

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้¹

คอรีเยาะ ละเฮปนา พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)²

ณัฐธินิชา เจ๊ะละเฮ ส.บ.³

กฤษณะ สุวรรณภูมิ พ.บ.⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาอัมพฤกษ์ อัมพาต และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ซึ่งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะสั้นเท่านั้น การส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยมุสลิม เป็นกลวิธีสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การออกแบบวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง ประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการตนเองตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (NCD-X) ร่วมกับแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีคู่ และการทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ($M = 59.35$, $SD = 8.32$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 48.92$, $SD = 6.28$, $t = -8.299$, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 49.39$, $SD = 6.55$, $t = 4.970$, $p < .001$) กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกก่อนและหลังทดลอง ($M = 25.89$, $SD = 11.74$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 9.82$, $SD = 16.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.210$, $p < .001$) และมีผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังทดลอง ($M = 8.89$, $SD = 11.90$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = -0.75$, $SD = 12.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.920$, $p = .005$)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมในคลินิกโรคเรื้อรังที่มีบริบทคล้ายกันเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

คำสำคัญ การจัดการตนเอง การมีส่วนร่วม โรคความดันโลหิตสูง มุสลิม พฤติกรรมสุขภาพ

วันที่ได้รับ 25 ม.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 พ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 5 มิ.ย. 67

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์พัฒนาวิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรมการสุขภาพปฐมภูมิ ภาคใต้ ประเทศไทย

²อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: Khoriyah-I@bcnyala.ac.th

³นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลประกอบ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

Effects of Self-management with Family and Village Health Volunteer Participation Program on Health Behaviors and Blood Pressure Levels among Muslim Patients with Uncontrolled Hypertension¹

Khoriyah Lahpunsu M.N.S. (Community Nursing)²

Natthanicha Cheloh B.P.H.³

Krishna Suvarnabhumi M.D.⁴

Extended Abstract

Introduction Hypertension is a major contributor to paralysis, paresis, and mortality. Encouraging patients with hypertension to adopt blood pressure control behaviors is crucial. However, prior behavioral modification efforts have shown limited long-term efficacy. Effective self-management, involving family and village health volunteers (VHVs), is essential for enhancing health behaviors and achieving controlled blood pressure among patients with uncontrolled hypertension. Designing a self-management program tailored to the culture and lifestyle of Muslim communities, with participation from family and VHVs, is pivotal in fostering improved health behaviors and reducing blood pressure levels among Muslim patients with uncontrolled hypertension.

Objectives This study aimed to examine the effects of self-management with family and VHV participation program on health behaviors and blood pressure level in Muslim patients with uncontrolled hypertension.

Design A quasi-experimental with a two-group pretest and posttest design, applying self-management model in primary care service that redesign service delivery for patients diagnosed with diabetes and hypertension (NCD-X) integrated with the social ecological model as the conceptual framework.

Methodology Participants were Muslim patients with uncontrolled hypertension, purposively selected according to the inclusion criteria. They were then randomly assigned to experimental and control groups, each including 28 participants. The experimental group underwent the self-management with family and VHV participation program for 12 weeks while the control group received usual care. The research instruments included demographic and health data form and health behavior questionnaire. The reliability of these instruments was confirmed by a Cronbach's alpha coefficient of .70. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and Independent t-test.

Results After participating in the program, the experimental group showed a mean score for health behaviors ($M = 59.35$, $SD = 8.32$), significantly higher than before the program ($M = 48.92$, $SD = 6.28$, $t = -8.299$, $p < .001$) and higher than the control group ($M = 49.39$, $SD = 6.55$, $t = 4.970$, $p < .001$). Moreover, the experimental group showed a mean difference in systolic blood pressure before and after the program ($M = 25.89$, $SD = 11.74$), significantly higher than the control group ($M = 9.82$, $SD = 16.40$, $t = 4.210$, $p < .001$). Similarly, the mean difference in diastolic blood pressure before and after the program ($M = 8.89$, $SD = 11.90$) was significantly higher in the experimental group than the control group ($M = -0.75$, $SD = 12.76$, $t = 2.920$, $p = .005$).

Recommendation The healthcare teams can apply this program within NCD clinics for Muslim patients, with similar contexts, to foster health behaviors and continuously monitor patients' blood pressure levels.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(2) 269-285

Keywords self-management/ participation/ hypertension/ Muslim/ health behaviors

Received 25 January 2024, Revised 18 May 2024, Accepted 5 June 2024

¹This research was supported by Primary Care Academic Research and Innovation Centre

²Lecturer, Department of Community Nursing, Borommarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand; E-mail: Khoriyah-l@bcnyala.ac.th

³Public Health Technical Officer, Prakob Subdistrict Health Promoting Hospital, Nathawi District, Songkhla Province, Thailand

⁴Assistant Professor, Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับหนึ่งของโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีทั่วโลก² และประมาณการในปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 หรือ 1.56 พันล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้³ ทำให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 10.4 ล้านคนต่อปี⁴ เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 คิดเป็นประมาณ 13.8 ล้านคน⁵ มีอัตราตาย 13.1 รายต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง⁶ โดยจังหวัดสงขลา พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 162,230 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.98 และพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 36.83 ซึ่งอำเภอนาทวีและในตำบลประกอบ พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงถึง ร้อยละ 46.35 และ 30.43 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน และมีปัญหาอัมพฤกษ์ อัมพาต และติดเชื้อซึ่งตำบลประกอบมีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 19 ราย เป็นเพศหญิง 11 ราย เพศชาย 8 ราย และส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.16⁷ โดยปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตพบว่า นอกจากพันธุกรรมแล้ว เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและไขมันในปริมาณสูง การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่⁸ เป็นต้น โดยเฉพาะตำบลประกอบ

ซึ่งมีบริบทวิถีชีวิตของมุสลิมส่วนใหญ่ มีวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจำพวกแป้งกะทิและอาหารรสเค็ม เช่น น้ำบูดู มัสมัน แกงไตปลา และ โรตีส⁹ เป็นต้น ประกอบกับมีข้อจำกัดตามหลักศาสนาในด้านการออกกำลังกายที่ต้องคำนึงถึงการแต่งกาย สถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมในสตรีมุสลิม อุปสรรคด้านการขาดเวลาออกกำลังกายของชายมุสลิมจากภาระงานในครอบครัว ภาระงานส่วนตัวงานทางศาสนา และการขาดแรงจูงใจต่างๆ ในการออกกำลังกาย¹⁰ นอกจากนี้ความเชื่อทางด้านศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมุสลิม¹¹ อาทิเช่น การถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอน ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องมีการละเว้นการกินดื่มตั้งแต่รุ่งอรุณจนถึงตะวันตกขอบฟ้า ผู้ป่วยมุสลิมที่ต้องกินยามักจะกินยาเพียงวันละ 1 ครั้ง ทำให้ขาดการกินยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรังต่างๆ จึงต้องมีการเปลี่ยนเวลาการให้ยาเพื่อให้เข้ากับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในเดือนรอมฎอน¹²

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสม (lifestyle modifications) เช่น การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ มีผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้¹³ และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโปรแกรมโดยเน้นการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการออกแบบกิจกรรมให้เกิดการรับรู้และวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย การช่วยกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้¹⁴⁻¹⁹ แต่ข้อจำกัดของโปรแกรกดังกล่าว แม้จะประสบผลสำเร็จตามโปรแกรมแต่สามารถปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมได้ในระยะสั้นเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม การปฏิบัติต่าง ๆ อาจยุติตามด้วย ทั้งนี้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนนั้น ต้องอาศัยกระบวนการและรูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลด้วย โดยพบว่าต้องอาศัยการมีส่วนร่วมสนับสนุนทั้งจากครอบครัว สังคม และชุมชน¹⁷ และต้องสอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของผู้ป่วย²⁰ ซึ่งในผู้ป่วยมุสลิมการจัดรูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของวิถีชีวิตมุสลิมและการใช้ทุนทางสังคม เช่น ผู้นำศาสนา เป็นผู้นำร่วมขับเคลื่อนและส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมุสลิมให้ปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลตนเองของศาสนาอิสลาม สามารถทำให้ผู้ป่วยมุสลิมมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้²¹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (The social ecological model) ในการส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสามารถเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์อยู่²⁴ ซึ่งสิ่งแวดล้อมสามารถแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชนและระดับนโยบายสาธารณะ โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล และระดับระหว่างบุคคลโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคล ประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการตนเองตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

(NCD-X)²² และมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพการดูแลสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดอิสลามภายใต้บริบทของมุสลิม โดยมีการสนับสนุนความรู้และทักษะปฏิบัติให้กับกลุ่มผู้ป่วย ร่วมกับการส่งเสริมมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับระหว่างบุคคลในการช่วยเหลือ/กำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เหมาะสมและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (The social ecological model)²⁴ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หลักการของโมเดลเชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดจากสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ โดยกลยุทธ์ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานหลาย ๆ ระดับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงระดับบุคคลจะไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรได้ เนื่องจากไม่ได้นำสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นมาแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนด้วยการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาใช้ในการกระบวนการจัดการตนเอง ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอสม. ใน 2 ระดับ คือ ระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล ดังนี้ 1) การส่งเสริมการจัดการตนเองในระดับบุคคล ประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการตนเองตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (NCD-X)²² ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมพัฒนาขึ้นตามแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (integrated people center care) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีผลักดัน (Nudge theory)²³ เน้นด้านพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถออกแบบได้โดยไม่ต้องบังคับ และแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (motivation interview) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมาย โดยผลักดันความตั้งใจ ความจริงใจเป็นมิตรกับผู้ป่วย ใช้แรงจูงใจในบริบทของคู่สนทนาและให้ข้อมูลที่เป็ทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วย

ก้าวข้ามความลังเลและตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยมุสลิม ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบของการจัดการตนเอง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เสริมแรงจูงใจ (motivation) 2) สร้างเสริมความรู้การสร้างแผนสุขภาพส่วนบุคคล (self-management) 3) การจัดการตนเองอย่างเข้มข้น สู่สมดุลพลังงาน (level up) และ 4) การติดตามและประเมิน (self-monitoring) ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเองทั้งด้านการจัดการอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม สามารถออกแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับแต่ละบุคคลได้ รวมทั้งมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ผ่านการเน้นย้ำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตามแนวทางอิสลาม โดยให้ผู้ผู้นำศาสนาบรรยายเพิ่มเติม ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ ในระดับระหว่างบุคคล เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. โดย 1) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้ร่วมกันและมีส่วนร่วมในการช่วยวางแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลร่วมกับผู้ป่วย สามารถคอยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนได้อย่างต่อเนื่อง และ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยให้อสม. ซึ่งเป็นทุนทางสังคมในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมพร้อมกับผู้ป่วย โดยให้การดูแลแบบกลุ่ม ๆ ละ 4-5 คน เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษา

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ช่วยเหลือ/กำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (health coach) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายตามแผน สุขภาพส่วนบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่พฤติกรรม การจัดการตนเอง (self-management behaviors) ที่ดีขึ้น

ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร (food consumption) และกิจกรรมทางกาย (physical activity) ส่งผลให้ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต (blood pressure level: systolic blood pressure, diastolic blood pressure) ให้ลดลงอยู่ในระดับปกติ (Figure 1)

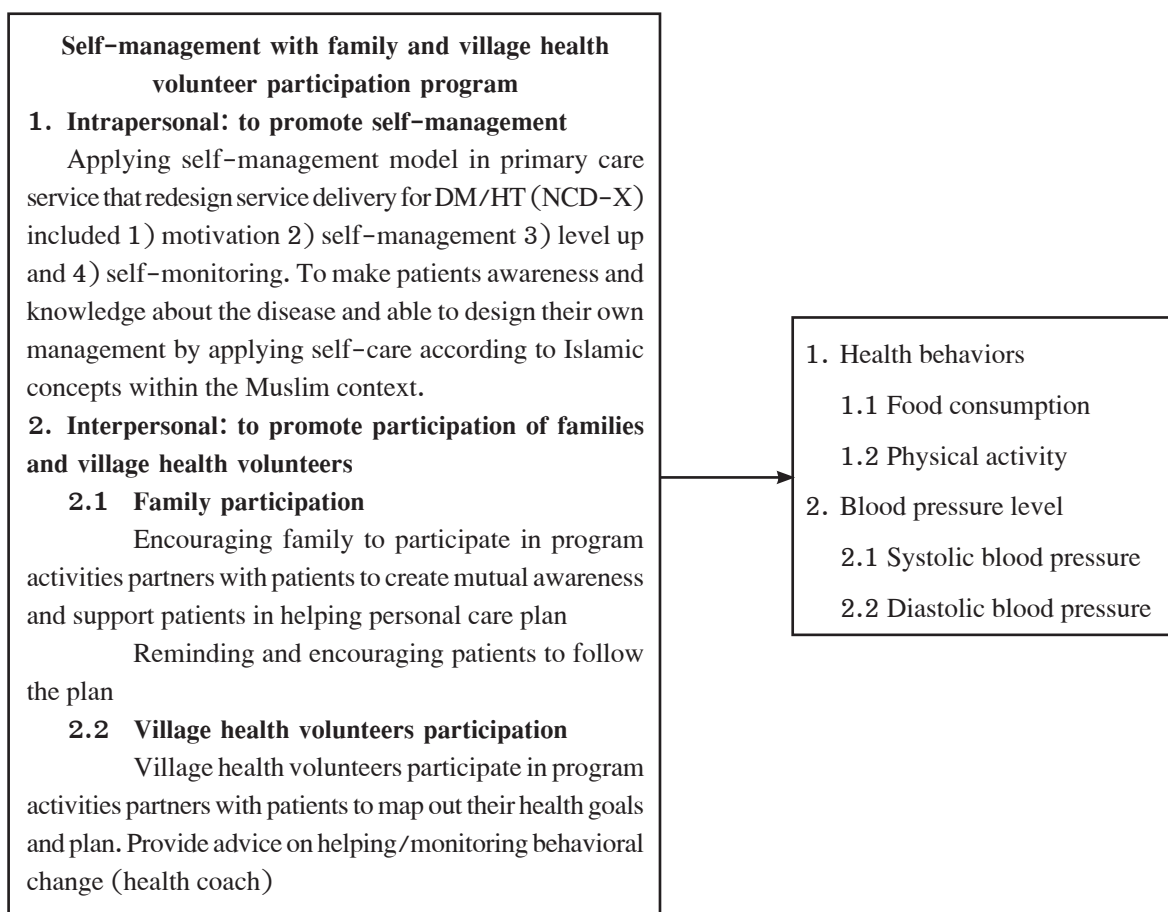


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi experimental design with 2-group, pre-test and post-test) ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการตรวจรักษา ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการตรวจรักษา ในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.ประกอบ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2566 เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษามาแล้ว อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป อาจมีหรือไม่มีโรคร่วมได้ 2) มีค่า ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) 140 มม.ปรอทขึ้นไป และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) 90 มม.ปรอทขึ้นไป ติดต่อกันนานตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป¹⁵ โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ประกอบ และคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลนาทวีจังหวัด สงขลาซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความดันโลหิต 3) มีอายุ 30 – 69 ปี เนื่องจาก เป็นกลุ่มอายุที่มีสาเหตุ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากภาวะแทรกซ้อนของ โรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น⁶ 4) สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติและมีเวลาในการร่วม กิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัย 5) มีสติสัมปชัญญะ ปกติ และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

สำหรับผู้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้มีการคัดเลือก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ครอบครัว (ญาติผู้ป่วย) และ อสม. โดยผู้ป่วย 1 คน มีญาติ 1 คน เข้าร่วมการวิจัย 2) อสม. ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ กลุ่มตัวอย่าง โดย อสม. 1 คน ดูแลผู้ป่วย 1 กลุ่ม กลุ่มๆ ละ 4 – 5 คน และ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมด้วยทุกครั้ง กำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ป่วย ดังนี้ 1) เป็นญาติสายตรงหรือเครือญาติที่อาศัยอยู่ ร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน เช่น สามเณร/ภรรยา ลูก หลาน หรือพี่น้อง เป็นต้น 2) สามารถเข้าใจ สื่อสาร ภาษาไทยหรือมลายูท้องถิ่นได้ ถาม-ตอบรู้เรื่อง มี

สติสัมปชัญญะปกติ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมได้ทุกครั้ง กำหนดคุณสมบัติ อสม. จำนวน 6 คน ดังนี้ 1) เป็นแกนนำที่ร่วมดำเนินงานด้าน สุขภาพในพื้นที่อย่างน้อย 2 ปี และผ่านการฝึกอบรม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมก่อนเข้าร่วมงานวิจัยนี้ 2) สามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยหรือมลายูท้องถิ่นได้ ถาม-ตอบรู้เรื่อง 3) มีสติสัมปชัญญะปกติและ 4) สมัครใจ เข้าร่วม การวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง (sample size) ใช้วิธี การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.82 จาก งานวิจัยของปณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ¹⁴ ซึ่งใช้ การคำนวณขนาดอิทธิพลตามแนวทางของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร)²⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย และเพื่อป้องกันการ สูญหาย (attrition rate) จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย รวมทั้งสิ้น 56 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม การจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (The social ecological model)²⁴ ในการส่งเสริมการ จัดการตนเองในระดับบุคคลการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ อสม. โดยในระดับบุคคล ใช้รูปแบบการจัดการ ตนเองตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัด บริการปฐมภูมิวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง (NCD-X)²² มาประยุกต์ใช้ในการ จัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตามแนวทางอิสลามมาประกอบในการสร้าง

โปรแกรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) กิจกรรมการเสริมแรงจิตใจ (motivation) เป็นการสร้างการตระหนักรู้ ความหวัง ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการช่วยเหลือ/กำกับติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (health coach) โดยครอบครัว และ อสม. 2) กิจกรรมสร้างเสริมความรู้การสร้างแผนสุขภาพส่วนบุคคล (self-management) โดยมีการเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการอาหาร การเพิ่มการออกกำลังกาย การสร้างแผนสุขภาพส่วนบุคคล ร่วมกับครอบครัวและ อสม. เป็นพี่เลี้ยง และเสริมพลังเพิ่มความมั่นใจในการจัดการตนเองตามแนวทางศาสนาอิสลามโดยผู้นำศาสนา 3) การจัดการตนเองอย่างเข้มข้นสู่สมดุลพลังงาน (level up) ประกอบด้วย กิจกรรมการจัดการอาหารอย่างเข้มข้น และการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อนำไปสู่สมดุลพลังงาน 4) การติดตามประเมินตัวเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย การเสริมความรู้การจัดการอาหารที่เข้มข้น และเน้นการติดตามประเมินอาการของตัวเองโดยสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ วิดีโอ ลูทหนัน ซึ่งมีเนื้อหาที่เน้นแนวคิดเรื่อง “ควบคุมโรคอย่าให้โรคควบคุมเรา” วิดีโอ “ป้าแก้ว กับอาหารของเธอ” เพื่อเสริมประสบการณ์ และฝึกทักษะการจัดการอาหาร รวมทั้งการลดอาหารทำนายนอกคต

คู่มือรวมใจคิด พิชิตความดัน (สมุดประจำตัว) ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยมุสลิม เป็นคู่มือสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ใช้บันทึกเป้าหมาย แผนสุขภาพของแต่ละบุคคล และผลการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และเส้นรอบเอว เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของครอบครัว (ญาติผู้ป่วย) คือ เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมพร้อมผู้ป่วยทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อให้ครอบครัวเกิดการรับรู้และวางแผนการดูแล

สุขภาพร่วมกันกับผู้ป่วย โดยครอบครัวจะมีบทบาทในการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น มีการช่วยจัดเตรียมอาหารที่ลดเค็ม เลือกทำเมนูอาหารที่มีแคลอรีน้อยและไม่มีส่วนผสมของไขมันมากเกินไป ลดปริมาณเกลือในการปรุงอาหาร คอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย และการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่ร่วมกันกำหนดอย่างต่อเนื่อง คอยชื่นชมผู้ป่วยในสิ่งที่ปฏิบัติได้ดี ให้กำลังใจในสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ในพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของตนเองและมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

บทบาทของ อสม. คือ เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทุกกิจกรรม ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ๆ ละ 4 - 5 คน เพื่อให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลสุขภาพไปในทางเดียวกัน เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้วิจัย ติดตามการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย สอบถามให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามความก้าวหน้าและวางแผนแก้ปัญหา ร่วมกับผู้วิจัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยทุกสัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2) แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการมีระดับความดันโลหิตสูงเกินปกติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรักษาทางเลือกการรับประทานยา รวมทั้งการประเมินและบันทึกส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกโดยผู้วิจัย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นโดยปรับจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ¹⁴ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (จำนวน 11 ข้อ) และด้านการออกกำลังกาย (จำนวน 5 ข้อ) โดยผู้วิจัยประยุกต์ข้อคำถามเดิมร่วมกับการศึกษา ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิง ประจักษ์เพิ่มเติม ซึ่งปรับเพิ่มข้อคำถามการจัดการ ตนเองด้านการบริโภคอาหาร เป็น 13 ข้อ และการ จัดการตนเองด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจำนวน 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะการตอบเป็น แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยให้ ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ ดังนี้เป็นประจำ (ทุกวันหรือเกือบทุกวัน) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน โดยมี ข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ทำการกลับคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบคะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองมีคะแนนมาก

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิต (Automated sphygmomanometer) ซึ่งมีความตรงในการวัด ± 3 มม.ปรอท ใช้เครื่องเดียวตลอดการศึกษา ก่อนการวัด ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักก่อน 15 นาที แล้วจึงวัด ในท่านั่ง แขนวางบนโต๊ะวัดความดัน ในกรณีที่พบว่า ความดันโลหิตสูง จะให้นั่งพัก 15 นาที แล้วทำการวัด ซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมและแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สถาบัน พัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์กรร่วม ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการจัดการบริการการจัดการตนเองตามโปรแกรม NCDx 2) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้าน การพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังประจำหน่วยบริการ ปฐมภูมิ โดยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .96 และทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการในคลินิก โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู ซึ่งมี ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70 ซึ่งยอมรับได้²⁵ สำหรับเครื่องวัดความดันโลหิต ได้ผ่านการ calibrate รับรองมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 หมายเลขรับรอง 35/2566 โดยหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทุกราย ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมตลอดการ ดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข 1 ราย ทำหน้าที่ในการช่วยเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการส่งเสริม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ อสม. พร้อมประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อให้ได้ผู้มีส่วนร่วมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. ประกอบในช่วงเวลาของการแจ้งข้อมูลข่าวสารและการให้ศึกษาตามปกติ ระหว่างการให้บริการ รอดตรวจรักษาและรอรับยา เพื่อให้ได้ผู้ที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครบ 56 ราย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลาก ในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ยังต้องรับการรักษา รับประทานยา และพบแพทย์ตามนัดตามปกติ โดยนัดให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มารับบริการตรวจรักษา คนละสัปดาห์กัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล

4. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยชี้แจงที่มาของโปรแกรม วัตถุประสงค์ขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ และผู้วิจัยวัดระดับความดันโลหิตให้ทุกราย

5. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ณ ห้องประชุม รพ.สต. ประกอบโดยนัดกลุ่มตัวอย่าง ญาติ และ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ศึกษากลุ่มตัวอย่างบางรายติดภารกิจไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมตามวันนัด ผู้วิจัยได้นัดหมายใหม่ในวันที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมด ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมเสริมแรงจิตใจ (Motivation) ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมคิด เขียน และพูดถึงความฝัน/

ความหวังในชีวิตของแต่ละบุคคลเพื่อสะท้อนความฝัน และทำให้ฝันชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งเปิดวิดีโออุทกษณ์ โดยผู้วิจัยอธิบายเสริมในภาษามลายูให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น เพื่อสร้างความตระหนักรู้จากนั้นผู้วิจัยโน้มน้าวและชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญในออกแบบชีวิต และใช้ไม้บรรทัดวัดใจในการแสดงความพร้อมเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งอธิบายบทบาทของครอบครัว ในการมีส่วนร่วมสนับสนุนจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม และบทบาทของ อสม. ในการช่วยเหลือ/ กำกับติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

2) กิจกรรมสร้างเสริมความรู้การสร้างแผนสุขภาพส่วนบุคคล (Self-management) สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 45 - 60 นาที อสม. วัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างทุกราย พร้อมมอบคู่มือรวมใจคิด พิชิตความดัน (สมุดประจำตัว) แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อลงบันทึกข้อมูลส่วนตัวและค่าความดันโลหิตของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ด้วยภาษามลายูเกี่ยวกับการออกแบบชีวิตให้อยู่กับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการอาหารลดเกลือและลดหวาน มัน เค็ม โดยวิธีการเอาอาหารออก แลกเปลี่ยนอาหารและเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหาร ด้านการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย เน้นการทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น 10-30 นาที พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัว และ อสม. ร่วมกันคิดหาวิธีเพื่อช่วยป่าแก้วในการจัดการอาหารผ่านวิดีโอ “ป่าแก้ว กับอาหารของเธอ” พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างฝึกลงบันทึกการจัดการอาหารของตนเองในสมุด และฝึกการคำนวณแคลอรีที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเลือกกิจกรรมในการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวันของตนเองบันทึกลงในสมุด จากนั้นเชิญผู้นำศาสนาบรรยายเกี่ยวกับหลักโภชนาการและการดูแลสุขภาพตามแนวทางศาสนาอิสลาม²¹ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการควบคุม

ความดันโลหิต เพื่อเสริมพลังและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่างคือ 1) การส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารจากสิ่งที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (ชะลาล) และสิ่งที่เป็นประโยชน์/ มีคุณค่าทางโภชนาการ (ต้อยยิบ) 2) การส่งเสริมไม่ให้เกิดการบริโภคเกินพอดีโดยเมื่อรับประทานอาหารให้แบ่งท้องออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนของอาหาร น้ำ และลมหายใจ ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเน้นให้รับประทานอาหารแบบ 2:1:1 3) ให้รับประทานอาหารเมื่อถึงเวลาและ 4) ไม่รับประทานสิ่งที่มีโทษอันตราย และสิ่งที่ห้าม ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเน้นการงดอาหารหวาน มัน เค็มที่มากเกินไปเป็นต้น และส่งเสริมการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม เช่น การให้ผู้ชายมุสลิมเดินเท้าไปละหมาดที่มัสยิดวันละ 5 เวลา แทนการใช้รถจักรยานยนต์ เพื่อเป็นการเพิ่มผลบุญ การสนับสนุนให้สตรีมุสลิมออกกำลังกายได้โดยแต่งกายปกปิดมิดชิด ไม่ปะปนชาย-หญิง และจัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนเป็นต้น จากนั้นชักชวนให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวร่วมวางแผนสุขภาพส่วนบุคคลทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดย อสม. เป็นพี่เลี้ยงในการกำหนดแผนร่วมกัน และใช้ไม้บรรทัดวัดใจในการวัดระดับความพร้อมปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามแผนในสัปดาห์ที่ 3-5 ซึ่ง อสม. ทำหน้าที่กำกับติดตามทุก 1 สัปดาห์ และรายงานผลการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามแผนรายบุคคลของสมาชิกในกลุ่มแก่ผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นไลน์กลุ่มผู้วิจัยกับ อสม. และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6

3) กิจกรรมการจัดการตนเองอย่างเข้มข้นสู่สมดุลพลังงาน (Level up) ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 45-60 นาที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง self-check ค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว และเส้นรอบเอวลงในคู่มือพร้อมทบทวนพันธะสัญญาการทำตามแผนของ

กลุ่มตัวอย่างในช่วงที่ผ่านมา ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ปัญหาอุปสรรคที่พบ ร่วมคิดหาแนวทางแก้ไข และใช้ไม้บรรทัดวัดใจวัดระดับความมั่นใจในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับสมดุลพลังงาน การคำนวณการใช้พลังงาน และการเลือกประเภทอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การจัดการอาหารของป่าแก้ว และร่วมวางแผนสุขภาพส่วนบุคคลของตนเองครั้งที่ 2 พร้อมทั้งมีการเสริมกำลังใจ ชื่นชมให้การยอมรับจากครอบครัว และให้อสม. เป็นพี่เลี้ยงแนะนำการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การวางแผนสุขภาพส่วนบุคคล และติดตามการปฏิบัติในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและนัดหมายครั้งต่อไป

4) การติดตามและประเมิน (Self-monitoring) ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง Self-check ค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว ลงในคู่มือ พร้อมทบทวนพันธะสัญญาการทำตามแผนของกลุ่มตัวอย่างในช่วงที่ผ่านมา และใช้ไม้บรรทัดวัดใจวัดระดับความมั่นใจในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการลดอาหารทำนายอนาคต การติดตามประเมินอาการตนเอง และรู้จักสัญญาณของร่างกายผ่านการเล่นเกมสัญญาณอันตราย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะบันทึกและแปลผลความดันโลหิตของตนเอง และให้วางแผนสุขภาพส่วนบุคคลร่วมกับครอบครัว ครั้งที่ 3 โดยมี อสม. เป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การวางแผนสุขภาพส่วนบุคคล และติดตามการปฏิบัติตนในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผู้วิจัยวางแผนเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ได้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

6. หลังจากดำเนินการตามโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนในการจัดการตนเองตามแผนสุขภาพส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 9-11 และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างจัดกิจกรรม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 12 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) ผู้วิจัยวัดระดับความดันโลหิตของตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรม และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสอนสุขศึกษาและให้ความรู้เรื่อง 3อ.2ส. ซึ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์/ความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการลดดื่มสุรา พร้อมให้กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามคำแนะนำ ในสัปดาห์ที่ 2 - 11 และนัดกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมและวัดระดับความดันโลหิต ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมทุกกิจกรรม ให้แก่กลุ่มควบคุมทุกคน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (nominal scale) และมาตราเรียงลำดับ (ordinal scale) ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบอันตรภาค (interval scale)

และมาตราอัตราส่วน (ratio scale) ใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามในระยีก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตาม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลทุกชุดมีการกระจายแบบปกติ ($p > .05$)²⁶ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างรวม 56 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 56.89 ปี (SD = 8.91) และกลุ่มควบคุม 60.21 ปี (SD = 10.29) สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลอง 3,632 บาท (SD = 4,271, Median = 2,500) และกลุ่มควบคุม 3,278 บาท (SD = 2160, Median = 3,000) โดยกลุ่มทดลองมีรายได้ที่ไม่พอใช้มีหนี้สิน และไม่พอใช้ไม่เหลือเก็บเท่ากัน (ร้อยละ 35.7) ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 60.7 มีรายได้ไม่พอใช้ไม่เหลือเก็บ ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากการทดสอบความแตกต่างทางสถิติทั้งสองกลุ่มโดยใช้ Chi-Square test และ Independent t-test

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ไม่มีโรคร่วม และรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาอื่นนอกเหนือจากยาตามแผนการรักษา ไม่มีประวัติครอบครัวป่วย

เป็นความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลอง เฉลี่ย 1.64 ปี (SD = 0.67) และในกลุ่มควบคุม 1.71 ปี (SD = 0.46) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง/ไม่เคยขาด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง/ไม่เคยขาดร้อยละ 50 และรับประทานอย่างต่อเนื่อง/ลืมนกินบ่อยๆ ร้อยละ 50 เท่ากัน น้ำหนักตัวเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 62.22 กิโลกรัม (SD = 12.92) ส่วนกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักเฉลี่ย 65.35 กิโลกรัม (SD = 13.68) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.00 – 29.99 กก./ตร.ม. (อ้วนระดับ 1) และมีเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตรขึ้นไป ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากการทดสอบความแตกต่างทั้ง

สองกลุ่มโดยใช้ Chi-square test และ Independent t-test

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.299, p < .001$) มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.665, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.953, p < .001$) (Table 1)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่าง

Table 1 Comparisons of health behavior, systolic and diastolic blood pressure before and after the program in the experimental group using Paired t-test ($n = 28$)

Variables	M	SD	t	p-value
Health behavior				
Before program	48.92	6.28	-8.299	<.001
After program	59.35	8.32		
Systolic blood pressure				
Before program	166.64	17.24	11.665	<.001
After program	140.75	18.64		
Diastolic blood pressure				
Before program	91.03	11.52	3.953	.001
After program	82.14	12.51		

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.970, p < .001$) (Table 2)

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

Table 2 Comparisons of health behavior before and after the program between the experimental group ($n = 28$) and the control group ($n = 28$) using Independent t-test

Variable	Experimental gr		Control gr		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Health behavior	59.35	8.32	49.39	6.55	4.970	<.001

ซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.210, p < .001$) และผลต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.920, p = .005$) อีกทั้งค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองไม่ลดลง แต่กลับมีค่าเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ($M = -0.75, SD = 12.76$) (Table 3)

Table 3 Comparisons of mean difference of systolic and diastolic blood pressure before and after the program between the experimental group ($n = 28$) and the control group ($n = 28$) using Independent t-test

Variable	Experimental gr		Control gr		t	p-value
	$\bar{d}$	SD	$\bar{d}$	SD		
Mean difference of systolic blood pressure	25.89	11.74	9.82	16.40	4.210	<.001
Mean difference of diastolic blood pressure	8.89	11.90	-0.75	12.76	2.92	.005

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองจากผู้วิจัย ร่วมกับการส่งเสริมมีส่วนร่วมของครอบครัวและอสม. ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม²⁴ ที่เป็นองค์ประกอบของโปรแกรม อีกทั้งโปรแกรมมีรูปแบบการจัดการตนเองที่ให้ผู้ป่วยสามารถออกแบบพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแผนสุขภาพส่วนบุคคลที่เหมาะสมได้ และมีการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของวิถีชีวิตมุสลิม โดยผู้วิจัยใช้ภาษามลายูในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างตลอดโปรแกรม ซึ่งเป็นภาษาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในวิถีชีวิตปกติ มีการเสริมแรงใจให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับผู้นำศาสนาบรรยายเกี่ยวกับหลักโภชนาการและการดูแลสุขภาพตามแนวทางศาสนาอิสลามที่สอดคล้องกับหลักการควบคุมระดับความดันโลหิต นับว่าเป็นการเสริมพลังและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติแก่

ผู้ป่วยมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²¹ ที่พบว่าการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของวิถีชีวิตมุสลิม โดยให้ผู้นำศาสนาซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่ชาวมุสลิมเคารพนับถือมาเสริมพลังและเพิ่มความมั่นใจ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมยังเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. ซึ่งเป็นปัจจัยระหว่างบุคคล โดยสนับสนุนให้ครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในโปรแกรมทุกกิจกรรม ทำให้ครอบครัวเกิดการรับรู้และวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกันกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ ที่พบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอสม. ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในชุมชน เน้นการเสริมพลังกำกับและติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายได้ดี ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. มีความรู้จัก

คุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง มีวิถีชีวิต วัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้มีความสนใจและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ดีโดยตลอดโปรแกรมการประสานงานของ อสม. ไม่พบปัญหาในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. มีส่วนสำคัญในการติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย¹⁴

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีผลต่างระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นเมื่อก่อนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการบริโภคอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลง ดังการศึกษาของณัฐินี เสือโต และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ซึ่งมีการฝึกทักษะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย มีพฤติกรรมไปในทางทางที่ดีขึ้นและสามารถลดระดับความดันโลหิตได้และการศึกษาของสุพัตรา สิทธิวัง และคณะ¹⁶ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้มากกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีผลช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพและช่วยลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยกิจกรรมของโปรแกรมนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล และระดับระหว่างบุคคลจากครอบครัวและ อสม. ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองทั้งการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมในคลินิกโรคเรื้อรังที่มีบริบทวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในพื้นที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลการวิจัยในระยะยาว เพื่อความต่อเนื่องและคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิต นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการเป็น Health coach เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกระตุ้นเตือน ติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องได้ และอาจขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะ และการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง และเกิดชุมชนสุขภาวะเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทั้ง 5 ระดับตามแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

References

1. Chosungnoen N. Health promotion to improve health behavior in people who working age which aim to prevent hypertension. Primary Health Care Division Journal. 2017;12(1):9-16. Available from: <https://thaidj.org/index.php/phcdj/article/view/2648> (in Thai)
2. World Health Organization. More than 700 million people with untreated hypertension; 2021. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365(9455):217-23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1) PMID: 15652604
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International society of hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-57. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026> PMID: 32370572
5. Panmung N, Ketjuna H, Nakkarach B, Teesara K, Supasorn S. Guidelines for management when a person with high blood pressure is identified in a hospital. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
6. Karnjanapiboonwong A, Khamwangngaa P, Keawta S, editors. Diabetes, hypertension, and related risk factors 2019. Report on the ncd situation: diabetes, hypertension, and related risk factors 2019. Bangkok: Augsorn Graphic and Design; 2022. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf> (in Thai)
7. Health Data Center. Information to respond to the Service Plan in the field of non-communicable diseases (NCD DM, HT, CVD). 2022. Available from: https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b (in Thai)
8. Junpen R. The effectiveness of the health promotion program for patients with hypertension in hypertension clinic Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2021;1(2):20-30. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHJ/article/view/251916/172099> (in Thai)
9. Lillahkul N, Supanakul P. Way of life of Muslim people in Thailand's southern provinces, and health promoting lifestyle. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(2):302-12. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/130912/98182> (in Thai)
10. Yeemin W, Prachakul W. Exercise barriers in early male Muslim adulthood in the Khukwang Sub-District. Journal of Exercise and Sport Science. 2014;11(1):1-22. Available from: <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/sport/article/view/6905> (in Thai)
11. Thiprat S. Selected factors related to health promotion behaviors of Thai-Muslim elderly members of elderly club in upper Southern region [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai)
12. Cheyoe N. Effect of medication adjustment for Muslim patients with uncontrolled diabetes during Ramadan period. Journal of Health Science. 2021;30(4):654-660. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/10605/9342> (in Thai)
13. Hall YN, Anderson ML, McClure JB, Ehrlich K, Hansell LD, Hsu, CW, et al. Relationship of blood pressure, health behaviors, and new diagnosis and control of hypertension in the BP-CHECK Study. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2024;17. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010119>

14. Songwatthanayuth P, Watthanakorn K, Klinhom K, Ratanapat P. Effects of family and village health volunteer participation program on health promoting behaviors, and blood pressure in pre-hypertension adults. *Science and Technology*. 2016;3(3):1-14. Available from: <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/62967> (in Thai)
15. Suaetoo N, Jirapongsuwan A, Rawiworrakul T, Tipayamongkhogul M. The effect of a program to promote blood pressure control among 35 to 59 -years-old patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Public Health Nursing*. 2018;32(2):95-116. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/245423> (in Thai)
16. Sittiwang S, Aungwattana S, Tamdee D. Effects of self-management promoting program on health behaviors and blood pressure level of persons with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal*. 2020; 47(2):85-97. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/241799/164587> (in Thai)
17. Thanaseth R. Effects of self-management promotion program and family participation on health behaviors and Blood pressure in working adult group. *Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima*. 2018;24(2):100-11. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/188388/147494> (in Thai)
18. Jandeekaewsakul P, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *Journal of Nursing Science*. 2018;36(1):31-43. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/145412/107456> (in Thai)
19. Mangsrakhu U, Iemsawasdikul W, Nuysri M. The effects of health behavior modification program for elderly with hypertension at Suwannaphum District, Roi Et Province. *Thai Journal of Nursing*. 2019; 68(3):1-10. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/233306/160146> (in Thai)
20. Tangsangwormthamma C, Hathirat S, Leelapattana W. Lifestyle modification and drug administration among Thai Muslim patients with diabetes mellitus type 2 during Ramadan. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 2010;17(2):70-86. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/61242/50454> (in Thai)
21. Lahpunsu K, Boonyasopun U, Jittanoon P. The development of community empowerment program on eating behaviors modification among Muslim women with the risk of hyperlipidemia. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2020;40(4):23-36. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/247210/168639> (in Thai)
22. Siraprapasiri P, Lapbenjakul S. Handbook of integrated, people-centered health service in new normal Diabetic & Hypertensive clinic (for healthcare workers). Nonthaburi: Division of medical technical and academic affairs, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. Available from: [https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25630715154231PM_new%20normal%20integrated%20people%20health%20service%20in%20DM%20HT\(final%2030.6.63\).pdf](https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25630715154231PM_new%20normal%20integrated%20people%20health%20service%20in%20DM%20HT(final%2030.6.63).pdf) (in Thai)
23. Adkiisson, RV. Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness. *The Social Science Journal*. 2008;45(4):700-1. <https://doi.org/10.1016/j.socij.2008.09.003>.
24. Mcleroy, KR, Bibeau, D, Steckler, A, Glanz, K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-77. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401> PMID: 3068205
25. LaoThong N. Creating educational research tools. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
26. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)