

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

ปรัชพร กลีบประทุม วท.ม, บุญเยี่ยม สุทธิพงษ์เกียรติ วท.ม, ปุณิกา สุ่มทอง วท.ม, วาศินี อางภักดี วท.บ
กลุ่มงานสุศึกษา โรงพยาบาลอ่างทอง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 14000

Abstract: Effects of Health Promotion Program for Blood Pressure Control among Hypertension Patients at Internal Medicine Clinic, Anghong Hospital, Anghong Province

Kleebratoom P, Suthiphongkiart B, Sumthong P, Oadpakdee W

Public Health Technical Officer Department of Health Education, Anghong Hospital, Mueang Anghong, Anghong, 14000

(E-mail: poohocmed@gmail.com)

The purpose of this quasi - experimental study was to examine the effects of Self-Regulation theory and social support - based blood pressure control among hypertension patients in internal medicine clinic at Anghong hospital, Muang Anghong district, Anghong Province. The samples comprised 37 hypertension patients. The study was conducted over a period of 12 weeks with an intervention period of 6 weeks and a follow up period of 48 weeks. Interview data were collected by questionnaires at three phases, pre-intervention phase, post intervention phase on the 6th, and follow up phase on the 10th week. Statistical analysis was performed by using descriptive statistics and inferential statistics, i.e., Paired Samples t-test, and Repeated measures ANOVA. The results after the health education program revealed that patients had significantly increased in knowledge to hypertension diseases at post intervention on the 12th week and 48th week than pre-intervention phase ($p < 0.001$). Over the three phases for data collection and after completing the intervention program, 24 in 37 hypertension patients of experimental group were able to blood pressure control $\leq 140/90$ mmHg for 36 weeks during to 12th week to 48th week, at 64.8 percent. In conclusion, the theoretical based hypertension program from researcher and public health blood pressure control.

Keywords: Health promotion, Blood pressure control, Self-regulation theory

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งสิ้น 37 ราย ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test และ Repeated measures ANOVA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลองในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สำหรับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่าทั้ง 3 ช่วงเวลา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และพบว่าช่วงเวลาระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ถึงระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 64.8) สรุปว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ออกแบบโดยทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมระดับความดันโลหิต ทฤษฎีการกำกับตนเอง

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ทำให้เกิดการตายและทุพพลภาพที่สำคัญที่สุดทั่วโลก องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าคนในวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย เรามี 1 ราย ใน 3 ราย ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควรทั่วโลก¹

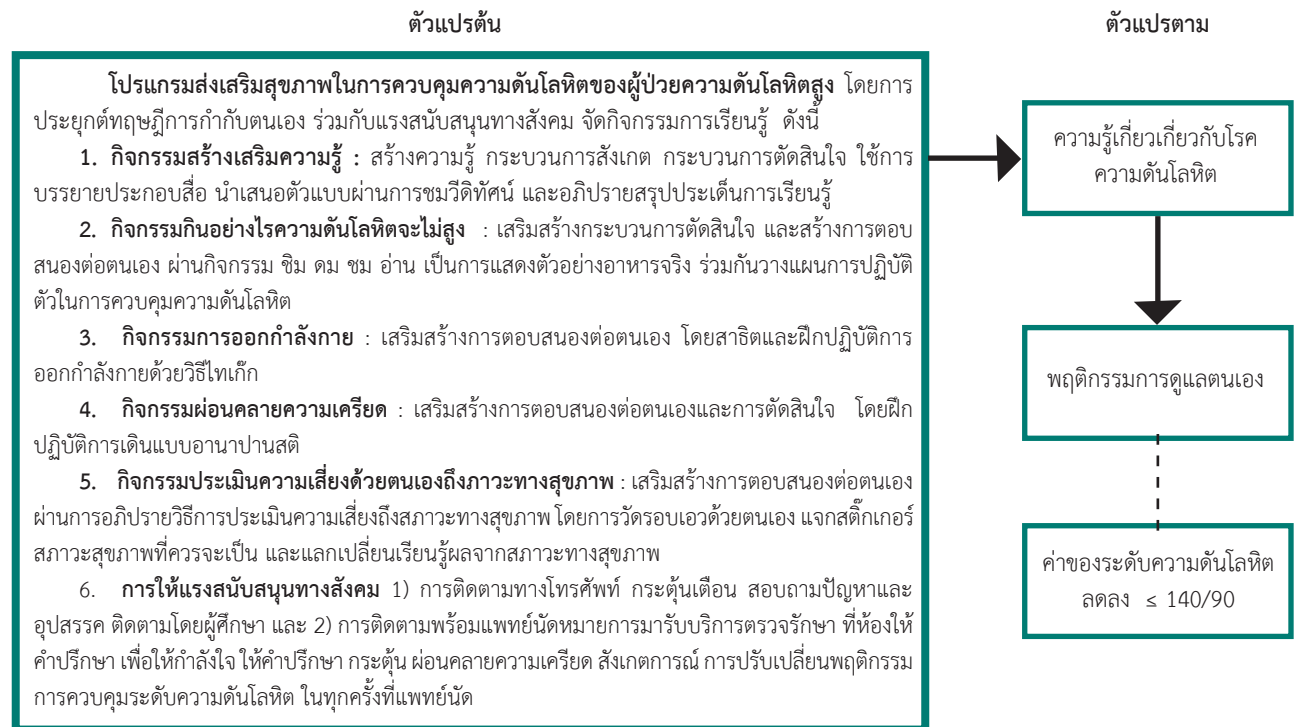
องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านราย หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด เมื่อดูรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าใน ปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 5,165 ราย ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการตายปี 2555 ที่มีจำนวน 3,684 ราย สถานการณ์ผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบจากปี 2546 และปี 2556 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนรายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 389.8 (จำนวน 218,218 ราย) เป็น 1,621.72 (จำนวน 1,047,979 ราย) ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า (4.16 เท่า)²

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550 - 2557 พบว่า จำนวน และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง³ และจากการจัดลำดับการสูญเสียของประชากรไทย ปี 2557 พบว่าสูญเสียจาก อัมพฤกษ์-อัมพาต เป็นลำดับที่ 3 ในเพศชาย และเป็นลำดับที่ 2 ในเพศหญิง⁴ ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของจังหวัดอ่างทอง ปี 2557 - ปี 2559 พบผู้ป่วย 25,159 คน 29,311 คน และ 17,313 คน ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2558 มีจำนวน 4,930 ราย ปี 2559 มีจำนวน 3,617 ราย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 48 และร้อยละ 40.17 ตามลำดับ⁵ รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอ่างทอง ในปี 2557 ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่ามีพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงจำพวก ซุปก้อน ผงชูรส ผงปรุงรส ในอาหาร ร้อยละ 80.95 เมื่อรับประทานอาหารเช้าเสร็จ มักเติมเครื่องปรุงรสจนหมดของ ร้อยละ 55.24 คนที่รับประทานอาหารมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ววางไว้เสมอ ร้อยละ 46.67 เวลาที่กินอาหารตามร้านอาหารนอกบ้าน เช่น

ก๋วยเตี๋ยว อาหารจานเดียว ข้าวราดแกง มักเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่ม ร้อยละ 43.81 ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 38.10 และยังอ่านฉลากโภชนาการไม่เป็น หรือไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อเลย ร้อยละ 27.60⁶ จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งระดับโรงพยาบาลและจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอ่างทอง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดมีแนวโน้มลดลง และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำให้ภาวะโรครุนแรง โดยเฉพาะอาหารเค็ม⁷

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเอง มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถปรับพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยการสร้างการกำกับตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังเป็น การลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตที่สืบเนื่องจากการมีระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์

กรอบแนวคิดการวิจัย



การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับยาความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3,617 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Lameshow⁸ โดยผู้ศึกษาใช้ผลการศึกษาของ Kukhontod⁹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 12 รายต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 40 ซึ่งจากสูตรการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง¹⁰ ดังนั้น การศึกษาคือครั้งนี้ จึงมีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 34 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

และต้องได้รับการรักษาด้วยยาความดันโลหิตสูง 3. ผลของค่าระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ในวันที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 4. ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ จนเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางเข้าร่วมโปรแกรม 5. สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 6. ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม หลังการคัดเลือกตัวอย่างด้วยเกณฑ์คัดเลือกเข้า พบว่า มีตัวอย่างทั้งสิ้น 37 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 8 ชั่วโมง และกิจกรรมรายบุคคล โดยผู้ศึกษารวมระยะเวลาทั้งสิ้น 48 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมรายกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 ชั่วโมง ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมสร้างเสริมความรู้: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 1 ใช้เวลา 180 นาที เพื่อสร้างความรู้สร้างกระบวนการสังเกต และกระบวนการตัดสินใจ ใช้การบรรยายประกอบสื่อ นำเสนอตัวแบบผ่านการชมวิดีโอเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และอภิปรายสรุปประเด็นการเรียนรู้

กิจกรรมกินอย่างไรความดันโลหิตจะไม่สูง: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที เพื่อเสริมสร้างกระบวนการตัดสินใจและสร้างการตอบสนองต่อตนเอง ผ่านกิจกรรม ชิม ตม ชม อ่าน เป็นการแสดงตัวอย่างอาหารจริง พร้อมให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงปริมาณโซเดียมในอาหารแต่ละชนิด ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต

กิจกรรมการออกกำลังกายลดความดันโลหิต: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 3 ใช้เวลา 60 นาที เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเอง โดยสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีไทเก๊ก

กิจกรรมผ่อนคลายความเครียด: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 4 ใช้เวลา 40 นาที เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเองและการตัดสินใจ โดยฝึกปฏิบัติการเดินแบบอานาปานสติ

กิจกรรมประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองถึงภาวะทางสุขภาพ: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 5 ใช้เวลา 60 นาที เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเอง ผ่านการอภิปรายวิธีการประเมินความเสี่ยงถึงภาวะทางสุขภาพ โดยการวัดรอบเอวด้วยตนเอง แจกสติ๊กเกอร์สภาวะสุขภาพที่ควรจะเป็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลจากสภาวะทางสุขภาพ มีการใช้คำพูดชักจูง พร้อมกับทบทวนความรู้และสรุปกิจกรรม

กิจกรรมรายบุคคล ได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมแรงบันดาลใจทางสังคม จากผู้ศึกษา ดังนี้

- 1) การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและอุปสรรค และ 2) การติดตามพร้อมแพทย์นัดหมายการมารับบริการตรวจรักษา ที่ห้องให้คำปรึกษา เพื่อให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา กระตุ้น ผ่อนคลายความเครียด สังเกตการณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต ในทุกครั้งที่แพทย์นัด
- การศึกษาค้นคว้านี้ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะ

ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบให้เลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และส่วนที่ 4 การวัดค่าระดับความดันโลหิต จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำตอบ จากการวัดระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่ผ่านการทดสอบการเทียบค่ามาตรฐานจากกองวิศวกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ศึกษาดำเนินการวัดความดันโลหิตในช่วงเช้าตามระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคะแนนรวมของข้อถามในส่วนที่ 2 - 3 นี้ ผู้ศึกษานำมาจัดกลุ่มการนำเสนอผลออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹¹ คือ สูง (มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนทั้งหมด) ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนทั้งหมด) และต่ำ (ร้อยละต่ำกว่า 60 ของคะแนนรวมทั้งหมด)

แบบสอบถามชุดนี้ได้รับตรวจสอบคุณภาพ ในด้านความชัดเจนของภาษาและความตรงของเนื้อหา และนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน ด้วยวิธี KR-20 และ Cronbach's Alpha พบว่า ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.744 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Repeated Measure ANOVA การศึกษาค้นคว้านี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอ่างทอง

ผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.1 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ และค้าขาย ร้อยละ 21.6 และ 21.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 37)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	35.1
หญิง	24	64.9
การศึกษา		
ประถมศึกษา	14	37.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	16.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	16.2
ปริญญาตรี	10	27.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	27.0
เกษตรกร	2	5.4
ค้าขาย	8	21.6
รับจ้าง	4	10.8
ข้าราชการบำนาญ	8	21.6
รับราชการ	5	13.5
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	64.1 ± 9.84	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ด้านสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ภาวะอ้วน ร้อยละ 64.9 มีโรคประจำตัวนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.8 โดยที่พบโรคร่วมมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 51.6 และมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามสถานะสุขภาพ (n = 37)

สถานะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร ² (รูปร่างสมส่วน)	6	16.2
23.0-24.9 กิโลกรัม/เมตร ² (น้ำหนักเกิน)	7	18.9
25.0 กิโลกรัม/เมตร ² ขึ้นไป (ภาวะอ้วน)	24	64.9
โรคประจำตัวนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	6	16.2
มี	31	83.8

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ จำนวน 37 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าในช่วงก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.9) และเปลี่ยนเป็นระดับสูงภายหลังการทดลอง (ร้อยละ 70.3) และระยะติดตามผล (ร้อยละ 64.9) เมื่อพิจารณาด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและลดลง จาก 8.7 คะแนน เป็น 10.0 คะแนน และ 9.7 คะแนน และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ระหว่าง 3 ช่วงเวลา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 12.273, df = 1.966, 70.785 p-value < 0.001) คือก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p-value < 0.001) ก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล (p-value = 0.005) ยกเว้นหลังการทดลองกับระยะติดตาม (p-value = 0.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในช่วงก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (p < 0.001) ยกเว้นระยะติดตาม (p = 0.210)

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในรอบเดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 และเปลี่ยนเป็นระดับสูงภายหลังการทดลอง (ร้อยละ ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับความดันโลหิต จำแนกตามระยะเวลาการทดลอง

56.8) และระยะติดตามผล (ร้อยละ 83.8) เมื่อพิจารณาด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 55.54 คะแนน เป็น 58.05 คะแนน และ 61.32 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฯ ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ระหว่าง 3 ช่วงเวลา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 14.019, df = 1.835, 66.061 p-value < 0.001) คือ ก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล (p-value = 0.001) ยกเว้นก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p-value = 0.031) และหลังการทดลองกับระยะติดตาม (p-value = 0.032) เมื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ไม่แตกต่างกัน ทั้งในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (p > 0.05) ยกเว้นระยะติดตาม (p < 0.001)

2.3 ค่าระดับความดันโลหิต พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 100.0) และเปลี่ยนเป็นค่าระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติ หลังการทดลอง (ร้อยละ 75.7) และระยะติดตามผล (ร้อยละ 64.9) เมื่อพิจารณาด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 156/85 mmHg เป็น 135/78 mmHg และ 138/78 mmHg ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (p = 0.002) ยกเว้นระยะติดตาม (p = 0.16) (ตารางที่ 3)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=37)			t	df	p-value
	\bar{x}	SD	d			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
- ก่อนการทดลอง	8.7	1.8	-1.297 ^{d1}	4.64	36	0.001
- หลังการทดลอง	10.0	1.2	-0.973 ^{d2}	3.43	36	0.002
- ระยะติดตามผล	9.7	1.6	0.324 ^{d3}	1.27	36	0.210
	F = 12.273 df = 1.966, 70.785 p-value < 0.001					
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
- ก่อนการทดลอง	55.5	5.7	-2.514 ^{d1}	2.70	36	0.010
- หลังการทดลอง	58.0	7.0	-5.784 ^{d2}	5.16	36	0.001
- ระยะติดตามผล	61.3	5.3	-3.270 ^{d3}	2.68	36	0.011
	F = 14.019 df = 1.835, 66.061 p-value < 0.001					
3. ค่าระดับความดันโลหิต						
	BP	\bar{x}	SD	t	df	p-value
- ก่อนการทดลอง	SBp	156.4	14.8	3.37	36	0.002
- หลังการทดลอง	DBp	85.2	10.8			
- ระยะติดตามผล	SBp	135.0	11.2	2.52	36	0.016
	DBp	78.5	8.8			
	SBp	138.0	14.0	1.07	36	0.291
	DBp	78.3	10.6			

หมายเหตุ 1) วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับความดันโลหิต ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA

2) ^{d1} = ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12

^{d2} = ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลอง และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 48

^{d3} = ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 48

3) วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Paired t-test

3. สัดส่วนระดับความดันโลหิต การศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง จำนวน 28 จาก 37 ราย (ร้อยละ 75.7)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับความดันโลหิตจำแนกตามระยะเวลาการทดลอง

ระยะเวลา	ระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 48			รวม
	ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		
		ค่า BP ≤ 140/90	ค่า BP ≥ 140/90	
หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12	ค่า BP ≤ 140/90	19 (51.3)	9 (24.3)	28 (75.6)
	ค่า BP ≥ 140/90	5 (13.5)	4 (10.9)	9 (24.4)
รวม		24 (64.8)	13 (35.2)	37 (100.0)

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต ช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาล อ่างทอง ส่วนใหญ่มีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่างๆ ตามสมมติฐานที่กำหนด ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p -value > 0.001) ก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล (p -value < 0.005) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตในแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ช่วงเวลา (p -value > 0.001) ซึ่งเป็นตามสมมติฐานการวิจัยอันเนื่องมาจากทุกๆ ครั้งที่จัดกิจกรรม และทุกๆ ครั้งที่กลุ่มตัวอย่าง มาเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดหมาย ผู้ศึกษาจะเริ่มต้นบทวนความรู้อยู่เสมอ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจรับฟังในกิจกรรมการบรรยาย การให้ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตผ่านข้อมูลเชิงประจักษ์จากกิจกรรม ชม ดม อ่าน ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงปริมาณของเกลือในอาหารแต่ละชนิดด้วยตนเอง รวมถึงกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดความกลัวภาวะแทรกซ้อน จากความดันโลหิตสูง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถระลึกจดจำความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมในส่วนของ การสังเกตของ Bandura¹²

นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.631) แสดงถึงการคงอยู่ของความรู้ อาจเป็นผลมาจากความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รูปแบบการจัดกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลและการให้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ศึกษาขณะมารับบริการที่ห้องคำปรึกษาและขณะการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 6 และหลังเสร็จสิ้น

สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 ส่วนที่เหลืออีก 9 คน (ร้อยละ 24.3) ปรับระดับความดันโลหิตลดลงจากเดิม สำหรับระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งสิ้น 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.9 ส่วนที่เหลือ พบว่า 13 ราย (ร้อยละ 35.1) ระดับค่าความดันโลหิตยังคงเกินเกณฑ์

เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของระดับความดันโลหิตนาน 36 สัปดาห์ โดยนับจากสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ถึงระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มทดลอง 19 ราย ใน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.3 ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ต่อเนื่อง ส่วนที่เหลือส่วนใหญ่ จำนวน 24 รายจาก 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.8 ยังคงควบคุมระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์ และ 4 ราย (ร้อยละ 10.8) กลับมาสูงดังเดิม (ตารางที่ 4)

โปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ที่สอดแทรกและเน้นย้ำอยู่เสมอเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย การจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องของอาหาร การผ่อนคลายความเครียดและการออกกำลังกาย ตลอดจนการให้คำปรึกษาจากผู้ศึกษา เป็นการกระตุ้นความทรงจำ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bermudez¹³ ที่กล่าวว่า แนวทางที่ทำให้บุคคลมีการกำกับตนเองนั้น ประกอบด้วย 1) การจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการพัฒนาความรู้ความเข้าใจการกระตุ้นให้มีการตัดสินใจในการกระทำ 2) การตัดสินใจในการกระทำ คือปัจจัยที่ทำให้มีการตัดสินใจเกิดจากการที่บุคคลนั้นวิเคราะห์ และการประเมินสิ่งเหล่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujira¹⁴ ที่ได้ศึกษาการส่งเสริมการกำกับตนเองในการลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน และเสี่ยงต่อโรคอ้วน โดยการประยุกต์ใช้ “The Take PRIDE” โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Loyha¹⁵ ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าหลังการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตในระดับสูงเกือบทุกช่วง การเก็บข้อมูล ยกเว้นในระดับปานกลางในช่วงก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในช่วงเวลาก่อนการทดลองและระยะติดตามผล (p -value = 0.001) และคงที่หรือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p -value = 0.031) และช่วงหลังการทดลองกับระยะติดตามผล (p -value = 0.032) ซึ่งไม่เป็นไป

ตามสมมติฐานทั้งหมด คือ ระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 100) เคยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อได้รับการเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จึงยังมีความคาดหวังสูงว่าจะมีพฤติกรรมที่ดีสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นไม่สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมให้คงทนและสูงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukprasert¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองบัว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษาที่นิยมนำปลาร้าเป็นส่วนประกอบของอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทน้ำพริกปลาร้า จึงมีผลทำให้ควบคุมการรับประทานอาหารไม่ได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bermudez¹³ ที่ศึกษาเรื่อง “Personality Science, Self-Regulation, and Health Behavior” ได้กล่าวไว้ว่า หากบุคคลได้ผ่านกระบวนการฝึกฝนการกำกับตนเอง มีความสามารถที่จะสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ตัดสินใจที่จะเลือกกระทำสิ่งนั้นด้วยตนเอง และตอบสนองต่อตนเองตามแนวทางที่ต้องการ บุคคลนั้นก็จะสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ออกมา และ Youkong¹⁷, Tanomcheep¹⁸, Thasatan¹⁹ และ Khongphianthum²⁰ ที่ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

3. สัดส่วนระดับความดันโลหิต พบว่าในแต่ละช่วงเวลากการติดตามระดับความดันโลหิต ได้แก่ ภายหลังกการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ $\geq 140/90$ mmHg จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 75.6) และ 24 ราย (ร้อยละ 64.8) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของค่าระดับความดันโลหิตนับจากสัปดาห์ที่ 12 ถึงสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มทดลอง 19 ราย ใน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.3 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตติดต่อกันนาน 36 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นเพราะการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งปรับพฤติกรรมภายในตัวบุคคลโดยที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักการสังเกตตนเอง การตัดสินใจที่จะเลือกมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และรู้จักตอบสนองต่อการกระทำของตนเองเพื่อมุ่งใจให้ตนเองมีพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงทำให้สัดส่วนของค่าระดับความดันโลหิตลดลง อีกทั้งการจัดกิจกรรมให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ทั้งจากที่เป็นแหล่งที่เป็นทางการ ได้แก่ นักวิจัย ในทุกๆ ครั้งที่แพทย์นัดมาตรวจรักษา และไม่เป็นทางการ จากการโทรศัพท์ 6 ครั้ง ยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมุ่งมั่นที่จะควบคุมค่าระดับความดันโลหิตให้สำเร็จ เพราะรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความหวังดีของบุคคลรอบข้างที่มาจากแหล่งให้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Catherine²¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของเบนคูรา อ้างใน lamsupasit²² ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากต้องอาศัยการสังเกตตนเองร่วมด้วย จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน ดังนั้นการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loyha¹⁵, Sukprasert¹⁶, Thasatan¹⁹, Wattanawiro²³ และ Kamnordchadn²⁴ ซึ่งผลการศึกษาทั้งหมด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังกการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสัดส่วนระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ออกแบบโดยทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสัดส่วนระดับความดันโลหิตที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยกการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ได้รับการพัฒนามาจากแนวคิด/ทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์ใดๆ กับการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยวิธีการให้คำแนะนำแบบสั้น ตลอดจนจนกระบวนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล จึงควรศึกษาเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยศึกษาในเชิงคุณภาพ และควรมีการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น ประเภทกลุ่มยาลดความดันโลหิต ชนิดของยาลดความดันโลหิต ขนาดของยาลดความดันโลหิต

ข้อจำกัดจากการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้ศึกษาผู้ที่ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง โดยได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้ผู้ศึกษาไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของกลุ่มยาลดความดันโลหิต และขนาดยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน ซึ่งการได้รับประทานยาที่แตกต่างกันนั้น นอกจากจะส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยตรงแล้วยังมีผลต่อการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างด้วย เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน เช่น ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่กระตุ้นการขับปัสสาวะ จะทำให้ปัสสาวะบ่อย กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจไม่ชอบรับประทานยาเพราะอาการข้างเคียงดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษาที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะต่างๆ ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ของการศึกษานี้

References

1. Hypertension fact sheet Department of Sustainable Development and Healthy Environments September 2011, World Health Organization Regional Office for South-East Asia [online]. Accessed on April 10, 2016. Available from: URL; http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf.
2. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Hypertension Disease Report in Thailand. 2014.
3. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Public Health Statistics A.D.2012 [online]. Accessed on March 10, 2016. Available from: URL; <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic55/statistic55.html>.
4. Tammarangsri T, International Health Policy Program. NCDs Disease Report Crisis Health Crisis Society. n.p.; 2014.
5. Department of medical informatics AngThong Hospital. Conclusion of the results of AngThong Hospital 2014 - 2016. n.p.; 2016.
6. Department of health education AngThong Hospital. Health behavior survey hypertension patients. n.p.; 2014.
7. Department of health education AngThong Hospital. Conclusion of the results of health behavior survey hypertension patients. n.p.; 2014.
8. Lameshow S, Hosmer, DW, Klor J, Lwnga S. Adequacy of sample size estimation in health studies. New York: Wiley & Son; 1990.
9. Kukhontod S. Effectiveness of health education program in hypertensive patients (Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Behavioral Sciences). Graduate school. Bangkok: Mahidol University; 2009.
10. Jirawatkul A. Biostatistics in Health science Research. 3rd. Khon Kaen: Kangnana wittaya Publishers; 2007.
11. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
13. Bermudez J. Personality Science, Self-Regulation, and Health Behavior. Applied Psychology: an international review; 2006.
14. Rujira D. The effect of modified "take PRIDE" program on a weight control project in Nakhonphanom Municipality (Doctor of Public Health (International Program)). Graduate studies. Bangkok: Mahidol University; 2001.
15. Loyha P. The Effectiveness an application by self-regulation and social support for behavioral development for self-care among on Hypertensive Patients who cannot control level of blood pressure to normal level of bankhoo health service center muang district khom khen province (Master of Public Health Program in Health Education and Health Promotion). Graduate school. khom khen: khom khen University; 2007.
16. Sukprasert C. Effects of self-management with Application of Self-regulations and Social Support among on Hypertensive Patients of bannongbua health service center Khun Han district Si Sa Ket province (Master of Public Health Program in Health Systems Management). Graduate school. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2010.
17. Youkong S, Sompopcharoen M, Kengganpanich T, Rawiworrakul T. Effects of self-regulation on diet control for patients with type 2 diabetes. National Health Education Conference 7th; 14-16 May 2015; Jomtien Palm Beach Hotel & Resort. Chon Buri province; 2015.
18. Tanomcheep R, Duangsong R. Effects of Health Education Program on Blood Glucose Control among Diabetes Type 2 Patients. Srinagarind Medical Journal 2016 ; 31: 297-304.
19. Thasatan S, Homsin P, Srisuriyawet R, Klajon J. Effects of Self-Regulation with Applied Buddhist Medicine on Self-Care
20. Khongphianthum O, Rattanagreethakul S, Toonsiri C. Effects of self – regulation program on hula hoop exercise, dietary control and waist circumference among central obesity health volunteers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2016; 24: 77-88.
21. Catherine A, Heaney B, Israel A. Social networks and social support. In: Karen G, Rimer BK, Viswanath K. (Eds.), (4thed.) Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey – Bass; 2008.
22. Iamsupasit S. Theories and techniques in Behavior modification. 7th. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010
23. Wattanawirod N. Management for changing behavior of essential hypertensive elderly patients in Urban Primary Care Unit, Nakhon Phanom Province (Master of Public Health Program). Graduate school. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2010.
24. Kamnordchadn M. Management participation on health care hypertensive patients. (Master of Public Health Program). Graduate school. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2008.