

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง*

ศกุนตลา อนุเรือง, พย.ม., R.N**

ศิริอร สินธุ, D.N.S.***

นภาพร วาณิชกุล, Ph.D. (Gerontological Nursing)****

อรวรรณ ศรียุคศุท, D.S.N. (Educator of Nursing)*****

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพของผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 76 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนเท่ากัน การวิจัยนี้ใช้ Feminist Perspective เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการสุขภาพ และแบบวัดภาวะสุขภาพ (ระดับความดันโลหิต ขนาดเส้นรอบเอว และระดับไขมันโคเลสเตอรอล) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test Independent t-test และ Mann-Whitney U test

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพ แต่เมื่อครบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพดีกว่าและมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพสูงกว่าทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมนี้ไปขยายผลโดยนำไปทดลองใช้กับผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือเปรียบเทียบผลกับผู้ชายที่มีความดันโลหิตสูง

วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(1) 11-23

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างพลังตนเอง ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพหญิงที่มีความดันโลหิตสูง

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลกและในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า แม้อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง¹ แต่จากรายงานด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2545 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 11 และร้อยละ 8.4 ตามลำดับ)² และในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2547 พบว่าสาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูงในผู้หญิงสูงถึง 100,050 ราย ขณะที่ในผู้ชายมี 62,622 ราย³ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในผู้หญิงยากต่อการควบคุมความก้าวหน้า และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ชาย⁴

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง การมีกิจกรรมทางกายที่น้อยลงเนื่องจากมีเครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันมากขึ้น ทำให้น้ำหนักเกินตั้งแต่อายุน้อย นอกจากนั้นยังมีความเครียด การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของผงชูรส เกือบมากหรือรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการถนอมอาหารหรืออาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและเกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายได้

การศึกษาพฤติกรรมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า ร้อยละ 94.3 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงยอมรับการรักษาด้วยยา มากกว่าที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิง แม้มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแต่ยังคงต้องรับผิดชอบในการดูแลคนในครอบครัวตามที่สังคมและครอบครัวคาดหวังเช่นเดิม ยังคงให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับคนในครอบครัวมากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับตนเอง

มีเพียงส่วนน้อยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเดิมเพื่อควบคุมโรคของตน⁶ ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเพิ่มความรุนแรงหรือเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้หญิงจึงเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

ในปัจจุบันหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขได้หาวิธีการต่าง ๆ เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง เช่น การพัฒนาประสิทธิภาพของยาควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หรือลดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งมักเป็นยาที่มีราคาแพง ขณะที่ผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ครอบครัวมีรายได้น้อย⁷ นอกจากนี้หน่วยงานของรัฐยังมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการณรงค์ต่าง ๆ อาทิ โครงการออกกำลังกาย โครงการรับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น และบุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้/คำแนะนำในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งคำแนะนำส่วนใหญ่เป็นหลักการดูแลสุขภาพทั่วไป ไม่มีรายละเอียด เช่น “ลดเค็ม ลดมัน ออกกำลังกาย ไม่เครียด” ประกอบกับการสื่อสารทางเดียว ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจปฏิบัติไม่ได้ตาม คำแนะนำนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การแก้ปัญหาด้วยการให้คำแนะนำโดยไม่ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและพลังใจในการปฏิบัติของผู้ป่วย เน้นเพียงให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักการทางการแพทย์ ทำให้เกิดช่องว่างในการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ด้อยกว่าบุคลากรทางสุขภาพ และรู้สึกสูญเสียพลังในตนเอง (loss of power/control)⁷ เมื่อนานไปผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้กับลักษณะของการเป็นผู้ตาม ส่งผลให้ผู้ป่วยลี้ภัย ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ของบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้การควบคุมความดันโลหิตสูงต้องประสบความล้มเหลวไปในที่สุด และเป็นอุปสรรคต่อความประทับใจในบริการสุขภาพอีกด้วย

แนวคิดทางการสาธารณสุขทั่วไปให้ความสำคัญกับ

วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลขึ้นเน้นการสร้างศักยภาพมนุษย์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี การวิจัยทางการแพทย์มากมายในประเทศไทยมีการใช้แนวคิดหรือทฤษฎีในการสร้างพลังในตนเอง เช่น King, Gibson หรือ Feminist เป็นต้น โดยมีหลักการที่ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ซึ่งล้วนเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพทั้งสิ้น^{5, 7, 8} แต่พบว่างานวิจัยเหล่านั้นมีวิธีการวิจัยที่เป็นการวัดผลการทดลองก่อนและหลังโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งผลที่ได้พบว่ากระบวนการดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่ดี แต่ในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยได้ออกแบบวิธีการวิจัยที่จะสะท้อนผลการวิจัยให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยการใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบกันและวัดผลก่อน-หลังการทดลอง และเลือกวิธีการสร้างพลังโดยใช้แนวคิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางเพศภาวะ (feminist perspective)⁹ เป้าหมายให้ผู้หญิงสนใจตนเองให้มากเท่ากับที่ให้คนในครอบครัวหรือคนที่รัก เน้นและส่งเสริมให้ผู้หญิงตระหนักถึงการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และสนับสนุนให้ผู้หญิงได้เป็นส่วนสำคัญในการค้นหาวิธีการจัดการและตัดสินใจในวิธีการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของตนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้หญิงมีพลังใจในการดูแลตนเองได้ต่อไป ส่งผลให้ผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีภาวะสุขภาพที่ดี และเกิดความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางเพศภาวะ⁹ ในการออกแบบวิธีการพยาบาล มีจุดเน้นให้ผู้หญิงตระหนัก ถึงความสำคัญในการดูแล

สุขภาพตนเองเท่ากับสุขภาพของคนในครอบครัว โดยใช้วิธีการที่สอดคล้องกับธรรมชาติของความเป็นผู้หญิง ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความรู้/ข้อมูลซึ่งกันและกัน ใช้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ของผู้หญิงทั้งด้านปัญหาที่พบ เช่น อาการหรืออาการแสดงต่างๆ วิธีการแก้ปัญหา หรือปัญหาและอุปสรรคในวิธีการจัดการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติ ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน ข้อมูลด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกับประสบการณ์ของผู้ป่วย ยอมรับและให้คุณค่าในข้อมูลและการปฏิบัตินั้น (praxis) การสนับสนุนให้พลังใจเพื่อเสริมความเข้มแข็งในวิธีการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยทำได้เอง (empowerment) เป็นที่มาของความตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพ (awareness) โดยมีความเชื่อและความรู้ที่สอดคล้องกับความจริงทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและสามารถเลือกตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ในพฤติกรรมที่เอื้อต่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับพยาบาลและ/หรือผู้เกี่ยวข้องได้ (consensus) โดยในที่สุดเกิดการพัฒนาสุขภาพ โดยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจน ได้แก่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก, ไดแอสโตลิก, ขนาดของเส้นรอบเอว, ระดับไขมันโคเลสเตอรอลลดลง รวมทั้งเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนที่มีการพัฒนาวิธี/ความรู้ของทั้งผู้ป่วยและพยาบาล (evolement) และส่งผลให้ผู้หญิงมีภาวะสุขภาพที่ดีและเกิดความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพของหน่วยงานทางสาธารณสุขมากขึ้น

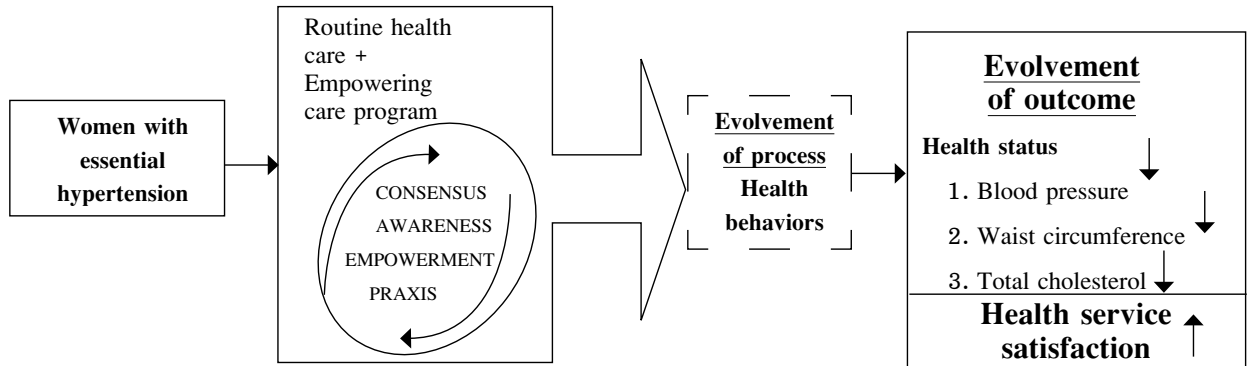
คณะผู้วิจัยใช้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย 3) การรักษายาอย่างต่อเนื่อง 4) การจัดการกับความเครียด และ 5) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ซึ่งกระบวนการสร้างพลังในตนเองนี้เกิดจาก การมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ป่วยเป็น

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง

ผู้เลือกลำดับก่อนหลังและวิธีการของการปรับพฤติกรรมตามบริบทและสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน ดังแสดงในรูปที่ 1 โดยมีผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้นและเกิดความพึงพอใจในบริการสุขภาพ โดยมีความเชื่อว่า

การมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพและตัดสินใจหรือเลือกการปฏิบัติที่สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับบริบทที่แท้จริงของตน ทำให้ประสบความสำเร็จที่ยั่งยืน

Empowering care program



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและคะแนนความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับการสร้างพลังในตนเอง
2. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและคะแนนความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสร้างพลังในตนเองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสร้างพลังในตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงมีภาวะสุขภาพและคะแนนความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพภายหลังได้รับการสร้างพลังในตนเองดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างพลังในตนเอง
2. ผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับการสร้างพลังในตนเองมีภาวะสุขภาพและคะแนนความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ ภายหลังการทดลอง

ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสร้างพลังในตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในบริการสุขภาพในผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงและเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 รายดังนี้

1. อายุระหว่าง 35-59 ปี
2. มีค่า systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg.

ขึ้นไปและ/หรือค่า diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg. ขึ้นไป

3. ไม่มีข้อบ่งชี้ถึงภาวะเร่งด่วนของความดันโลหิตสูงจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ สร้างขึ้นโดย ศิริอร สันธูและคณะ 10 มีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 2) คุณภาพของการให้บริการด้านอื่นๆ ได้แก่ สถานที่ เครื่องใช้ และค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ จำนวน 7 ข้อ 3) ผลลัพธ์การให้บริการ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น rating scale 5 อันดับ (เห็นด้วยมาก = 5 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง = 4 คะแนน เห็นด้วยน้อย = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่แน่ใจ/ไม่มีข้อมูล = 1 คะแนน) เครื่องมือนี้นำไปทดลองใช้กับผู้ใช้บริการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.89

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการการดูแลสุขภาพนี้ ไปทดลองใช้กับผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างพลังในตนเองของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางเพศภาวะ เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วยเรื่องพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย การรักษาย่างต่อเนื่อง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ วิธีการสร้างพลังในตนเองนี้ เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกลำดับก่อนหลังและวิธีการปรับพฤติกรรม ตามบริบทและสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ผู้ป่วยบางรายสังเกตว่าตนเองมีอาการบวมที่ปลายเท้าภายหลังรับประทานอาหารที่มีเกลือหรือผงชูรสมาก ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อน ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันปรับเปลี่ยนด้านนี้เป็นอันดับแรก เป็นต้น โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นลักษณะรายบุคคล ในวันและเวลาที่สะดวกจำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางเพศภาวะ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช และการสร้างพลังในตนเอง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และความชัดเจนของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพร้อมผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง

และดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้วิธีการจับสลากโดยกลุ่มผู้ป่วยตำบลแรกที่ออกหน่วยเคลื่อนที่เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นสลับกันไปจนครบ 38 คู่ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลในผู้ป่วยที่อยู่อาศัยใกล้เคียงกัน

3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือและลงนามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ในกลุ่มทดลองขอแผนที่บ้านและนัดหมายวัน เวลา ในการขอพบที่บ้านของผู้ป่วยครั้งแรกในวันรุ่งขึ้นหรือภายในสัปดาห์แรกใช้เวลาประมาณ 15 นาที

4. ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

5. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนการดำเนินการทดลองและการเก็บข้อมูล

กลุ่มทดลอง	สถานที่/เวลา	กลุ่มควบคุม	เวลา/สถานที่
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 Pretest 1. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการ พร้อมถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ผู้วิจัยประเมินข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพ 4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาล ประมาณ 10 นาที	สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 Pretest 1. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการ พร้อมถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ผู้วิจัยประเมินข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพ 4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาล ประมาณ 10 นาที
5. ให้บริการสุขภาพตามปกติ	20 นาที	5. ให้บริการสุขภาพตามปกติ	20 นาที
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 โดยผู้วิจัย ดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล	บ้านผู้ป่วย ประมาณ 30-45 นาที	ผู้ป่วยดูแลตนเองตามปกติ	บ้านผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 3 โดยผู้วิจัย ดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล	บ้านผู้ป่วย ประมาณ 30 นาที	ผู้ป่วยดูแลตนเองตามปกติ	บ้านผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แผนการดำเนินการทดลองและการเก็บข้อมูล (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	สถานที่/เวลา	กลุ่มควบคุม	เวลา/สถานที่
สัปดาห์ที่ 5 โดยผู้วิจัย ดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างพลังใน ตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแบบ รายบุคคล	บ้านผู้ป่วย ประมาณ 30 นาที	ผู้ป่วยดูแลตนเองตามปกติ	บ้านผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 8 Post test 1. ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพ 2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความพึงพอใจใน บริการสุขภาพ 3. ผู้วิจัยแจ้งผลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังการสร้างพลังและขอยุติการวิจัย	โรงพยาบาล ประมาณ 10-15 นาที	สัปดาห์ที่ 8 Post test 1. ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพ 2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความพึงพอใจ ในบริการสุขภาพ 3. ผู้วิจัยแจ้งผลของภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยและขอยุติการวิจัย	โรงพยาบาล ประมาณ 10-15 นาที
4. ให้การบริการสุขภาพตามปกติ	20-30 นาที	4. ให้การบริการสุขภาพตามปกติ	20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพและคะแนนความพึงพอใจในบริการสุขภาพภายในกลุ่ม ในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test และในกรณีที่ข้อมูลไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ จะวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test ตามลำดับ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดจำนวน 76 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 38 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 50.46 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกร ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และภายหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ขนาดของเส้นรอบเอว ระดับไขมันโคเลสเตอรอล และความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมและดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	ก่อนการทดลอง		p ¹	หลังการทดลอง		p ²
			M	SD		M	SD	
ความดันซิสโตลิก	กลุ่มทดลอง	38	154.21	13.48	0.213	134.52	15.39	0.000
	กลุ่มควบคุม	38	150.53	12.07		151.26	12.48	
ความดันไดแอสโตลิก	กลุ่มทดลอง	38	(90)	–	0.812 ^a	93.29	5.73	0.000
	กลุ่มควบคุม	38	(90)	–		82.84	9.13	
ขนาดของรอบเอว	กลุ่มทดลอง	38	91.71	8.39	0.252	89.42	8.43	0.000
	กลุ่มควบคุม	38	94.05	9.27		93.79	8.87	
ระดับไขมันโคเลสเตอรอล	กลุ่มทดลอง	38	206.63	37.21	0.922	194.25	33.21	0.000
	กลุ่มควบคุม	38	205.79	37.58		213.03	36.24	
ความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ (รายด้าน)								
ด้านสัมพันธภาพ	กลุ่มทดลอง	38	30.45	2.97	0.416	(35)	–	0.000 ^a
	กลุ่มควบคุม	38	30.97	2.66		(28)	–	
ด้านคุณภาพการบริการ	กลุ่มทดลอง	38	29.82	3.77	0.347	(35)	–	0.000 ^a
	กลุ่มควบคุม	38	30.68	3.74		(27)	–	
ด้านผลลัพธ์การบริการ	กลุ่มทดลอง	38	26.50	2.14	0.367	29.29	0.46	0.000
	กลุ่มควบคุม	38	26.97	2.39		25.89	1.66	
ความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพภาพรวม	กลุ่มทดลอง	38	74.74	18.27	0.366	92.63	7.24	0.000
	กลุ่มควบคุม	38	78.42	17.01		71.58	5.94	

p¹: p-value ของการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่าง 2 กลุ่ม

p²: p-value ของการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่าง 2 กลุ่ม

^a: p-value ของค่า mean rank จาก Mann-Whitney U test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
			M	SD	M	SD	
ความดันซิสโตลิก	กลุ่มควบคุม	38	150.53	12.07	151.26	12.48	0.716
ความดันไดแอสโตลิก	กลุ่มควบคุม	38	(90)	-	(90)	-	0.085 ^b
ขนาดของรอบเอว	กลุ่มควบคุม	38	94.05	9.27	93.79	8.87	0.678
ระดับไขมันโคเลสเตอรอล	กลุ่มควบคุม	38	205.79	37.58	213.03	36.24	0.022
ความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ (รายด้าน)							
ด้านสัมพันธภาพ	กลุ่มควบคุม	38	30.97	2.66	28.47	1.87	0.000
ด้านคุณภาพการบริการ	กลุ่มควบคุม	38	30.68	3.74	27.71	2.09	0.000
ด้านผลลัพธ์การบริการ	กลุ่มควบคุม	38	26.97	2.39	25.89	1.66	0.000
ความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพภาพรวม	กลุ่มควบคุม	38	78.42	17.01	71.58	5.94	0.004

^b: p-value ของค่า mean rank จาก Wilcoxon signed rank test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
			M	SD	M	SD	
ความดันซิสโตลิก	กลุ่มทดลอง	38	154.21	13.48	134.52	15.39	0.000
ความดันไดแอสโตลิก	กลุ่มทดลอง	38	(90)	-	(80)	-	0.000 ^b
ขนาดของรอบเอว	กลุ่มทดลอง	38	91.71	8.39	89.42	8.43	0.000
ระดับไขมันโคเลสเตอรอล	กลุ่มทดลอง	38	206.63	37.21	194.25	33.21	0.000
ความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพ (รายด้าน)							
ด้านสัมพันธภาพ	กลุ่มทดลอง	38	(28)	-	(35)	-	0.000 ^b
ด้านคุณภาพการบริการ	กลุ่มทดลอง	38	(29)	-	(35)	-	0.000 ^b
ด้านผลลัพธ์การบริการ	กลุ่มทดลอง	38	26.50	2.14	29.29	0.46	0.000
ความพึงพอใจในบริการการดูแลสุขภาพภาพรวม	กลุ่มทดลอง	38	74.74	18.27	92.63	7.24	0.000

^b: p-value ของค่า mean rank จาก Wilcoxon signed rank test

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีสุขภาพที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (ตารางที่ 2-4) ซึ่งเกิดจากผลความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกาย และพบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ใช้เวลาแตกต่างกัน โดยพฤติกรรมที่ไม่รบกวนต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยมากนัก เช่น การรักษาต่อเนื่องและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พบว่า การปฏิบัติเดิมของผู้ป่วยดีอยู่แล้ว หรือรายที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จะใช้เวลาไม่มากนักในการปรับเปลี่ยน ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตเดิมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นไม่รบกวนหรือเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตประจำวันมากนัก จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้อย่างรวดเร็ว แต่สำหรับพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยมากๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการกับความเครียด ต้องอาศัยเวลาที่มากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการประเมินข้อมูลและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงที่พบสุดท้ายผนวกกับความรู้ที่ได้รับโดยมีการยืดหยุ่นตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตตนให้มากที่สุด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง และความตระหนักที่เกิดจากความเข้าใจอย่างถ่องแท้ นั้น ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้สำเร็จ¹⁹

โปรแกรมการสร้างพลังในตนเองใช้ feminist perspective เป็นกรอบแนวคิดนั้น มีประเด็นที่แตกต่างจากการดูแลตามปกติในสถานการณปัจจุบัน โดยสรุปได้แก่ 1) การให้คุณค่ากับประสบการณ์และวิถีจัดการดูแลตนเอง 2) ผู้ป่วยมีสิทธิในการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน

ความรู้ประสบการณ์ของตน และมีการตัดสินใจร่วมกันกับบุคลากรทางสุขภาพ 3) มีความหลากหลายในการมองคุณค่าของความคิดที่สร้างสรรค์ มีความยืดหยุ่น และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย 4) ความรู้ที่ได้รับมีความยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จึงง่ายต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 5) มุ่งเน้นในความสำเร็จของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและความพึงพอใจของผู้ป่วยตามมาในท้ายที่สุด

ความแตกต่างที่ชัดเจนของโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยนี้กับการวิจัยอื่นๆ คือ โปรแกรมการสร้างพลังในตนเองนี้ใช้แนวคิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางเพศ มีลักษณะเป็น sensitive intervention กล่าวคือ มีความยืดหยุ่นตามบริบทและวิถีชีวิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ซึ่งมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดภายใต้ระยะเวลาที่กำหนด หรือเป็นลักษณะที่เรียกว่า “formatted intervention” ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังในตนเองได้ และเมื่อผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังในตนเองแล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับอย่างต่อเนื่องได้ ผลลัพธ์ของความสำเร็จในการควบคุมภาวะสุขภาพจากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการดูแลตนเอง (evolvment) มีกระบวนการคิด ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้คุณค่ากับกระบวนการคิดและตัดสินใจในการดูแลตนเองนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเอง¹² มีความตระหนักในการดูแลตนเอง¹³ มีพลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย^{8,14-19}

ข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรให้คุณค่ากับประสบการณ์และวิธีการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีสิทธิและการตัดสินใจการรักษาของตนเอง ร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

2. พยาบาลต้องให้โอกาสและเวลาที่มากพอแก่ผู้ป่วยในการผนวกความรู้กับประสบการณ์เข้าด้วยกัน และร่วมแลกเปลี่ยนปัญหา และอุปสรรคต่างๆ กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้การสนับสนุนข้อมูลทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอเป็นทางเลือกประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และการให้เวลาที่มากพอจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่ยั่งยืนในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (Prospective study) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้นและมีการประเมินอย่างต่อเนื่องในด้านภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพ

2. นำแนวคิดการสร้างพลังในตนเองนี้ไปทดลองใช้ ในเพศชายผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC VII report. **JAMA** 2003; 289: 2560-7572.

2. Hyattsville MD. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2004 (cited 2007 May 22). Available from: URL: http://mchb.hrsa.gov/whusa_05/pages/0414hs.htm.
3. WHO, World Health Report 2002. (cited 2007 May 22). Available from: URL: <http://www.worldheart.org/pdf/press.factsheets.women.pdf>.
4. Gordon, S. Hypertension in women hard to control. The Detroit news health. (cited 2003 November 8). Available from: URL: <http://www.detnews.com>.
5. ประภาพร ชูกำเหนิด. ผลการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกับพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
6. ปริญญา พรณราย. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
7. พนรัตน์ เจนจบ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
8. สุพัตรา บัวที. ผลของการใช้กระบวนการเฟมินส์ในการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.

9. Wheeler CE, Chinn PL. **Peace and power: a handbook of feminist process.** 2nd ed. New York; National League for Nursing: 1989.
10. ศิริอร สีนรุ, เรณู อาจาสาลี, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และรวมพร คงกำเนิด. ความพึงพอใจของผู้รับบริการการรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. วารสารสภาการพยาบาล 2547; 19: 1-17.
11. อรสา พันธักกิตติ. กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
12. Sprague J, Hayes J. Self-determination and empowerment: a feminist standpoint analysis of talk about disability. *Am J Com Psycho* 2000; 28(5): 671-95.
13. Falk-Rafael A. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Adv Nurse Science* 2001; 24: 1-16.
14. Bocanegra HT, Gany F. Good provider, good patient, changing behaviors to eliminate disparities in healthcare. *Am J Managed Care* 2004; 10 (Special Issue): 20-8.
15. Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, and Ho PC. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *Inter J Obstetric Gynae* 2005; 112(9): 1249-56.
16. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes* 2004;22:123-7.
17. จิรพันธ์ โพธิ์ฤกษ์. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติบัตรครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
18. อูรา สุวรรณรักษ์. การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาล สทิงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
19. นุชระพี สุทธิกุล. การสร้างพลังบุคลากรสุขภาพในการบริการสุขภาพตามมาตรฐานงานสุขศึกษา: กรณีศึกษาในคลินิกโรคหัวใจ/ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.

The Effects of Empowering Care Program on Health Status and Health Service Satisfaction among Women with Hypertension*

Sakuntala Anuruang, M.N.S.**

Siriorn Sindhu, D.N.S.***

Napaporn Wanitkun, Ph.D. (Gerontological Nursing)****

Aurawamon Sriyuktasuth, D.S.N. (Educator of Nursing)*****

Abstract: The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effects of participation in the Empowering Care Program on Health Status and Health Service Satisfaction among women with essential hypertension at the hypertension clinic, Pakthongchai Hospital, Nakhonratchasima Province. The samples were 76 women with hypertension selected by means of purposive sampling based on the inclusion and exclusion criteria and consecutive assignment by the tambon visited by a researcher. The women were separated into the experimental group and the control group. The program was an 8-week Empowering Care Program. The instruments for collecting data included a personal information questionnaire, health service satisfaction questionnaires, and health status measures (Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure, Waist Circumference, and Total Cholesterol Level). Paired t-test or Wilcoxon Signed Rank test was applied for analyses of within-group differences between before and after participating in the program. To compare between control and experimental group at the end of program, independent t-test or Man-Whitney U test was used.

Before participating in the program, no statistically significant differences of health status and health service satisfaction between control and experimental groups were found. By the end of the 8-week program, the results revealed that women with hypertension in the experimental group had better health status and higher scores of health service satisfaction than both before entering the program and those in the control group with a statistical significance at $p < 0.05$.

Suggestion from the study, the program should be considered for future studies among women with hypertension in other settings or women with other chronic illnesses.

Thai Journal of Nursing Council 2009; 24(1) 11-23

Key Words: Empowering care program, Health status, Health service satisfaction, Women with hypertension

*A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)

**Professional Nurse, Pakthongchai Hospital, Nakhonratchasima

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

****Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University

*****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University