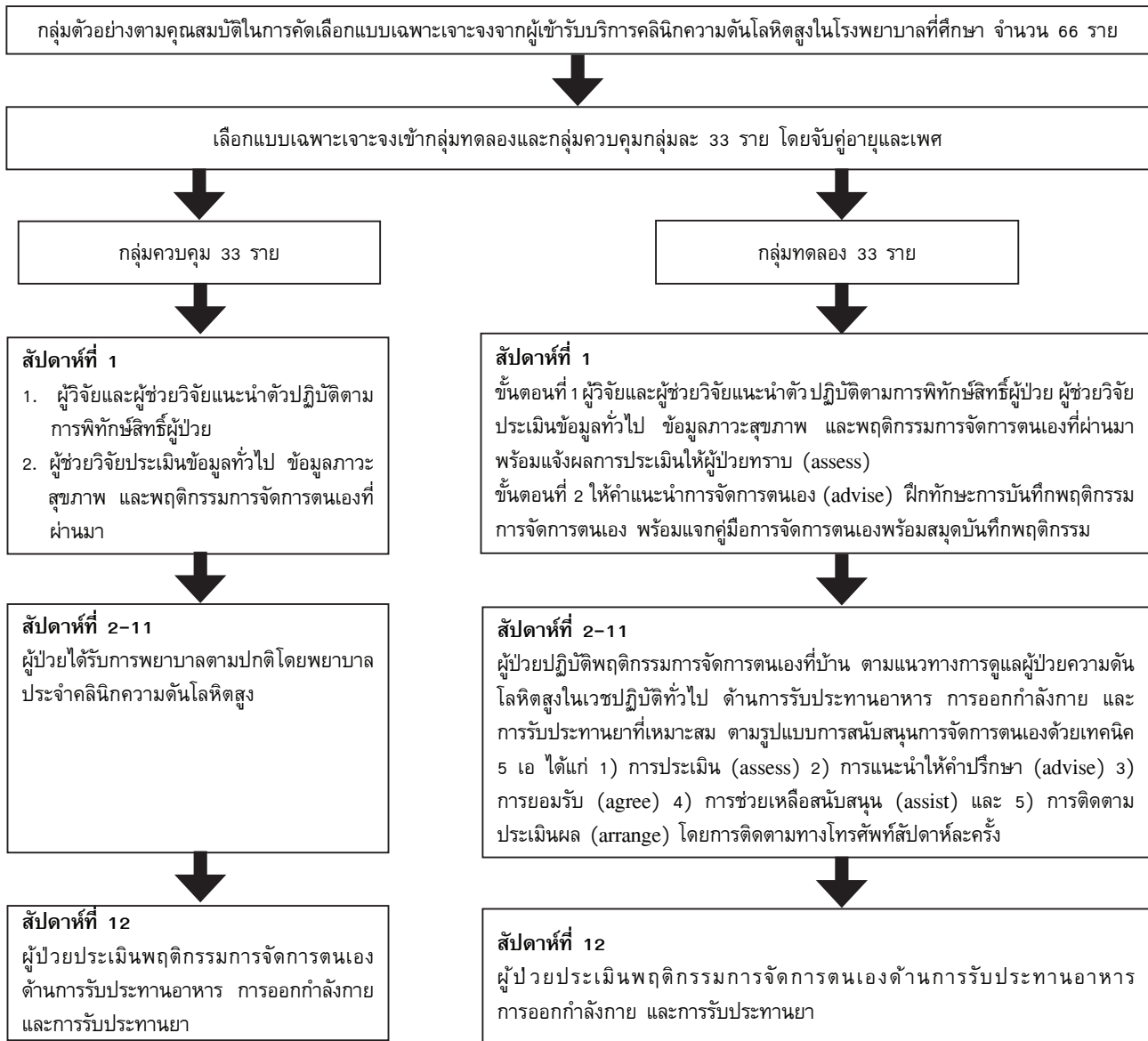
4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ 5) การติดตามประเมินผล (arrange) ส่วนแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ประกอบด้วย 2 แนวทาง ได้แก่ การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต

สำหรับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในครั้งนี มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการ

รับประทานยา ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม



ภาพ 1 แผนการดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - เมษายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ชนิดปฐมภูมิ หลังจากที่มีการปรับพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตมาแล้วเป็นเวลา 1 เดือน แต่ระดับความดันโลหิตยังคงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ณ วันที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูงแผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป
2. อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป
3. ไม่มีประวัติโรคเบาหวานและไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
4. สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในด้าน การได้ยินและการมองเห็นสื่อสารได้ตามปกติ
5. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือในการวิจัย

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ¹⁸ ร่วมกับแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁵ ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรม (assess) พร้อมให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพ (advise) โดยการกำหนดเป้าหมายร่วมกันตามความต้องการของผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย (agree) และคอยให้การช่วยเหลือแนวทางการจัดการปัญหา และอุปสรรค และแหล่งสนับสนุนทางสังคม บุคลากรและสิ่งแวดล้อม (assist) โดยประเมินในสัปดาห์ที่ 1 และทำการติดตามผลโดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-11 จากนั้นวัดและประเมินผลการจัดการพฤติกรรมตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย และการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 12 โดยโปรแกรมมีการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) เท่ากับ .97

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน และผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประวัติการรับประทานยาลดความดันโลหิต ประวัติการมีญาติสายตรงมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต การได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง จากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

3. แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร 9 ข้อ การออกกำลังกาย 9 ข้อ การรับประทานยา 6 ข้อ การสูบบุหรี่จำนวน 1 ข้อ และการดื่มสุรา 1 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำสุดอยู่ในช่วง 26-43 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำ คะแนน 44-87 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองระดับปานกลาง และ 88-130 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูงและแบบสอบถามส่วนนี้ การทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .70

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังโครงการวิทยานิพนธ์ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ ศธ 0521.1.05/1555 วันที่ 10 กันยายน 2560 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย โดยทำการชี้แจงด้วยวาจาด้วยตนเองประกอบด้วย หัวข้อวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

ได้รับการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับใดๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามที่ต้องการ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดช่วงดำเนินการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น ตลอดจนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติทีไม่อิสระ (Dependent t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) โดยการตรวจสอบข้อตกลงทางสถิติพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีการกระจายข้อมูลแบบ normal distribution

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 ราย ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 มีอายุเฉลี่ย 55 ปี (SD = 10.31) ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มอายุ 20-40 ปี จำนวน 4 ราย กลุ่ม 40-60 ปี จำนวน 38 ราย และมากกว่า 60 ปี จำนวน 24 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.51 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 45.46 และกลุ่มทดลองจบการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี ร้อยละ 48.48 ด้านการประกอบอาชีพ รับราชการ ร้อยละ 60.60 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวที่ 15,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 39.40 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่

มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 27.74 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 5.11) และ 27.91 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 6.12) ตามลำดับ ค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยเท่ากับ 150.30 มม.ปรอท (SD = 8.06) และ 153.1 มม.ปรอท (SD = 7.02) ตามลำดับ และระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ยเท่ากับ 84.12 มม.ปรอท (SD = 11.83) และ 86.03 มม.ปรอท (SD = 10.06) ตามลำดับ ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มานาน้อยกว่า 5 ปี และรองลงมา คือ 5-10 ปี ร้อยละ 36.36 และกลุ่มทดลอง 27.27 กลุ่มตัวอย่างได้รับประทานยาความดันโลหิตสูง ได้แก่ amlodipine และ enalapril คิดเป็นร้อยละ 100 และ 57.58-60.06 ร้อยละ 9.09 มีโรคประจำตัวอย่างอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูงคือโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ผลการทดสอบข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ในด้านการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และการดื่มสุรา และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) ในด้านโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ พบว่าจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการเข้าร่วมการวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านด้านการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน ($t = 0.50, p > .620$) ด้านการออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.75, p = .010$) ด้านการรับประทานยาไม่แตกต่างกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.00, p = 1.000$) ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.86, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.45, p = .160$) และพบว่าไม่มี

ความแตกต่างกันในด้านคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการ
รับประทานยาจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 0.00, p = 1.000$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองใน
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานยาก่อน
และหลังเข้าร่วมการทดลอง ($n = 33$) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนสถิติที่ไม่อิสระ (Dependent t-test)
($N = 66$)

กลุ่ม/พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง ($n = 33$)		หลังการทดลอง ($n = 33$)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มควบคุม						
การรับประทานยา	30.64	5.58	31.12	4.53	0.50	.620
การออกกำลังกาย	25.30	17.60	21.67	9.10	2.75	.010
การรับประทานยา	35.18	4.42	35.18	4.42	0.00	1.000
กลุ่มทดลอง						
การรับประทานยา	32.79	6.41	37.70	4.13	3.86	.000
การออกกำลังกาย	25.45	10.22	28.63	8.20	1.45	.160
การรับประทานยา	35.36	5.00	35.36	5.00	0.00	1.000

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความต่างของค่าคะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุน
การจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่าภายในกลุ่มทดลองพบว่ามีค่า
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังจากการได้รับ

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับ
โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($t = 4.61, p < .001$) ภายในกลุ่มควบคุมพบว่า
มีคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับ
โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากก่อนเข้า
ร่วมโปรแกรม ($t = 0.08, p = .930$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ
Paired t-test

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง ($n = 33$)		หลังการทดลอง ($n = 33$)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มควบคุม	91.12	11.5	91.27	10.7	0.08	.930
กลุ่มทดลอง	93.61	14.93	103.24	11.55	4.61	.000

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ
ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุน
การจัดการตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุน
การจัดการตนเองว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการ

ตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.75, p = .460$) หลังเข้า
ร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่าการทดลอง
มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.30, p < .001$)
ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยสถิติ Independent t-test

กลุ่ม	คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง			
	M	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 33)				
กลุ่มควบคุม	91.12	11.5	0.75	.460
กลุ่มทดลอง	93.61	14.93		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 33)				
กลุ่มควบคุม	91.27	10.7	4.30	.000
กลุ่มทดลอง	103.24	11.55		

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 66 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.17 (SD = 10.14) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ซึ่งพบว่าความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุและพบในช่วงอายุระหว่าง 30-50 ปี มีระดับดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.74 kg/m² (SD = 5.07) จัดอยู่ในภาวะอ้วนซึ่งมีผลมีความสัมพันธ์กับระบบการเผาผลาญของร่างกายส่งผลให้มีการสะสมไขมันไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือด ทำให้มีแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเพิ่มโซเดียมเนื่องจากมีความบกพร่องของการขจัดโซเดียมออกจากร่างกาย⁵ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 50 และได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มากกว่าครึ่งคิดเป็นร้อยละ 54 แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง¹⁹ และการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้นถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดี การรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการที่ดีตามมา²⁰ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ธุรกิจส่วนตัว และพนักงานบริษัท

ร้อยละ 60.60 และมีรายได้อยู่ที่ 15,001-20,000 บาท ต่อเดือน พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน²¹

ข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 150.30 มม.ปรอท (SD = 8.00) ระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ยเท่ากับ 84.12 มม.ปรอท (SD = 11.74) เป็นค่าที่เกินจากระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเป้าหมาย คือ อยู่ที่ระดับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท²² มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เฉลี่ยเท่ากับ 6.5 ปี (SD = 5.92) โดยมีการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 1-2 ชนิดต่อราย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติญาติสายตรงได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 69.70 ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 95.45 แต่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.55 มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วม เป็นหนึ่งในปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่สามารถทำให้พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่จัดทำมีจุดเน้นในการให้คำแนะนำการจัดการตนเอง (advise) ด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่เหมาะสม มีการแจก

คู่มือการจัดการตนเองเพื่อจะได้มีโอกาสทบทวนความรู้ซ้ำ ๆ พร้อมการบันทึกพฤติกรรม มีการติดตามสนับสนุนให้ผู้ป่วย ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้าน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁵ ใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ¹⁸ ได้แก่ 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) 3) การยอมรับ (agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ 5) การติดตามประเมินผล (arrange) โดยการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จะเห็นได้ว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารดีขึ้น ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น ไม่ทราบชนิดอาหารที่ควรรับประทานหรืออาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสเค็มบ่อยครั้ง และบางส่วนยังมีการปรุงเครื่องปรุงรสเพิ่มจากอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ยังรับประทานอาหารที่เป็นชนิดไขมันอิ่มตัว ไม่ทราบว่าการรับประทานอาหารทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ไม่ทราบว่าการจำกัดการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่ทราบชนิดไขมันที่ควรเลือกรับประทาน และควรหลีกเลี่ยง การนำกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ มาใช้ในการประเมินความรู้พฤติกรรมความเชื่อ แล้วให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ความรู้ด้านการรับประทานอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายและการรับประทาน การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ค้นหาปัญหาและอุปสรรค และกำหนดการให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย มีการกำกับติดตามพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการจัดการอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองทำให้มีการจัดการตนเองที่ดี²³ แต่ในด้านการออกกำลังกายค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถปฏิบัติการออกกำลังกายได้ เนื่องจาก ต้องดูแลบุตรหลาน ต้องทำงานซ้ำกลับตึกทำให้ไม่มีเวลา หรือคิดว่าการทำงานปัจจุบันเป็นการออกกำลังกายในตัว สอดคล้องกับ

ผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ²⁴ ส่วนในด้านการ รับประทานยาทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากในบริบทที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมก็ได้รับการกำกับ ติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์ และผู้ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเช่นกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมี กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการ รับประทานยาไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ ผ่านมาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันมีผลให้ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยต่างกัน และถ้ามีแรง สนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการ ตนเองจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับสูงด้วย²⁵⁻²⁷

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ มีจุดเน้นที่การค้นหาปัญหาด้านความรู้ พฤติกรรม ความเชื่อของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำการสะท้อนปัญหาและ มีการวางแผนในการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับ กลุ่มตัวอย่าง มีการกำกับติดตามผลการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง¹⁸ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดนี้จึงมีความ จำเพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยให้พยาบาลเข้าใจปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วย สามารถใช้เป็นกระบวนการในการกำกับ ติดตาม ให้การสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยเฉพาะในการจัดการด้าน การรับประทานยา อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาแนวทาง ในการสนับสนุนการออกกำลังกายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในโปรแกรมมีการกำหนดให้ทำการติดตามผู้ป่วย ทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยพยาบาล ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจใน การจัดการตนเองมากขึ้น¹⁸ ถ้าสถานบริการพยาบาลมีอัตรา กำลังจำกัดอาจทำให้ไม่สามารถทำการติดตามผู้ป่วยได้ ครอบคลุมทุกรายในการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการ ตนเองตามแบบ 5 เอ ไปใช้จึงควรปรับใช้ในบริบทที่เอื้อ ให้พยาบาลได้มีเวลาในการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมกระบวนการ 5 เอ โดยเน้นจัดการปัญหารายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคไม่ได้ ที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองยังไม่เหมาะสมผู้ป่วย กลุ่มนี้ต้องการโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีการติดตามวัดพฤติกรรมสุขภาพในระยะสั้น ควรมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว

สรุป

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้กับพยาบาลประจำการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
2. ควรมีระบบประเมินและติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลประจำการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาวกว่านี้เพื่อยืนยันถึงความยั่งยืนของพฤติกรรมในการจัดการตนเอง
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ค่าความดันโลหิต

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ บทความวิจัยนี้ผู้เขียนลำดับที่ 1 มีส่วนร่วมในการเขียนบทความ และผู้เขียนลำดับที่ 2 ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการวิจัย การดำเนินการวิจัย ร่วมเขียนบทความวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องทุกขั้นตอนของบทความวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

บทความวิจัยฉบับนี้ไม่มีผลประโยชน์ใดๆ ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำหรับทุนสนับสนุนในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าหน่วยงานที่สนับสนุนให้มีโอกาสศึกษาต่อ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

อย่างดี และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และกรรมการสอบที่ให้ข้อเสนอแนะที่ช่วยให้งานมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Hypertension Day: World Hypertension League [Internet]. np; 2015. [cited 2015 Jan 5]. Available from: <http://www.worldhypertensionleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>.
2. Ford LA. Hypertension. In: Burnham TH, editor. Introduction to medical-surgical nursing: Philadelphia, Saunders an Imprint of Elsevier; 2012.
3. World Health Organization. Global health observatory (GHO): Blood pressure [Internet]. np; 2014. [cited 2015 Jan 5]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood._pressure_prevalance_text/en/
4. Ministry of Public Health. Major non-communicable disease: The rate of hypertensive patients with hypertension [internet]. np; 2018. [cited 2018 Jan 5]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_eed7d1cfe0155e11&id=e46c73b57c9eeb2f07759a9e9bc50fb3.
5. Thai Hypertension Society. Guidelines on the treatment of hypertension [internet]. np; 2558. [cited 2015 June 15]. Available from: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>.
6. Archayindee S, Thanamai Y, Pootisat S, et al. Editors. Guide to provide knowledge to self-manage hypertension: Introduction to high blood pressure. Bangkok. Veterans Affairs Organization; 2012. Thai.
7. Chaisinanankul N, Charnnarong N, Pesayachart N, et al. Editors. Neuroscience 2: Care for patients with cerebral ischemia. Bangkok. Chulalongkorn University; 2010. Thai.
8. Green K, Horn J, editors. Nursing management stroke: Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems volume 2. Missouri: Elsevier; 2011.
9. Phothisat S, Kunney N, Boonmoochairat R, et al. Editors. Literary review: Current situation and style. Chronic non-communicable disease services. Bangkok. Nonthaburi: Art Equalizer; 2014. Thai.
10. Kongjarern S, Wattana C, Harnirattisai T. Effects of a self-regulation program for blood pressure control on self-regulation behaviors, blood pressure level and stroke risk among Thai Muslim with hypertension. Nuring J. 2013; 40(1): 23-31. Thai.
11. Auntrakul S, Sombuntanont W. Developing self-care competency to prevent complications in hypertensive clients. JRTAN. 2012; 13(3): 38-46. Thai.
12. Vishatajarn M, Wongdee N. Factors related to health behavior of patients with hypertension, Tambol Tha Thong

- Lang, Bang Khla district. JPNC. 2010; 21(2): 1-9. Thai.
13. Chaichana W, Niyamas H. Study of self-care behavior of hypertensive patients in a community in Padad district, Chiang Rai province. JHSR. 2007; 1(Suppl 1): 2-8. Thai.
 14. Huangtong S, Piaseu N, Kaveevivitchai C. Case study: Behaviors, problems, and barriers of blood pressure control in persons with severe hypertension in a community. RNJ. 2013; 19(1): 29-41. Thai.
 15. Thongtang P, Seesawang J. Lived experience of Thai older people living with hypertension. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 288-95. Thai.
 16. Maklamdum P. The effect of health promotion on self-care behaviors for the elderly patients with hypertension. PRRJ. 2015; 10(1): 20-39. Thai.
 17. Ekklakorn V, editor. Health opinion survey 2557. Bangkok: Graphic Arts & Design; 2016. Thai.
 18. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International. 2006; 21(3): 245-55.
 19. Seetisan P, Suwannarat A, Jailungkarn J. Factors associated with self-care behaviors of patients among uncontrolled hypertension patients in Dokkhamtai hospital, Dokkhamtai district, Phayao province. LPHI. 2013; 9(2): 120-36. Thai.
 20. Pitsamai B, Therawiwat M, Imamee N, et al. Factors related to self-management behaviors for persons with osteoarthritis. THJPH. 2012; 42(2): 54-67. Thai.
 21. Ardkhitkarn S, Pothiban L, Lasuka D. Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Nursing J. 2013; 40: 22-32. Thai.
 22. Joint National Committee. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adult report from the panel members appointed to Eighth Joint National Committee [Internet]. np; 2014 [cited 2015 Jan 5]. Available from: <http://www.jama.jamanetwork.com>.
 23. Juntanon N, Singchai B, Worawong W. Self-Care Behavior of Hypertension Patients Who Live in Muang district. Chumphon province. KCU Res J HS. 2011; 16(6): 749-58. Thai.
 24. Pongsupa S. Psychosocial and buddhist characteristics as related to health promotion behaviors of nurses at Bangkok hospital medical center [master's thesis]. [Bangkok]: Srinakarinwirot University. 2009. 134 p. Thai.
 25. Chaiwong N. Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infraction patients. [master's thesis]. [Rayong]. Burapa University. 2014. 121 p. Thai.
 26. Thongnoi W. The application of health believe model with social support to improve behavior for prevention for hypertension patients in Tumbon Nonpayom, Chonnabot district. Khonkean province. Res Develop Health Sys J. 2009; 4(1): 37-49. Thai.
 27. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factor predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. Nurs Sci J Thai. 2011; 29(4): 18-26. Thai.