

# ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

## Effects of Empowerment Program on Health Behaviors, Body Mass Index and Blood Pressure Levels in Patients with Uncontrolled Hypertension

|           |                   |          |                 |
|-----------|-------------------|----------|-----------------|
| วรดา      | ทองสุก *          | Worada   | Thongsuk *      |
| วรวรรณ    | ทิพย์วาริรัมย์ ** | Worawan  | Tipwareerom **  |
| ปิ่นพิชัย | สุกเมธภาพร **     | Pinhatai | Supametaporn ** |

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ในการสร้างโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวโปรแกรมและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon sign Rank test และ Mann-Whitney u Test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการให้ผู้ป่วยได้รู้จักและตระหนักในคุณค่าตนเองเรียนรู้และเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นปกติ

**คำสำคัญ:** พลังอำนาจ พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช จ. สุโขทัย

\* Registered Nurse Kirimat hospital, Sukhothai Province, Pom\_Srif@hotmail.com

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

วันที่รับบทความ 4 กรกฎาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 21 สิงหาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 24 สิงหาคม 2563

## Abstract

The objective of this quasi-experimental research is to study the effects of an empowerment program in an uncontrollable hypertension patient. The samplings were hypertension patients, divided into experimental group and control group, 30 in each group. Data collected between December 2019 to February 2020. This empowerment program in an uncontrollable hypertension patient used the empowerment concept of Gibson consisted of 4 steps, 1) Discovering Reality 2) Critical Reflection 3) Taking Charge 4) Holding. The tolls of a study are the program and questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon sign rank test and Mann-Whitney u test. The result of the research shows that participants in the experimental group had a statistically significant higher mean score of the health behavior than those participants in the control group  $p < 0.001$ . The statistical significance of the health behavior score after participating of participants in the experimental group was at  $p < 0.001$ . A body mass index of uncontrollable hypertensive patients after participating in the empowerment program was statistically significant lower than before joining the program ( $p < .001$ ). However, body mass index was not shown the statistically significant when compared with the control group. A mean blood pressure levels of uncontrollable hypertensive patients after participated the empowerment program had statistically significant shown at the lower blood pressure levels than before participated the empowerment program and than the control group ( $p < .001$ ).

The results revealed the effectiveness of the empowerment program in dimensions of the awareness of self-worth, learning and understanding on the corrected practicing of healthy behavior and ability to control blood pressure levels as normal.

**Keywords:** *Empowerment, Health behavior, Body mass index, Blood pressure, Uncontrolled Hypertension*

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทยพบมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1 พันล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization [WHO], 2013) ประเทศไทยพบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 14,926.47 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5,597,671 คน และพบในอายุที่น้อยลง ร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535

มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 (Thai Hypertension Society, 2019) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้คือผู้ที่มี systolic blood pressure  $\geq 140$  มม.ปรอท และ/หรือ diastolic blood pressure  $\geq 90$  มม.ปรอท (Thai Hypertension Society, 2019) นำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การเสียชีวิต ทูพพลภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 7.5 ล้านคน ร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจำนวนปีละประมาณ 1.5 ล้านคน จากรายงานการเสียชีวิตของ WHO (2013) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน

ทางตา 18,255 คน (ร้อยละ 7.94) ภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 (ร้อยละ 20.26) ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (ร้อยละ 22.54) ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (ร้อยละ 14.21) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 75,503 คน (ร้อยละ 32.83) (Pangjunan & Phanthuwech, 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพและเสียชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายประเทศโดยรวมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ประเทศไทยต้องเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายสูงถึง 2,465 ล้านบาทต่อปี (The Hypertension Society, 2015) พื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2556-2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.51-18.92 พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้จำนวน 80 รายจาก 154 ราย ในปีพ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 55.17 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และพบว่ามีความถี่ของโรคด้วยหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและไตวาย ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 40 ราย ในปี 2561 และเสียชีวิต ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ จำนวน 6 ราย ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ยังคงมีการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาาร้า ปลาจ่อม ปลาเค็ม และอาหารรสหวาน มัน เค็ม เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมที่สืบทอดกันมา มีพฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย ออกกำลังกายไม่เพียงพอ และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สัมผัสรับประทานยา ไม่ได้พบแพทย์ตามเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในวัยแรงงาน เมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เกิดการเจ็บป่วยบ่อยครั้งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้ ในการดูแลครอบครัว เกิดปัญหาหนี้สิน เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ในพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ

(Powerlessness) ซึ่งเป็นความรู้สึก อ่อนล้า ไร้อำนาจ หรือไร้กำลังที่จะควบคุมสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง (Silva, Martins, Castro, Viana, Butcher, & Silva, 2017) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนล้า ในการดูแลตนเองประกอบกับผู้ป่วยบางรายที่ป่วยเรื้อรังมานานทำให้เกิดการสูญเสียที่สะสมมาตลอดไม่อาจจะเป็นด้านร่างกายจิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992) การเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจจึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้บทบาทของตนเองอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในหลายๆ ด้านสอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ (Gibson, 1991 as cited in Oumtane, 2011) ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เช่น การสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Sanghuachang, Sangtum, & Wongjalearn, 2017) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Jaemtim, Yuenyong, & Srisodsakul, 2016) ผลการศึกษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องส่งผลให้ระดับความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการสร้างเสริมสร้างพลังอำนาจโดยในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติมาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย ที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลอง

### สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมสุขภาพ หลัง เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า กลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ลดลงมาก่อน เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถ

รักษาให้หายขาด ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ (Gibson, 1991, 1995) เป็นแนวทางในการศึกษาประกอบด้วยที่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking Charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ซึ่งผ่านกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์โดยการบรรยายความรู้โดยผู้วิจัย ในโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการได้เรียนรู้จาก CD วิถีชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลโมเดล การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่เพื่อสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่องที่ต่อเนื่อง

### วิธีดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลอง

- 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย-การบรรยายให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน-พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย-ให้พบทวนระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของแต่ละคน แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณประกอบด้วย-การดู CD ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้-ให้แต่ละคนแสดงความคิดเห็น จากการดู CD-โมเดลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และกลับมาควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติมาแล้วประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มทดลองให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดถึงสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และพฤติกรรมสุขภาพส่งผลอย่างไรต่อดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต นำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยคิดและหาแนวทางร่วมกันตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยให้ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และวางแผนและเป้าหมายการปฏิบัติ-ให้กลุ่มเลือกหาวิธีการออกกำลังกาย กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกวิธีการแกว่งแขนเป็นการออกกำลังกายประจำกลุ่ม -ฝึกแกว่งแขนร่วมกัน นิตวันเวลาสถานที่ในการออกกำลังกายแกว่งแขน เขียนชื่อเพื่อทำพันธสัญญาในแนวทางปฏิบัติร่วมกันและแจกคู่มือ

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านรับประทานอาหารรับประทานยาของตนเองที่บ้านและรวมกลุ่มแกว่งแขนที่นัดหมายในชุมชนโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นแกนนำบางวันและ อสม. ทุกวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ เวลา 17.00-18.00 และผู้วิจัยการติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์สอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติวิธีการที่เลือกไว้และ/หรือเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่อาศัยในเขตอำเภอศรีราชา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอศรีราชา สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากการสุ่มแบบไม่แทนที่โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 35-59 ปี 2) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-109 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี 4) ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย 5) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งพูด อ่าน เขียน และยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย 6) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.80 (effect size) เมื่อนำมาเปิดตาราง (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 26 คนเพื่อป้องกันการสูญหายได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แผนการสอน คู่มือโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 1.1) ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 6 ข้อ ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และจากการตอบแบบสอบถาม 1.2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Thai Hypertension Society, 2019) ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำนวน 12 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน การใช้ยาจำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน การออกกำลังกายจำนวน 7 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนนรวมทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-81 คะแนนใน 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ (Bloom, 1968 as cited in Kijpreeda, 2010) 2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบสอดแขนตั้งโต๊ะ 3) เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ทดสอบความเที่ยงตรงโดยโรงพยาบาลศรีราชา มีความตรงในการวัด

ความดันโลหิต  $\pm 3$  มิลลิเมตรปรอท และในการจับชีพจร  $\pm 5\%$  ตรวจสอบ (Calibrate) ความตรงซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ หลังผ่านการดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จัปลากส้มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน เลือก รพ.สต. 2 แห่ง จาก 12 แห่ง ในอำเภอศรีมาศโดยจัปลากครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลองจัปลากได้รพ.สต. หนองจิก และ จัปลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุมจัปลากได้รพ.สต. หนองกกสำรวจรายชื่อจากทะเบียนเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

### 2. ขั้นตอนการวิจัย ในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือการทำวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และวัดความดันโลหิต

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรม บรรยายให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนรับรู้ระดับความดันโลหิต

ของตัวเอง ทบทวนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกายที่ผ่านมาในแต่ละคน เขียนใส่กระดาษ A4 แล้วนำเสนอรายบุคคลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรม ให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดู CD วิดีโอผู้ป่วยเรื้อรังแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโมเดลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยทำพร้อมกันกลุ่มใหญ่ หลังจากนั้นจัดกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คนระดมความคิดเห็นใส่กระดาษ A4 สาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผลกระทบที่จะเกิดกับตนเองและครอบครัวหากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามสรุปแล้วนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรม ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการปฏิบัติตัวพฤติกรรมสุขภาพเขียนใส่กระดาษสรุปแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เลือกวิธีการออกกำลังกายกลุ่มเลือกวิธีแกว่งแขนแจกคู่มือโรคความดันโลหิตสูง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพโดยสัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำและคำปรึกษากระตุ้นและเสริมสร้างพลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 7 เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา กิจกรรมการแกว่งแขนกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เพื่อติดตามความต่อเนื่อง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำและคำปรึกษากระตุ้นและเสริมสร้างพลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลโปรแกรม เก็บรวบรวม

ข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และวัดความดันโลหิต

การดำเนินในกลุ่มควบคุมกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกก อำเภอกีรีมาศ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการนัดพบและยุติการนัดพบ พร้อมกับขอความร่วมมือในการเข้าร่วมทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและวัดระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมด้วยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและวัดระดับความดันโลหิต จัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้แก่กลุ่มควบคุม

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย นำโครงการวิจัยเข้าสู่การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวรตามเอกสารหมายเลขที่ 0516/62 และพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายให้เซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรม

สุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ตรวจสอบการกระจายข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ทดสอบการกระจายข้อมูล (Normality) พบการกระจายตัวของข้อมูลแบบไม่ปกติ ค่า  $\bar{X} = 19.05$  S.D. = 3.54 ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test Statistic = .956, df = 60, p = .030

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon sign Rank test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney u Test

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 อายุระหว่าง 50-54 ปี 45-49 ปี และ 55-59 ปี ร้อยละ 40, 30, 16.7 ตามลำดับจบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7 ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93.4 มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 70.0 ค่าดัชนีมวลกาย  $\geq 23.0$ -24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.3

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุระหว่าง 50-54 ปี, 45-49 ปี และ 55-59 ปี ร้อยละ 36.7, 30.0 และ 20.0 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 60 คน ร้อยละ 66.7 ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 23.3 ค่าดัชนีมวลกาย  $\geq 23.0$ -24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.3

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

| เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ | $\bar{X}$ | S.D. | Z       | Asymp. Sig (2-tailed) |
|--------------------------------------|-----------|------|---------|-----------------------|
| <b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>         |           |      | - 4.811 | <.001                 |
| ก่อนได้รับโปรแกรม                    | 4.73      | 1.87 |         |                       |
| หลังได้รับโปรแกรม                    | 26.36     | .96  |         |                       |
| <b>ด้านการรับประทานยา</b>            |           |      | - 4.796 | <.001                 |
| ก่อนได้รับโปรแกรม                    | 10.90     | 2.04 |         |                       |
| หลังได้รับโปรแกรม                    | 22.70     | .59  |         |                       |
| <b>ด้านการออกกำลังกาย</b>            |           |      | - 4.822 | <.001                 |
| ก่อนได้รับโปรแกรม                    | 3.23      | 1.47 |         |                       |
| หลังได้รับโปรแกรม                    | 18.46     | 1.27 |         |                       |
| <b>พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม</b>          |           |      | - 4.790 | <.001                 |
| ก่อนได้รับโปรแกรม                    | 18.86     | 3.96 |         |                       |
| หลังได้รับโปรแกรม                    | 67.53     | 1.79 |         |                       |

\* p-value < .001

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=60)

| ตัวแปรพฤติกรรม               | Mean  | S.D. | Mean Rank | Mann-Whitney U | Asymp.Sig (2-tailed) |
|------------------------------|-------|------|-----------|----------------|----------------------|
| <b>ด้านการรับประทานอาหาร</b> |       |      |           | .000           | <.001                |
| กลุ่มทดลอง                   | 26.36 | .96  | 45.50     |                |                      |
| กลุ่มควบคุม                  | 4.10  | 1.37 | 15.50     |                |                      |
| <b>ด้านการรับประทานยา</b>    |       |      |           | .000           | <.001                |
| กลุ่มทดลอง                   | 22.70 | .59  | 45.50     |                |                      |
| กลุ่มควบคุม                  | 11.40 | 1.49 | 15.50     |                |                      |

| ตัวแปรพฤติกรรม            | Mean  | S.D. | Mean Rank | Mann-Whitney U | Asymp.Sig (2-tailed) |
|---------------------------|-------|------|-----------|----------------|----------------------|
| <b>ด้านการออกกำลังกาย</b> |       |      |           | .000           | <.001                |
| กลุ่มทดลอง                | 18.46 | 1.27 | 45.50     |                |                      |
| กลุ่มควบคุม               | 2.53  | 0.89 | 15.50     |                |                      |
| <b>พฤติกรรมโดยรวม</b>     |       |      |           | .000           | <.001                |
| กลุ่มทดลอง                | 67.53 | 1.79 | 45.50     |                |                      |
| กลุ่มควบคุม               | 18.03 | 2.34 | 15.50     |                |                      |

\* p-value < .001

จากตารางที่ 2 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ด้านการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย กลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังทดลอง (n=30) ด้วยสถิติ Wilcoxon sign Rank test

| ตัวแปร                         | $\bar{X}$ | S.D.  | Z      | Asymp.Sig (2-tailed) |
|--------------------------------|-----------|-------|--------|----------------------|
| ดัชนีมวลกาย ก่อนทดลอง          | 24.47     | 1.17  | -4.363 | <.001                |
| ดัชนีมวลกาย หลังทดลอง          | 24.44     | 1.18  |        |                      |
| ค่าเฉลี่ยความดัน SBP ก่อนทดลอง | 157.93    | 2.88  | -4.176 | <.001                |
| ค่าเฉลี่ยความดัน SBP หลังทดลอง | 135.07    | 18.17 |        |                      |
| ค่าเฉลี่ยความดัน DBP ก่อนทดลอง | 97.13     | 1.63  | -4.794 | <.001                |
| ค่าเฉลี่ยความดัน DBP หลังทดลอง | 75.07     | 5.38  |        |                      |

\* p-value < .001

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังทดลอง

พบว่า ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความความดันโลหิต หลังการทดลองลดลงต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังทดลองทดลอง (n=60) ด้วยสถิติ Mann-Whitney u Test

| ตัวแปร                                     | Mean   | S.D.  | Mean Rank | Mann-Whitney U | Asymp.Sig (2-tailed) |
|--------------------------------------------|--------|-------|-----------|----------------|----------------------|
| ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลอง หลังทดลอง           | 24.44  | 1.18  | 30.50     | 450.00         | 1.00                 |
| ดัชนีมวลกาย กลุ่มควบคุม หลังทดลอง          | 24.44  | 1.20  |           |                |                      |
| กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยความดัน SBP หลังทดลอง  | 135.07 | 18.17 | 15.50     | .000           | <.001                |
| กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความดัน SBP หลังทดลอง | 161.40 | 2.69  | 45.50     |                |                      |
| กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยความดัน DBP หลังทดลอง  | 75.07  | 5.38  | 15.50     | .000           | <.001                |
| กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความดัน DBP หลังทดลอง | 98.30  | 1.47  | 45.50     |                |                      |

\* p-value < .001

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบ ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดัน SBP และค่าเฉลี่ยความดัน DBP ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

#### การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงการฝึกให้คิดทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตที่ผ่านมา ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง การตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมีผลอย่างไรต่อระดับความดันโลหิต ได้ฝึกคิดวิเคราะห์หากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จะมีภาวะแทรกซ้อนการเกิดโรคต่อตนเอง ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้ ที่สำคัญการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการโทรศัพท์เพื่อเสริมพลังตระหนักในคุณค่าการปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดอาหารมัน เน้นผักผลไม้ไม่หวาน การรับประทานยาสม่ำเสมอ และการออกกำลังกาย 5 วัน ต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสุพรรณบุรีที่พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Jaemtim et al., 2016)

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมสุขภาพ หลังทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาการอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม (Chantrakoolchai, 2014)

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนทดลองและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH Diet (Thai Hypertension Society, 2019) โดยการลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันอิ่มตัว และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม โพแทสเซียม แร่ธาตุต่างๆ รวมถึงปริมาณสารใยอาหารที่มีผลการศึกษาถึงการลดความดันโลหิตสูงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีดัชนีมวลกายและความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักงานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการรับประทานอาหารตามแนวทางของแดช (DASH) ต่อน้ำหนักและองค์ประกอบทางกายของวัยผู้ใหญ่ ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแนวทางของแดชมีอิทธิพลต่อการลดลงของดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Soltani, Shirani, Chitsazi, & Salehi-Abargouei, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาผลการรับประทานอาหารตามแนวทางแดชต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะเมตา-

บอลิกซินโดรม ที่พบว่า การรับประทานอาหารตามแนวทางของแดชช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้ง systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ทั้งในผู้ที่มีและไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hikmat & Appel, 2014)

4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง เคร่งครัด แก้วแขนวันละ 30 นาที 5 วัน ต่อสัปดาห์มีผลระดับความดันโลหิตที่ลดลง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายถูกต้องและต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือนจากการเยี่ยมบ้านในส่งผลให้ระดับความดันโลหิตที่ลดลงเป็นปกติ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทุกคนในการเสริมสร้างพลังอำนาจการตระหนักรู้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ

2. บุคลากรทางสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างต่อเนื่องเพื่อสังเกตประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างพลังอำนาจ

แก่ผู้ป่วยได้มีการดูตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยเป็น 4-6 เดือน เนื่องจากผล ดัชนีมวลกาย ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

### เอกสารอ้างอิง

- Chantrakoolchai, N. (2014). *The outcomes of empowerment program in uncontrolled hypertension patients* (Master's thesis), Christian University of Thailand.
- Cohen, J. (1992). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Hikmat, F., & Appel, L. J. (2014). Effects of the DASH diet on blood pressure in patients with and without metabolic syndrome: Results from the DASH trial. *Journal of Human Hypertension*, 28(3), 170-175. doi.org/10.1038/jhh.2013.52
- Jaemtim, N., Yuenyong, S., & Srisodsakul, P. (2016). Effect of the empowerment program on the prevention of hypertension disease in the population at risk of hypertension disease of Tombon Chokchram, Umphor Bangplam Suphanburi Province. *The Journal of Boromarajonani college of Nursing Nakhonratchasima*, 22(1), 65-76.
- Kijpreeda, B. (2010). *Thai general books at general books (MainLibrary): Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University* (4<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Mahidol University.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Oumtanee, A. (2011). *Qualitative research in nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). Bangkok: Chulalongkorn University press.
- Pangjunan, T., & Phanhuwech, N. (2013). *World Hypertension League*. Retrieved from <http://www.worldhypertensionleague.org/Documents/WHF/2013/WHF%202013%20brochure.pdf>
- Sanguachang, W., Sangtum, W., & Wongjalearn, W. (2017). The effects of empowerment on perception of empowerment and stroke prevention behaviors in elderly with chronic illness. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(3), 159-172.

- Silva, R. A., Martins, A. K. L., Castro, N. B., Viana, A. V., Butcher, H. K., & Silva, V. M. (2017). Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. *Nursing Journal*, 35(3), 306-319. doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a07
- Soltani, S., Shirani, F., Chitsazi, M., & Salehi-Abargouei, A. (2016). The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Nursing Journal*, 17(5), 442-454. doi:10.1111/obr.12391 PMID: 26990451
- Thai Hypertension Society. (2015). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2015*. Retrieved from <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>.
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2019*. Retrieved from [http://www.thaiheart.org/images/column\\_1563846428/Thai%20HT%20Guide-line%202019.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guide-line%202019.pdf)
- World Health Organization [WHO]. (2013). *A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis*. Retrieved from [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/)