

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จารุณี ปลายยอด* พย.ม, ว.พย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

อรสา พันธักดิ์** พย.ด.

ชีวิรัตน์ ต่ายเกิด*** วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 53 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่สร้างโดย อรสา พันธักดิ์และคณะ โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อการควบคุมความดันโลหิต 2) การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลและการให้กำลังใจ และ 3) การติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท และเครื่องชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและ paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวลดลงจากก่อนเข้าโปรแกรม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูงได้ และผู้เป็นความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว การควบคุมความดันโลหิต โรคความดันโลหิตสูง

*Corresponding author, พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
E-mail: jarunee_pop@hotmail.com

**รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

จากรายงานภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2000 ประชากรทั่วโลก 973 ล้านคนที่เป็นความดันโลหิตสูง และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2025 (Chockalingam, Campbell, & Fodor, 2006) ในประเทศสหรัฐอเมริกา จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในปี ค.ศ. 2005-2006 พบว่า ร้อยละ 29 ของประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความชุกของการเป็นความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 67 ในด้านการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 2 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Brookes, 2008) แสดงว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในประเทศที่พัฒนายังควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่า ร้อยละ 22 ของประชากรเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยภาพรวม อัตราป่วยในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ในเขตเมืองเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิง แต่ในชนบทมีอัตราป่วยใกล้เคียงกัน (Aekplakorn et al., 2008) ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียงส่วนน้อย ที่รู้ว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 21 ในเพศชายและร้อยละ 36 ในเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และทราบว่าตนเองเป็นโรค และกลุ่มที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงนี้ มีร้อยละ 79 ในเพศชายและร้อยละ 85 ในเพศหญิง ที่ได้รับการรักษา โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 34 ในเพศชาย และร้อยละ 38 ในเพศหญิง ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หากคำนวณโอกาสในการควบคุมโรคได้ พบว่ามีเพียงร้อยละ 5.7 ในเพศชาย และร้อยละ 11.7 ในเพศหญิง ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมดเท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (เยาวรัตน์

ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยัตพันธุ์, และคณะ, 2549) แสดงให้เห็นว่าคนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายของการรักษามีจำนวนน้อยมาก จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลการจัดลำดับอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 กลุ่มแรก ทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2549-2552 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 659.57 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 981.48 ต่อแสนประชากร อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นด้วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก 188.33 ต่อ แสนประชากร เป็น 227.19 และโรคหัวใจขาดเลือด ที่เพิ่มขึ้นจาก 232.65 เป็น 293.80 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และไตวาย (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 2003) โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1 ใน 3 สาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นและจึงเป็นภาระโรคที่สำคัญ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า อัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยภาวะความดันโลหิตสูงของประชากรทั่วโลก โดยการคาดการณ์ประมาณ 7.1 ล้านคน และอีกประมาณ 64 ล้านคน พิจารณาตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ (World Health Organization, 2003)

การควบคุมความดันโลหิตสูงทำได้โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรักษาด้วยยา (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2003) ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและไม่สามารถ

ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ อาจเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง โดยเชื่อว่าเป็นโรคที่หายแล้วเมื่อไม่มีอาการ จึงหยุดรับประทานยา โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงครั้งแรก (Panpakdee, Hanucharumkul, Sritanyarat, Kompayak, & Tanomsup, 2003) ร่วมกับไม่มีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต จึงทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีจำนวนน้อยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) พบว่า คนไทยที่เป็นความดันโลหิตสูงมีเพียงร้อยละ 10 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 12.4 (Porapakkham, Pattaraarchachai, & Aekplakorn, 2008) ผู้เป็นความดันโลหิตสูงจึงต้องเรียนรู้การดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สติยพร นพพลับ, 2544; สำราญ คชรินทร์, 2544)

จากการรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2545-2546 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จังหวัดสิงห์บุรีมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับสองของประเทศ และอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับเพิ่มขึ้นจาก 74.8 ต่อแสนประชากร เป็น 108 ต่อแสนประชากร สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชากรของจังหวัดสิงห์บุรีของเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากโรคนี้ อาจเนื่องจากมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากขึ้น ข้อมูลจากเวชสถิติของโรงพยาบาลอินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี ในปีงบประมาณ 2549 มีผู้มารับบริการด้วยความดันโลหิตสูง จำนวน

511 ราย พบว่ามีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง 116 คน (ร้อยละ 22.7) ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ปัจจุบันโรงพยาบาลอินทร์บุรีมีบริการการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่ได้มีรูปแบบหรือไม่มีการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต รวมทั้งสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะเจ็บป่วย และความเสี่ยง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของออร์สา พันธักดิ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุมลชาติ ดวงบุบผา, สมทรง จุไรทัศน์ย์, สุรางค์ สิงหนาท, และสมพร โชติวิทยธารากร (2550) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่สร้างโดย ออร์สา พันธักดิ์, พรทิพย์

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง**

มาลาธรรม, สุมลชาติ ดวงบุผา, และคณะ (2550) ตามแนวคิดการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ โอเร็ม กล่าวว่า ผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองคือ ผู้ที่มีความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self-care requisites) มากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ที่ตนเองมีอยู่ จึงต้องการการพยาบาลที่จะเข้าไปช่วยเหลือตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองที่บุคคลทำไม่ได้ด้วยตนเอง หรือเพื่อไปพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลหรือให้บุคคลนั้นสามารถไปดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลจะเลือกกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem, 1995)

จากแนวคิดของโอเร็ม ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ดังนั้น ผู้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จึงถือว่าเป็นผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงต้องการการพยาบาลเข้าไปช่วยเหลือโดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ ด้วยวิธีการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem, 1995)

ความจำเป็นในการดูแลตนเองที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องรู้และปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การลดการรับประทานอาหารเค็ม โดยบริโภคเกลือไม่เกิน 6 กรัมต่อวัน (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2003) เนื่องจากการบริโภคอาหารเค็ม ทำให้มีโซเดียมในพลาสมาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มการเคลื่อนย้ายของน้ำจากในเซลล์ไปสู่ช่องว่าง

ระหว่างเซลล์ รวมถึงมีการกระตุ้นศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ การดื่มน้ำมากจึงทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น และเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดง ซึ่งจะมีผลให้ความดันโลหิตและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มสูงขึ้น (Wardener & MacGregor, 2004)

2) การควบคุมน้ำหนักไม่ให้มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในระหว่าง 18.5–24.9 กก./ม² หากผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร เพิ่มการออกกำลังกายและการทำพฤติกรรมบำบัด (Khan et. al., 2008) โดยความดันโลหิตจะลดลง 5–20 มม.ปรอท เมื่อน้ำหนักตัวลดลง 10 กิโลกรัม (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2003)

3) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการลดความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม (Chalmers et al., 1999) บลูเมนทอลและคณะ (Blumenthal et al., 2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ต่อความสามารถด้านจิตสังคม และตัวบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลา 4 เดือน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าโปรแกรมการออกกำลังกายหรือการฝึกการจัดการความเครียด มีการพัฒนาความสามารถด้านจิตสังคมที่ดีขึ้นและส่งผลให้การทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ รวมถึงมีความกดดันทางด้านอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4) การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา ซึ่งพบว่าการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยา สามารถอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 35–40 ลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ร้อยละ 20–25 และลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจวายได้

มากกว่าร้อยละ 50 (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2003) ดังนั้น ผู้เป็นความดันโลหิตจึงต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเพิ่มความสม่ำเสมอของการรับประทานยาได้ ควรเพิ่มวิธีการต่างๆ ได้แก่ การลดปริมาณมื้อยาในแต่ละวัน กลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจ การเยี่ยมบ้าน รวมถึงการใช้นวัตกรรมต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ง่ายขึ้น (Schroeder, Fahey, & Ebrahim, 2004) จะเห็นว่าผู้เป็นความดันโลหิตสูงต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจึงต้องการการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่จะทำพฤติกรรมดังกล่าวได้

รสสุคนธ์ วาริตสกุล (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ภาวะควบคุมโรค และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ 3 เดือน รูปแบบโครงการแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 1 ครั้ง ระยะที่ 2 คือ การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยศึกษาเป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และน้ำหนักตัวลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ อรสา พันธักดิ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุมลชาติ ดวงบุผา, และคณะ (2550) ดำเนินโครงการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นความดันโลหิตสูง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถ

ในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูงพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการร้อยละ 62 ของกลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มม.ปรอท หลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือนผู้ที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มม.ปรอท ลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 34

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษา กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-post test) ประชากร คือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอินทร์บุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2550 ถึงกรกฎาคม 2551

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตามลักษณะที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ คือ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทอย่างน้อย 2 ครั้ง ในการวัดความดันโลหิต 4 ครั้งที่ผ่านมา ก่อนเข้าโปรแกรม หรือผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยและมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอทอย่างน้อย 2 ครั้ง ในการวัดความดันโลหิต 4 ครั้งที่ผ่านมา ก่อนเข้าโปรแกรม 3) อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม และ 5) มีที่อยู่ที่สามารถส่งไปรษณียบัตรได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณ power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1977 as cited in Polit & Hungler, 1995) โดยผู้วิจัยใช้ paired t-test กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ .05 power of the test เท่ากับ .80

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

และ effect size เท่ากับ .60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมอีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมเท่ากับ 53 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลน้ำหนักตัวและค่าความดันโลหิต 3) เครื่องชั่งน้ำหนักแบบตั้งพื้น 4) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท ซึ่งมีการทดสอบเทียบค่าความเที่ยงตรงของการวัด ปีละ 1 ครั้ง โดยกองวิศวกรรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และได้ใช้เครื่องมือดังกล่าว เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย 5) แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดสมรรถนะในการดูแลตนเองสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่สร้างโดย อรสา พันธักกิตติ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, สำราญ คชรินทร์, และสถิตย์พร นพพล (2550) ซึ่งมีจำนวน 23 ข้อ แบบวัดประมาณค่ามีตัวเลขให้เลือก 0-10 ที่ให้ผู้เข้าร่วมโครงการตอบเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว 6 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียง 5 ข้อ การจัดการกับความเครียด 3 ข้อ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 4 ข้อ และการกำกับประเมินตนเอง 3 ข้อ คะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 0 ถึง 230 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก

แบบสอบถามนี้ ผู้สร้างเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 1 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่ม

ผู้เป็นความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha's coefficient) เท่ากับ .88 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยง ในกลุ่มผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

2. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสอน การให้คำแนะนำ และการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การประชุมกลุ่มย่อย ผู้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 4-10 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง 2) ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ผู้เป็นความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจัดการเพื่อทำให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก และลดการรับประทานอาหารที่มีเกลือหรือโซเดียมสูง การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการออกแรงเบ่ง การกำกับ และประเมินตนเองโดยสอนให้รู้จักค่าความดันโลหิตและน้ำหนักตัวตามเป้าหมาย การติดตามความก้าวหน้า และบันทึกผลการวัดความดันโลหิตและน้ำหนักตัว รวมถึงการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยใช้สื่อ รูปภาพ ประกอบการสอน เมื่อสิ้นสุดการสอนในกลุ่มย่อย ผู้วิจัยให้เอกสารคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่จัดทำโดยอรสา พันธักกิตติ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, สำราญ คชรินทร์, และสถิตย์พร นพพล (2550) กับผู้เข้าร่วมโปรแกรมกลับไปทบทวนความรู้ต่อที่บ้าน 3) หลังการสอนมีการให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตั้งเป้าหมายของตนเอง ในการควบคุมความดันโลหิตสูงว่าจะควบคุมความดันโลหิตและน้ำหนักให้อยู่ในระดับใด

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเอง และสอนการฝึกทักษะการคลายเครียด ผู้เข้าร่วมวิจัย มาประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-10 คน ในเดือนที่ 2 ของโปรแกรม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากได้รับความรู้ไปในครั้งแรก รวมทั้งซักถาม ปัญหา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วม โปรแกรมฝึกทักษะการคลายเครียดด้วยการฝึกการหายใจ และความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยใช้สื่อแผ่นบันทึกเสียง เรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิต ที่บอกให้ผู้ป่วยทำตามเพื่อผ่อนคลาย ใช้เวลาฝึกประมาณ 10 นาที และให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน ให้กำลังใจ ซึ่ง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) การประชุมกลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ การให้ข้อมูล ป้อนกลับเกี่ยวกับผลการดูแลตนเอง เช่น พฤติกรรมที่ เปลี่ยนแปลง ค่าน้ำหนัก ค่าความดันโลหิต รวมทั้งผู้วิจัย ได้ให้คำปรึกษารายบุคคล ในคนที่มีปัญหาไม่สามารถ ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย 2) การส่ง ไปรษณียบัตรไปที่บ้านของผู้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว ได้แก่ การควบคุมอาหาร และน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การจัดการเรื่องยา และอาการข้างเคียง การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงและการมาตรวจตามนัด การส่งจดหมาย กระตุ้นเตือนจะส่ง 2 ครั้ง ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 5 สลับกับจัดประชุมกลุ่มย่อย ในเดือนที่ 4 และเดือนที่ 6

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของ ผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัย โรงพยาบาลอินทร์บุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ก่อนเริ่มโปรแกรม 2) รวบรวมข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (เดือนที่ 6) 3) รวบรวมข้อมูล ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิกและ น้ำหนักตัว เก็บก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทุก 2 เดือนที่มีการเข้ากลุ่ม (เป็นข้อมูลสำหรับป้อนกลับให้ผู้ร่วมวิจัย ทราบความก้าวหน้า) และเดือนที่ 6 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูล จำนวน 1 คน เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล เกี่ยวกับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก น้ำหนักตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และน้ำหนักตัวก่อนและ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้ paired t-test ซึ่งก่อนใช้ สถิติดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้มีการทดสอบการกระจายของ ข้อมูลด้วยสถิติ Komogorov-Smirnov test พบว่า ตัวแปรทั้ง 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และน้ำหนักตัวมีการแจกแจง แบบปกติ

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง**

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนรวม 53 คน เป็นเพศชาย 22 คน เพศหญิง 31 คน ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 62.3) อายุเฉลี่ย 63.48 ปี (SD = 10.59) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.1) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 81) ประมาณ 1 ใน 3 เป็นข้าราชการบำนาญและอยู่บ้านเฉยๆ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 70) เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 30.2 (16 ราย) มีโรคร่วมอื่นๆ ร้อยละ 37.7 (20 ราย) ประกอบด้วย ไตวาย 8 ราย (ร้อยละ 15.1) กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 9.4 (5 ราย) หัวใจล้มเหลว/ หัวใจห้องล่างซ้ายโต ร้อยละ 9.4 (5 ราย) โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.9 (1 ราย)

**การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้
ความสามารถในการดูแลตนเอง**

การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง คือ จาก 184.5 เป็น 206.4 คะแนน และเมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านได้แก่ การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียง การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและการกำกับประเมินผลตนเอง มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและแต่ละด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน (N = 53)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	ช่วงคะแนน	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม			t
		พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD	
โดยรวม	0-230	144-228	184.53	20.12	161-228	206.37	17.01	7.92*
รายด้าน								
การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว	0-60	8-59	39.58	11.17	26-60	49.36	7.45	6.78*
การออกกำลังกาย	0-20	4-20	13.03	4.28	8-60	16.93	2.73	7.06*
การจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียง	0-50	29-50	44.92	4.92	25-50	47-37	4.17	2.83*
การจัดการความเครียด	0-30	8-30	23.51	4.88	11-30	29.46	3.58	3.94*
การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง	0-40	30-40	36.12	2.94	29-40	37.81	2.97	3.81*
การกำกับประเมินตนเอง	0-30	20-30	27.29	2.72	22-30	28.43	2.30	2.70*

*p < .01

การเปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และน้ำหนักตัว

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก 152.2 มม.ปรอท ความดันไดแอสโตลิก 84.2 มม.ปรอท และน้ำหนักตัวเฉลี่ย 67.3 กิโลกรัม ภายหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ลดลงเหลือ 126.7 มม.ปรอท ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลงเหลือ 73.5 มม.ปรอท และน้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลงเหลือ

66.7 กิโลกรัม ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และน้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและน้ำหนักตัวของผู้ที่เป้นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ย (SD)	หลังเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ย (SD)	paired t-test	p-value
ความดันซิสโตลิก	152.2 (14.55)	126.7 (14.62)	9.87	< .001
ความดันไดแอสโตลิก	84.2 (10.06)	73.4 (11.88)	6.07	< .001
น้ำหนักตัว	67.3	66.7	0.77	.44

การควบคุมความดันโลหิตสูง

ก่อนการทดลอง ผู้เข้าร่วมโครงการทุกรายเป้นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต ภายหลังการทดลองพบว่า จำนวนผู้ที่เป้นความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้คือ ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/ 90 มม.ปรอท หรือ ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท

ในผู้ที่เป้นเบาหวานและโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย มีจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 67.9) ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มี 17 ราย ซึ่งประกอบด้วย ผู้ที่ความดันโลหิตลดลงแต่ไม่อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้มี 14 ราย (ร้อยละ 26.4) และผู้ที่ความดันโลหิตไม่ลดลงมี 3 ราย (ร้อยละ 5.7) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (N = 53)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิต				
ควบคุมไม่ได้	53	100	3	5.7
ควบคุมไม่ได้แต่ระดับความดันโลหิตลดลง	-	-	14	26.4
ควบคุมได้	-	-	36	67.9

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 6 เดือนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสำราญ คชรินทร์ (2544) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ความผาสุก และภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงจากก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้สึกผาสุกสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของประจวบ สุขสัมพันธ์ (2549) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 2 ใน 3 (ร้อยละ 67.7) สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้อาจเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมที่มีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้

เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียง การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการประเมินกำกับตนเอง ซึ่งการปฏิบัติตัวในแต่ละด้านจะมีส่วนช่วยในการลดความดันโลหิตได้ มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจ ทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเองการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รวมทั้งการส่งจดหมายเพื่อกระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้เข้าโครงการมีความมั่นใจในการปฏิบัติการณ์การดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในโปรแกรมเป็นเวลาถึง 6 เดือน ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่ม และมีส่วนร่วมในการคิดวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเข้าประชุมกลุ่มและการได้รับคำปรึกษารายบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือควบคุมความดันโลหิตสูง จึงทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้

จากการประชุมกลุ่มย่อยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเผชิญความเครียดหลายประการ เช่น ปัญหาหนี้สิน ความเจ็บป่วยของตนเองและคู่สมรส รวมถึงความเครียดจากบุตรหลานและญาติพี่น้อง ภาวะเครียดส่งผลให้ความสนใจในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตลดลง นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลโดยตรงต่อระดับความโลหิตและเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น (Chalmers et al., 1999) การคลายเครียดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการฝึกทักษะการคลายเครียดด้วยการฝึกการหายใจและความเข้มข้นทางจิตใจ โดยใช้

สื่อแผ่นบันทึกเสียงเรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิตที่บอกให้ผู้ป่วยทำตามเพื่อผ่อนคลายใช้เวลาฝึกประมาณ 10 นาที และให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มฝึกการคลายเครียดมีคะแนนการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุันททา กระจำนแดน (2540) เรื่องผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลาย ในการลดความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 20 ราย คัดเลือกกลุ่มแบบเจาะจง ระยะเวลาในการทดลองคือ 8 สัปดาห์ผลการวิจัยพบว่า การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติสามารถลดความเครียดและความดันโลหิตได้และยังลดอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้เข้าโปรแกรมยังมีการสร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือในระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองด้วย

ด้านน้ำหนักตัว หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวลดลงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนสามารถควบคุมหรือลดน้ำหนักได้นั้น การจัดกิจกรรมให้ปฏิบัติร่วมกันไม่ควรเว้นช่วงห่างเกิน 1 เดือน และใช้ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมโดยรวมตั้งแต่ 4-18 เดือน (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2544; สถิตยพร นพพลับ, 2544; สำราญ ชชรินทร์, 2544; Elmer et al., 2006) ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องเวลา และระบบนัดที่ไม่สามารถนัดผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้มาตรวจตามนัดและปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันได้เร็วกว่า 2 เดือน ทำให้การทบทวนกิจกรรมและการให้กำลังใจมีระยะห่างกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ประกอบกับผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอายุเฉลี่ย

ประมาณ 63 ปี จากงานวิจัยของตลนภา สร้างไธสง (2549) ที่ศึกษาปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคในการออกกำลังกายและกลวิธีในการส่งเสริมและการจัดการกับอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครพบว่า อุปสรรคในการออกกำลังกาย ได้แก่ ข้อจำกัดทางกาย ความเชื่อ/ความเข้าใจในการออกกำลังกาย และความรู้สึกลบต่อการออกกำลังกาย (ตลนภา สร้างไธสง, 2549) ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่สูงอายุปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายได้ไม่เต็มที่ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีแนวโน้มน้ำหนักตัวลดลง ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่จะช่วยควบคุมและลดน้ำหนัก ควรมีรูปแบบของการโปรแกรมที่มีระยะห่างของกิจกรรมในแต่ละครั้งไม่นานจนเกินไปและควรจัดโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ชัดเจน

ในการศึกษาครั้งนี้ หลังการทดลองพบว่า มีผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 17 ราย แบ่งเป็น ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 3 ราย และควบคุมไม่ได้แต่ความดันโลหิตลดลง 14 ราย ในกลุ่มนี้ เป็นผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่เป็นเบาหวานหรือมีปัญหาไตเสื่อมหน้าที่/ไตวายเรื้อรัง 10 รายจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2003) และในกลุ่มนี้ พบว่า เป็นผู้สูงอายุ 7 ราย ผู้เป็นความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้จึงถือว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนที่ควรได้รับการดูแลแบบรายกรณี จากงานวิจัยของราศรี ลีเนกุล (2548) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการรายกรณี ทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลผู้จัดการดูแล ทีมผู้ให้ดูแล และผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพโดยมีผู้ป่วยเป็นกลางและสร้างแบบแผนการดูแลที่สร้างโดยสหสาขาวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการวางแผนการปฏิบัติ และประเมินผล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีของการบริการได้แก่ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (ราตรี สีนะกุล, 2548)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองได้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ควรใช้วิธีการจัดการหลายวิธีร่วมกัน ดังในโปรแกรมของการศึกษาครั้งนี้

2. ควรศึกษาการจัดการรายการกรณีในผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่เข้าโครงการแล้วไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

3. ควรศึกษาการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ผ่านการเข้าโครงการ

4. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในระยะยาวและมีแบบวิธีวิจัยที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ชัดเจนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์เรืองยศ สุทธิจิตตะ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรีที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินการวิจัย คุณละเอียด นาถวงษ์ อดีตหัวหน้าพยาบาล คุณกฤษฎา เขียววิหิต หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอินทร์บุรี ที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- ดลนภา สร้างไธสง. (2549). *ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ:การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประจวบ สุขสัมพันธ์. (2549). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, และคณะ. (2549). *ความดันโลหิตสูงในคนไทย. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2(16), 1-6*. สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2553, จาก <http://www.hiso.or.th/hiso/pictene/bro/PDF/lesson16.pdf>
- ราตรี สีนะกุล. (2548). *การพัฒนารูปแบบการจัดการรายการกรณีทางการแพทย์ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสสุคนธ์ วาริตสกุล. (2544). *ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อสมรรถนะในการดูแลตนเอง ภาวะการควบคุมโรคและความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถิตย์พร นพพลับ (2544). *ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อสมรรถนะการดูแลตนเอง ความรู้สีกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา กระจำแดน. (2540). *ผลของการการทำสมาธิชนิดอนาปานสติแบบผ่อนคลาย ในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน เป้าหมายตัวชี้วัด*. กระทรวงสาธารณสุข: 2545-2546. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2553, จาก <http://dpc1.ddc.moph.go.th/disease/Data web/94.doc>

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ข้อมูลสถิติผู้ป่วย สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2552. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2554, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mol=bps8.doc=5>
- สำราญ คชรินทร์. (2544). ประสิทธิภาพของโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อสมรรถนะในการดูแลตนเอง ความผาสุก และภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรสา พันธักดิ์, รสสุคนธ์ วาริษฐกุล, สำราญ คชรินทร์, และ สติยพร นพพลับ. (2550). คู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- อรสา พันธักดิ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, สมุสชาติ ดวงบุผา, สมทรง จุไรทัศน์, สุรางค์สิงหนาท, และสมพร โชติวิทยธารากร. (2550). รายงานผลการดำเนินโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Aekplakorn, W., Abbott-Klafter, J., Khonputsa, P., Tatsanavivat, P., Chongsuvivatwong, V., Chariyalertsak, S. et al. (2008). Prevalence and management of prehypertension and hypertension by geographic regions of Thailand: The Third National Health Examination Survey, 2004. *Journal of Hypertension*, 26(2), 191–198.
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Babyak, M. A., Watkins, L. L., Waugh, R., Georgiades, A., et al. (2005). Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 293(13), 1626–1634.
- Brookes, L., (2008). *New US National Hypertension Guidelines–JNC 8–To be announced?* Retrieved July 26, 2010, from www.medcape.com
- Chalmers, J., MacMahon, S., Mancia, G., Whitworth, J., Beilin, L., Hansson, L., et al. (1999). 1999 World Health Organization–International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 17, 151–185.
- Chockalingam, A., Campbell, N. R., & Fodor, J. G. (2006). Worldwide epidemic of hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 22(7), 553–555.
- Elmer, P. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Morton, D. S., Stevens, V. J., Young, D. R. (2006). Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control 18 month results of randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 144(7), 485–496.
- Khan, N. A., Hemmelgarn, B., Herman, R. J., Rabkin, S. W., McAlister, F. A., Bell, M. C., et al. (2008). The 2008 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: Part 2 therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 24(6), 465–475.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concept of practice* (5th ed). St. Louis, MO: Mosby Year Book.
- Panpakdee, O., Hanucharumkul, S., Sritanyarat, W., Kompayak, J., & Tanomsup, S. (2003). Self-care process in Thai people with hypertension: An emerging model. *Thai Journal of Nursing Research*, 7(2), 6–10.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th ed.). Philadelphia, PA: J.B. Lippincott.
- Porapaktham, Y., Pattaraarchachai, J., & Aekplakorn, W. (2008). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: The 2004 National Health Examination Survey III, Thailand. *Singapore Medical Journal*, 49(11), 868–873.
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). How can we improve adherence to blood pressure–lowering medication in ambulatory care?: Systematic review of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 164(7), 722–732.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. (2003). The Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Retrieved November 5, 2003, from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/htpertension/jnc7full.pdf>
- Wardener, H. E., He, F. J., & MacGregor, G. A. (2004). Plasma sodium and hypertension. *Kidney International*, 66, 2454–2466.
- World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. (2003). *2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension*. Retrieved April 16, 2010, from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension_guidelines.pdf

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

Effects of a Promoting Self-Care Participation Program on Perceived Self-Care Ability, Body Weight, and Blood Pressure Control in Persons with Hypertension

Jarunee Plaiyod* M.S.(Nursing), APN (Medical-Surgical Nursing)

Orasa Panpakdee** D.N.S

Cheewarat Taikerd*** (Counseling Psychology)

Abstract: This quasi-experimental research study aimed to examine the effectiveness of promoting self-care participation program on perceived self-care agency, body weight, and blood pressure control in uncontrolled hypertensive patients. Purposive sampling was used to select 53 patients from hypertension clinic, Outpatient Department, Inburi Hospital, Singburi Province. Orem's self-care deficit nursing theory was used as conceptual framework for this study. A Promotion of Self-Care Participation Program developed by Panpakdee and colleagues was used as the intervention procedures. The program consisted of 1) teaching about hypertension and self-care management for blood pressure control, 2) small group discussions for sharing experiences of self-care management, and feedback, and 3) motivating of self-care practice. The study was conducted for 6 months. The following instruments were used to collect data: 1) the Demographic Questionnaire, 2) the Perceived Self-Care Ability Questionnaire, 3) a sphygmomanometer, and 4) a weighing scale. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results showed that after completing the program: 1) the mean scores of perceived self-care ability in total and in each dimension were significantly higher than those before entering the program; 2) the means of systolic and diastolic blood pressure were significantly lower than those before entering the program, and 3) the mean score of body weight was not significantly different than that before entering the program. The findings of this study indicated that promoting patients participate in self-care could help the patients control their blood pressure.

Keywords: Self-care participation program, Perceived self-care ability, Body weight, Blood pressure control, Hypertension

*Corresponding author, Advanced Practiced Nurse (Medical-Surgical Nursing), Inburi Hospital, Singburi Province,
E-mail: jarunee_pop@hotmail.com

**Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Professional Nurse, Psychiatric Department, Inburi Hospital, Singburi Province