ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

Effects of a Self-Regulation Program for Blood Pressure Control on Self-Regulation Behaviors, Blood Pressure Level and Stroke Risk among Thai Muslim with Hypertension

สุพิณญา	คงเจริญ	พย.ม.*	Supinya	Kongjarern	M.N.S.*
ชดช้อย	วัฒนะ	Ph.D.**	Chodchoi	Wattana	Ph.D.**
ธีรนุช	ห้านิรัติศัย	Ph.D.***	Teeranut	Harnirattisai,	Ph.D.***

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของชาวไทยมุสลิม การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุขสำราญ จังหวัดระนองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 3 แห่ง สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มย่อย การส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองและการฝึกทักษะการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย การติดตามกระตุ้นพฤติกรรมการกำกับตนเองโดยเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยบุคลากรทางสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินระดับความดันโลหิต ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตก่อนเริ่มโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติที สถิติทีคู่ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า

ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p< 0.001$, $p< 0.001$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p< 0.001$, $p< 0.001$ ตามลำดับ) และภายหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือนพบว่า

* *พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุขสำราญ จังหวัดระนอง*

* *Professional Nurse, Suksumran Hospital, Ranong Province*

** *อาจารย์ คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

** *Instructor, Faculty of Nursing Thommasat University*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

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

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและไดแอสโตลิค รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p< 0.001$, $p< 0.001$, และ $p< 0.001$ ตามลำดับ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p< 0.001$, $p< 0.001$, และ $p=0.001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: *โปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการกำกับตนเอง ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ชาวไทยมุสลิม*

Abstract

Hypertension is a major health problem among Thai Muslim people. The objective of this quasi-experimental study was to determine the effects of a self-regulation program for blood pressure control on self-regulation behaviors, blood pressure level, and stroke risk among Thai Muslim people with hypertension. The sample who came for follow-up visits at the hypertension clinic, Suksumran Hospital and three health promotion hospitals in Ranong province. The subjects were randomly assigned into experimental and control groups using match-paired technique. The experimental group participated in a self-regulation program for blood pressure control, including a small group education session, four small group discussion sessions, one home visit, and a phone call visit. The control group received the usual nursing care. The self-regulation behaviors were measured at baseline, at 1-month, and 3-month, while blood pressure level and stroke risk were measured at baseline and 3-month. The self-regulation behaviors questionnaires were approved by five experts. The content validity index was 0.96, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.86. Data were collected using a self-regulation behavior questionnaire, measurement of blood pressure, and the Framingham Stroke Risk Profile. Data were analyzed using a Descriptive statistic, Independent t-test, Paired t-test and Repeated Measure Analysis of Variances.

The results of study

At 1-month and 3-month after enrollment, the experimental group showed a significant higher in self-regulation behaviors than baseline ($p < 0.001$, and $p < 0.001$, respectively) and than those in the control group ($p < 0.001$, and $p < 0.001$, respectively). In addition, at 3- month after entering the program, the results indicated that the experimental group showed a significant lower in systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and stroke risk than before entering the program ($p< 0.001$, $p < 0.001$, and $p< 0.001$, respectively) and than those in the control group ($p < 0.001$, $p < 0.001$, and $p = 0.001$, respectively).

Key words: *Self-Regulation Program, Hypertension, Self-Regulation Behaviors, Stroke Risk, Thai Muslim People*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิม จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในชาวไทยมุสลิมพบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสจัด ร้อยละ 66.66 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 53.33 และขาดการออกกำลังกายมากถึงร้อยละ 80.01 (ราณี ตาเดอินทร์, 2549) โดยปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยหลักในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และหากควบคุมโรคไม่ได้จะส่งผลกระทบตามมาหลายประการ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตตามมา รวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้แนวทางในการดูแลรักษาประกอบด้วยการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคมากที่สุด (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปั้นดี, 2542) โดยผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องตระหนักและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะเสี่ยงและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองโดยแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) เชื่อว่าการกำกับตนเองเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยขึ้นอยู่กับความใส่ใจ ความคิด การตัดสินใจ และความสามารถในการคิด วิเคราะห์ของแต่ละบุคคล จากการศึกษาพบว่าแนวคิดการกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลดีต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในหลายการศึกษา (ศรัญญา คล้ายสกุล, 2551; สุภัสษร ชมภู, 2551; Fluker, 2005) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาถึงการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาวไทยมุสลิมและยังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง เป็นชุมชนมุสลิม จากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยของประชากร พบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุที่ทำให้ชาวไทยมุสลิมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 15.20) ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (140/90 mmHg หรือ 130/80 mmHg ในผู้ที่มีโรคร่วม) มากถึงร้อยละ 55 และพบผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 30 โดยพบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 19 ซึ่งนับเป็นอัตราที่สูงและทำให้ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับสูงตามไปด้วย และจากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นข้อจำกัดในการควบคุมโรคของชาวไทยมุสลิมในอำเภอสุขสำราญโดยการสัมภาษณ์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เข้มงวดในการควบคุมอาหาร นิยมรับประทานเป็นอาหารรสจัดและไขมันสูงและมีการออกกำลังกายเป็นส่วนน้อยเนื่องจากข้อกำหนดทางศาสนาเกี่ยวกับการแต่งกายที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกายโดยเฉพาะในเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดมาตรวจตามนัดและขาดการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมพบว่าชาวไทยมุสลิมมีหลักปฏิบัติทางศาสนาที่สอดคล้องกับการวิธีการควบคุมระดับความดันโลหิต คือ การละหมาด โดยปกติชาวไทยมุสลิมจะต้องมีการละหมาด วันละ 5 เวลา เป็นการละหมาดบังคับ (ฟัรดู) ที่ทุกคนจะต้องปฏิบัติเพื่อแสดงความภักดีต่อพระผู้เป็นเจ้า โดยการละหมาดเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ในอิริยาบทต่างๆ พร้อมกับการทำจิตใจให้ตั้งมั่น โดยจะใช้ระยะเวลาในการละหมาดประมาณ 10-15 นาที นอกจากนี้พบว่าหลักปฏิบัติของชาวมุสลิมยังมีการละหมาดพิเศษที่หลัก

ปฏิบัติของศาสนาไม่ได้บังคับให้ทุกคนต้องปฏิบัติเรียกว่า "การละหมาดสุนัต" ซึ่งชาวมุสลิมเชื่อว่าผู้ที่ละหมาดสุนัตร่วมกับการละหมาดบังคับ เป็นสิ่งที่ดีงามและทำให้ได้บุญมากยิ่งขึ้น และยังเชื่ออีกว่าการละหมาดสุนัตเป็นสื่อไปสู่ความใกล้ชิดกับองค์พระอัลลอฮและอยู่ในความรักของพระองค์ตลอดกาลการละหมาดสุนัตเป็นการละหมาดเพิ่มเติมจากการละหมาดบังคับ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งลักษณะการปฏิบัติมีความใกล้เคียงกับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษานำร่องโดยการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการละหมาดสุนัต ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ราย ภายหลังการศึกษาพบว่าทั้งระดับความดันซีสโตลิคและระดับความดันไดแอสโตลิคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{d}$=6.7 mmHg, $\bar{d}$=4.9 mmHg, $p<0.05$) (สุพิญญา คงเจริญ, 2553)

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการละหมาดสุนัตหากมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควบคุมความดันโลหิตได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสำหรับชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแนวคิดการกำกับตนเองมาเป็นแนวทางในพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคของชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ร่วมกับการปฏิบัติตามหลักศาสนา โดยมุ่งหวังจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคและส่งผลในการลดความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ (1) คะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 และ 3 เดือน (2) คะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 และ 3 เดือน (3) ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน และ (4) ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต สามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเอง ลดระดับความดันโลหิต และลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

(1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต 1 และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม (2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต เป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโตลิคและระดับความดันไดแอสโตลิคต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและ (3) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต เป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มทดลองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ซึ่งเชื่อว่าการกำกับตนเองเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองโดยอัตโนมัติของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยประสิทธิภาพของการกำกับตนเองขึ้นอยู่กับความ

ใส่ใจ ความคิด การตัดสินใจ และความสามารถในการประมวลผลข้อมูลของแต่ละบุคคล ดังนั้นการกำกับตนเองที่ดีจึงจำเป็นต้องมีผู้ให้คำปรึกษาในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการคิดการตัดสินใจ หรือประกอบการประมวลผลข้อมูลเพื่อนำมาปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม โดยทักษะการกำกับตนเองเกิดจากการฝึกฝนและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งแคนเฟอร์เชื่อว่าการกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) เป็นกระบวนการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีการสังเกตพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การประเมินผลที่เกิดจากพฤติกรรมตนเอง (self-evaluation) เป็นการวัดผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมโดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังตนเองกับเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่กำหนด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม (Kanfer,1991) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการกำกับตนเองและนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยเกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการป้องกันและการรักษา หลักการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การละหมาดสุนัต การปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องและการเข้ารับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคพร้อมทั้งฝึกทักษะในการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ ทักษะการเฝ้าระวังตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเองและกระตุ้นให้รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งให้คู่มือการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับชาวไทยมุสลิมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการกำกับตนเองที่บ้านส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้ชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติและช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ชาวไทยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุขสำราญ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ กำพวน รพ.สต.นาคา รพ.สต.ควนไทรงาม จังหวัดระนอง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชายอายุระหว่าง 55-85 ปี เพศหญิงอายุระหว่าง 55-84 ปี (ตามเกณฑ์การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของฟรามิงแฮม ปี ค.ศ. 2006) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคสมองเสื่อม หรือเป็นโรคอื่นที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรควัณโรค โรคเอดส์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจวาย เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ หรือมีค่าความดันโลหิตขณะพักมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 mmHg

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน มีภาวะทุพพลภาพ พิการและไม่สามารถทำละหมาดได้และไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม หรือแพทย์พิจารณาว่ามีอันตรายต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ย้ายถิ่นที่อยู่ หรือมีการเปลี่ยนไปใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลอื่นระหว่างเข้าร่วมโครงการ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 53 รายต่อกลุ่ม รวมเป็น 106 ราย โดยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 6.37 (Wattana, Srisuphan, Pothiban, & Sandra, 2008) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 114 ราย ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 57 ราย และกลุ่มควบคุม 57 ราย โดยทุกโรงพยาบาลมีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดโครงการเหลือกลุ่มตัวอย่าง 109 ราย (กลุ่มทดลอง 54 ราย กลุ่มควบคุม 55 ราย) โดยมีผู้ออกจากโครงการ 5 ราย (4.38 %) จากการย้ายที่อยู่และมีการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบวัดพฤติกรรมการกำกับตนเอง มีลักษณะเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการกำกับตนเองของบราวน์ มิลเลอร์ และลาเวนโดว์สกี (Brown, Miller, & Lawendowski, 1999) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (7 วัน ใน 1 สัปดาห์) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติเลย ใน 1 สัปดาห์) ให้ 0 คะแนน โดยเป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีการปฏิบัติพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี 3) แบบวัดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Framingham Stroke risk profile, 2006) ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับความดันซีสโตลิค การใช้ยารักษาความดันโลหิต เบาหวาน การสูบบุหรี่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว หัวใจห้องล่างซ้ายโต และนำมาคำนวณตามเกณฑ์ของฟรามิงแฮม 4) เครื่องวัดค่าความดันโลหิตชนิดปรอท 5) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 7 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) 2) คู่มือการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับชาวไทยมุสลิมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงที่โรงพยาบาลกะเปอร์ จังหวัดระนอง 20 ราย โดยทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.96 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการกำกับตนเองโดยสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค ได้ 0.86

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการทดสอบความถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลเป็นพื้นฐานก่อนเข้าร่วมโครงการ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ๆ ละ 14-15 คน (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อกลุ่ม) การอภิปรายกลุ่มย่อยและการฝึกทักษะการกำกับตนเอง 1 ครั้ง 4 กลุ่ม ๆ ละ 14-15 คน (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อกลุ่ม) การติดตามกระตุ้นพฤติกรรมการกำกับตนเองโดยเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 30-45 นาที) และการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 15-20 นาที) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยบุคลากรทางสาธารณสุขโดยได้รับการรักษาตามมาตรฐานเดียวกัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ภายหลังผ่านการทดสอบความ

ถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบวัดพฤติกรรมการกำกับตนเอง ตรวจวัดระดับความดันโลหิต และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดโครงการวิจัยเมื่อสิ้นสุดโครงการกลุ่มควบคุมได้รับความรู้เป็นรายบุคคลและคู่มือการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติที สถิติทีคู่ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล เมื่อเริ่มการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 114 ราย เมื่อสิ้นสุดโครงการเหลือกลุ่มตัวอย่าง 109 ราย (กลุ่มทดลอง 54 ราย กลุ่มควบคุม 55 ราย) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.4) มีอายุเฉลี่ย 60.99 ปี (S.D.=6.52) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.5) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.6) ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 และ 3 เดือน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตมีผลต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบว่าระยะเวลามีผลต่อการเพิ่มของคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นกัน โดยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิค ระดับความดันไดแอสโตลิคและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยใช้สถิติที พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโตลิค ความดันไดแอสโตลิคและ ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $p<0.001$ และ $p=0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 และ 3 เดือน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความผันแปร	Sum of square (SS)	df	Mean square (MS)	*F*-test	*p*-value	Partial Eta Squared
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่ม	83.632	1	83.632	333.595	0.000	0.757
ความคลาเคลื่อน	26.825	107	0.251			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	42.792	2	21.396	439.098	0.000	0.804
กลุ่ม *เวลา	46.746	2	23.238	476.896	0.000	0.817
ความคลาเคลื่อน	10.428	214	0.049			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซีสโตลิค ระดับความดันไดแอสโตลิคและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโครงการ (n=109)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=54)		กลุ่มควบคุม (n=55)		t-test	*p-value*
	M	S.D.	M	S.D.		
Systolic blood pressure						
ก่อนเข้าโปรแกรม	148.06	13.79	150.36	12.20	-0.926	0.357
หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน	125.93	11.90	149.82	8.22	-12.216	0.000
Diastolic blood pressure						
ก่อนเข้าโปรแกรม	89.54	9.77	90.18	9.76	-0.345	0.731
หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน	79.81	8.58	92.27	6.92	-8.350	0.000
Stroke risk						
ก่อนเข้าโปรแกรม	9.06	7.83	9.33	8.59	-0.173	0.863
หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน	5.11	3.45	9.67	9.06	-3.46	0.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดโดยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต 1 และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิค ไดแอสโตลิคและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่พัฒนามาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ประกอบด้วยการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย เกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน การกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรค นอกจากนี้มีการอภิปรายกลุ่มย่อยโดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการควบคุมโรค พร้อมทั้งประเมินผลการควบคุมโรคโดยวิเคราะห์ค่าความดันโลหิตของตนเองเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของสมาพันธ์โรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (JNC, 2003) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการนำเสนอกิจกรรมต้นไม้ที่ใช้สีระบุระดับการควบคุมโรคเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินผลและมองเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการควบคุมโรค อีกทั้งให้มีการกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายได้ในที่สุด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการฝึกทักษะการเฝ้าระวังตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การละหมาดสุนัต การกำกับตนเองในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด รวมถึงทักษะในการประเมินผลที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเองในการควบคุมโรค พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการเสริมแรงตนเอง มีการติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นการเสริมแรงภายนอก ช่วยหาทางแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีและมีความเหมาะสม อาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการส่งเสริม

การเฝ้าระวังตนเอง ประเมินผลพฤติกรรมตนเอง และมีการเสริมแรงตนเองตามโปรแกรมการกำกับตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความง่ายต่อการทำความเข้าใจและมีการสื่อความหมายออกมาเป็นรูปภาพที่ชัดเจน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยง่าย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการกำกับตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษายืนยันคำกล่าวของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ที่ว่าการกำกับตนเองจะต้องเริ่มจากการที่บุคคลเห็นว่าพฤติกรรมนั้นสำคัญสำหรับตนเองและตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีพฤติกรรมเป้าหมายอย่างชัดเจน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของคริสเต็นเซ็นและคณะ (Christensen et al., 2002) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยที่ล้างไตโดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค (Kanfer & Gaelick, 1986) เป็นแนวทางซึ่งประกอบด้วยการเฝ้าระวังตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเป้าหมาย รูปแบบกิจกรรมประกอบด้วยการอธิบายหลักการของการปฏิบัติพฤติกรรมกำกับตนเอง การอภิปรายกลุ่มและการให้การบ้านซึ่งเป็นการให้ลงมือปฏิบัติในการกำกับตนเองและตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษา ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาเรื่องการจำกัดน้ำดื่มของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการเฝ้าระวังตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเป้าหมายโดยใช้กลยุทธ์การเรียนเป็นกลุ่มย่อยร่วมกันการอภิปรายกลุ่มและการกระตุ้นติดตามให้ไปปฏิบัติตนที่บ้านเป็นแนวทางที่สำคัญที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการกำกับตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันซีสโตลิคและไดแอสโตลิคต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันซีสโตลิคลดลงมากถึง 22.13 mmHg และค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิค ลดลง 9.73 mmHg ซึ่งเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยต่ำกว่า 130/80 mmHg ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตเป้าหมายสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองลดลงถึง 3.95 % ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น 0.34% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการกำกับตนเอง นำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและไดแอสลิค รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับชาวไทยมุสลิมซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นชาวไทยมุสลิมในภูมิภาคอื่นได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในภูมิภาคอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ รวมทั้งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) ควรส่งเสริมการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการส่งเสริมการกำกับตนเองในการควบคุมโรค เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลสำหรับชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งโรคเรื้อรังอื่นๆ 2) ควรนำโปรแกรมการกำกับตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตและลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตและติดตามภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว 2) ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการลดภาวะเสี่ยงอื่นๆ ที่สำคัญในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น 3) ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มทุนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

มันทนา ประทีปะเสน, และวงเดือน ปั้นนดี. (2542). อาหารกับ : *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด.* กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ราณี ตาเดอินทร์. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขมุสลิมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดในช่วงเทศกาลถือศีลอดเดือนรอมฎอน.* สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2551, จากhttp://library.yala.ac.th/ULIB/searching.php?MAUTHOR=%20%C3%D2%B3%D5%20%B5%D2%E0%B4%CD%D4%B9%B7%C3%EC

ศรัญญา คล้ายสกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลสุขสำราญ. (2551). *สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.* ระนอง: โรงพยาบาลสุขสำราญ.

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). *คู่มือแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป* พ.ศ.2551. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2551, จากhttp://www.thaihypertension.org/guideline.html

สุพิญญา คงเจริญ. (2553). ทำการศึกษานำร่องโดยการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการละหมาดสุนัต. ระนอง: โรงพยาบาลสุขสำราญ.

สุภัสษร ชมภู. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.

Brown, Miller, & Lawendowski. (1999). The Self-Regulation Questionnaire (SRQ). Retrieved December 20, 2008, from http://casaa.unm.edu/inst/SelfRegulation%20Questionnaire%20(SRQ).pdf

Framingham stroke risk profile. (2006). Modified Framingham stroke risk profile 2006 Retrieved November 7, 2008, from http://www.stroke-education.com/calc/risk_calc.do

Fluker JG. (2005). Self-regulation intervention by telephone to reduce weight and blood pressure in overweight women with elevated blood pressure. *Medical College of Georgia,* 978-0-496-98088-8. Retrieved January 7, 2009, from CINAHAL database.

Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change.* New York: Pergamon.

Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change.* New York: Pergamon.

Wattana C., Srisuphan W., Pothiban L,. & Sandra L,. (2008). Effectiveness of a Diabetes Self-management Program on Glycemic Control, Stroke Risk, and Quality of Life in Thai Diabetic Patients. Retrieved December 20, 2008, from http://www.nurse.tu.ac.th/pdf/50_26.pdf