

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง
และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

The Effects of a Social Support Program on Adherence to Hypertension Control Behaviors
and Clinical Outcomes Among Chronic Kidney Disease Patients Receiving Hemodialysis

อัจฉุรา	ขันธสนธิ*	Autchara	Khantason*
บวรลักษณ์	ทองทวี**	Borwarnluck	Thongthawee**
ศศิพิมพ์	ไพโรจน์กิจตระกูล***	Sasipim	Pairojkittraku***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ ศูนย์ไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วยและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และ 4) แบบประเมินความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ paired t-test และ Wilcoxon matched pairs signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ภาวะความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตและไตเทียม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
e-mail: autchara.khan@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** พยาบาลชำนาญการ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตและไตเทียม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effects of a social support program on adherence to hypertension control behaviors and clinical outcomes in chronic kidney disease patients receiving hemodialysis. The sample for this study were 28 end-stage renal disease (ESRD) patients receiving hemodialysis at The 60th Anniversary HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Dialysis Center in Thammasat University Hospital from April to July 2021. The instruments for collecting data included 1) a personal data questionnaire, 2) an illness and hemodialysis data questionnaire, 3) a hypertension control behavioral assessment, and 4) a hypertension control knowledge assessment. The instruments were tested for validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon matched pairs signed rank test.

The findings showed that the mean score of knowledge in controlling hypertension was significantly greater than prior to attending the program ($p < .05$). The mean score of the adherence to hypertension control behaviors was significantly higher than the mean score before attending the program ($p < .05$), and the mean systolic blood pressure and diastolic blood pressure were significantly decreased after attending the program ($p < .05$).

This study showed that the social support program implemented by families and medical personnel improved patients' adherence to hypertension controlling behaviors which resulted in reduction of systolic and diastolic blood pressure.

Keywords: Social support program, Hypertension, Clinical outcomes, Chronic kidney disease patients, Hemodialysis

*Corresponding Author, Registered Nurse, Nephrology and Dialysis Unit, Thammasat University Hospital;
e-mail: autchara.khan@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Registered Nurse, Nephrology and Dialysis Unit, Thammasat University Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำงานที่อย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่า 3 เดือน (The Nephrology Society of Thailand, 2015) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสำหรับข้อมูลในประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 1,198.8 คนต่อประชากรล้านคน และ ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,306.6 คนต่อประชากรล้านคน (The Nephrology Society of Thailand, 2015) จึงจัดได้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะประสบกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ ภาวะความดันโลหิตที่สูงขณะฟอกเลือดและมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Kotchasanee, 2018)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่การฟอกเลือดถึงร้อยละ 30.71 ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (The Nephrology Society of Thailand, 2015) และสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 78.2 ยิ่งไปกว่านั้นในขณะเดียวกันในขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีความดันโลหิตสูงอยู่ โดยพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2561 ถึง 2562 พบผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขณะฟอกเลือด คิดเป็นร้อยละ 85.59 และ 93.59 ตามลำดับ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายมาก ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดขณะฟอกเลือดได้ (The Nephrology Society of Thailand, 2015)

สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดแล้ว การควบคุมความดันโลหิตมีความสำคัญมาก โดยผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร สกุลกู, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท, และ วราทิพย์ แก่นการ (Sakulkoo, Wisitchainont, & Kankran, 2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์, ภัทราวดี มากมี, นิชาภา สุขสงวน, และ นวพร สัตพันธ์ (Tantiekkarat, Makmee, Suksanguam, & Sattaphan, 2020) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนของระบบที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีการใช้ยาอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี

จากความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตัวเอง สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของแฮส (House, 1981) ซึ่งอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความเคารพส่วนบุคคล การรับฟัง การแสดงความห่วงใย และเห็นอกเห็นใจ 2) ด้านการประเมินค่า (Appraisal support) คือ การให้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง สมรรถภาพของตนเอง การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ผลการประเมินของบุคคลนั้น 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้ข้อมูลที่จะช่วยจัดการปัญหาทั้งภายในและภายนอกของบุคคลได้ และ 4) ด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความต้องการ การสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรสุขภาพที่ดูแลในขณะฟอกเลือด ทั้งด้านอารมณ์ โดยการเปิดใจรับฟังปัญหา แสดงความห่วงใย มีการประเมินค่าให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นที่รักของครอบครัว และมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญในการดูแลตัวเองขณะฟอกเลือด การให้คำแนะนำเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค เช่น การรับประทาน การควบคุมน้ำ ทั้งในลักษณะสื่อเอกสาร แผ่นพับ หรือพัฒนาสื่อออนไลน์ รวมทั้งการให้

ความช่วยเหลือในด้านสังคม เศรษฐกิจ ในสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการควบคุมโรคในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Kim & Kim, 2019) ที่พบว่า มีผลต่อความร่วมมือในการจำกัดอาหาร และน้ำ ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไต (Kara, Kayser, & Kilic, 2007) และผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการจำกัดอาหารและน้ำ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ในการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสน, และ เขียวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน (Nawsuwan, Singhasem, & Yimyeon, 2016) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสามารถใช้ทำนายวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงมีความสำคัญผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด และยังต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรสุขภาพในการปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งกล่าวว่าการที่บุคคลมีความสัมพันธ์กันเกิดการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้บอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง สมรรถภาพของตนเอง การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ผลการประเมินของบุคคล โดยผู้วิจัยอภิปรายถึงภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยและสาเหตุ ผลกระทบ รวมทั้งประสบการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในภาวะความดันโลหิตสูง ปัญหาความดันโลหิตสูง แนวทางการปฏิบัติตน การจัดการปัญหาและอุปสรรค และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ผู้วิจัยจัดทำและสนับสนุนเอกสาร สมุดบันทึกคู่มือความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนควบคุมความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุนและวิธีการติดต่อสอบถามเมื่อพบปัญหา ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ และยังคงส่งผลต่อ

ผลลัพธ์ทางคลินิก ทำให้ความดันโลหิตก่อนฟอกเลือด
ลดลง

การสนับสนุนทางสังคม

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support)

การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้บอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support)

การเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง สมรรถภาพของตนเอง การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ผลการประเมินของบุคคล โดยผู้วิจัยอภิปรายถึงภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยและสาเหตุ ผลกระทบ รวมทั้งประสบการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support)

ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในภาวะความดันโลหิตสูง ปัญหาความดันโลหิตสูง แนวทางการปฏิบัติตน การจัดการปัญหาและอุปสรรค

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support)

พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต

- การควบคุมการรับประทานอาหาร
- การรับประทานยาลดความดันโลหิต
- การวัดความดันโลหิตที่บ้าน

ผลลัพธ์ทางคลินิก

- ความดันโลหิตก่อนฟอกเลือด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองแบบ One Group Pretest - Posttest Design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ศูนย์ไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยก่อนหน้าของ ปุณิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปรัชพร กลีบประทุม, และ วาสิณี อางภักดี (Sumthong, Suthiphongkiart, Kleebratoom, & Oadpakdee, 2019) โดยกำหนด อำนาจในการทดสอบที่ .80 และขนาดอิทธิพลที่ .50 กลุ่มตัวอย่างขนาดกลาง α ที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม พิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Srisatidnarukul, 2010) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นจำนวน 30 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) ผู้ป่วยชาย หรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 3) ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์สม่ำเสมอ 4) ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจระดับที่ 4 5) มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการฟอกเลือดก่อนเข้าโปรแกรม 6) สามารถติดต่อสื่อสาร และเขียนภาษาไทยได้ 7) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) ประเมินโดยอายุรแพทย์โรคไต ดังนี้ 1) มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีอาการหอบเหนื่อย ติดเชื้อ 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของโรค ได้แก่ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง มีภาวะช็อคจากการอุดตันนอกหัวใจ (Obstructive shock) มีภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) มีภาวะช็อคจากปริมาณเลือดลดลง (Distributive shock) มีภาวะช็อคจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ (Hypovolemic shock) มะเร็งระยะลุกลาม (Advance cancer)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบให้เลือกตอบ หรือเติมคำตอบ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลในครอบครัวที่มีส่วนสนับสนุนในพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสม่ำเสมอในการมาพบแพทย์

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วยและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกจากประวัติการรักษา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวนครั้งของการฟอกเลือดต่อสัปดาห์ Vascular Access ระยะเวลาของการฟอกเลือด

แต่ละครั้ง ค่าความเพียงพอของการฟอกเลือด (Kt/V) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับปัจจุบัน ค่าดัชนีมวลกาย

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยกำหนดเนื้อหาแต่ละขั้นตอนของกิจกรรมให้ครอบคลุมในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยแผนการสอน สมุดคู่มือ และสื่อการสอน วิดีโอ Animation “ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยฟอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม”

โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยอายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบำบัดทดแทนไต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 8-32 คะแนน

2) พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมการรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 5 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน

3) พฤติกรรมความร่วมมือในการวัดความดันโลหิตที่บ้านจำนวน 4 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 4-16 คะแนน

4) พฤติกรรมความร่วมมือในการมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 3 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน

เครื่องมือผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบำบัดทดแทนไต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79

3.2 แบบประเมินความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองจำนวน 15 ข้อ โดยเป็นคำถามถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 0-15 คะแนน มีการแปลความหมายระดับคะแนนเป็น 3 อันตรภาคชั้น ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ลงมา คือ ค่าคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตต่ำ กลุ่มที่ 2 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.1-79.9 คือ ค่าคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตปานกลาง กลุ่มที่ 3 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบำบัดทดแทนไต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นคำนวณโดยใช้ (Kuder Richardson 20) เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้ว เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2564 รหัสโครงการวิจัย 004/2564 ผู้วิจัยชี้แจง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในขณะที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผสมผสานการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน โดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที กำหนดจะทำกิจกรรมทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินความรู้และพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต และผลลัพธ์ทางคลินิก 3) ส่งเสริมความรู้ด้วย “ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยฟอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม” 4) เทคนิคง่ายๆ ท่างไกลความดันโลหิตสูง 5) สะท้อนความคิดพิชิตภัยเงียบ 6) ปัญหาและอุปสรรค 7) เป้าหมายที่ดีเพื่อชีวิตที่มีความหมาย 8) ออลา สิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมทั้ง 8 ครั้งประกอบด้วยการสนับสนุนดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ของโปรแกรม ใช้เวลา 20 นาที) รับสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายขั้นตอนการทําวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และประเมินความรู้ พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต และผลลัพธ์ทางคลินิก (Pre-test)

2. ระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 2-7 (ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 ของโปรแกรม ใช้เวลา 30 – 45 นาที) ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันสำรวจตนเองหาสาเหตุ และอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยให้ความรู้เรื่อง “ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยฟอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม” การรับประทานยาลดความดันโลหิต และการวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งให้คู่มือการควบคุมความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกที่บ้าน

2.1 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 (ใช้เวลา 30-45 นาที) ขั้นตอนการประเมิน (Appraisal) ครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่าง นำคู่มือการควบคุมความดันโลหิตสูงกลับมาพบผู้วิจัย พูดคุยแลกเปลี่ยนและประเมิน

พฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตลอดจนทบทวนความรู้ และทักษะเพิ่มเติม สอบถาม อุปสรรค ทบทวนความรู้ และประเมินแนวโน้มของ พฤติกรรม

2.2 ครั้งที่ 7 และครั้งที่ 8 (ใช้เวลา 30-45 นาที) ขั้นตอนการประเมิน (Appraisal) ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาข้อมูลจากสมุดบันทึก เพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตลอดจนทบทวน ความรู้ และทักษะเพิ่มเติม และให้กลุ่มตัวอย่างและ ครอบครัวประเมินพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิก

3. ระยะสิ้นสุดการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 9 ใช้เวลา 20 นาที) ขั้นตอนการประเมิน (Appraisal) ให้ กลุ่มตัวอย่าง นำสมุดบันทึกกลับมาพบผู้วิจัยเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยน และประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม ประเมิน ความรู้พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต และผลลัพธ์ทางคลินิก (Post-test) ผู้วิจัยแจ้ง สิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล และยุติการเข้าร่วมโปรแกรม และเก็บรวบรวม ข้อมูล (Sumthong et al., 2019)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือ ในการควบคุมความดันโลหิต ความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง และความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างโดย ใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมความร่วมมือในการ ควบคุมความดันโลหิต และความรู้ในการควบคุม ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของ กลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และใช้ สถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test วิเคราะห์ความแตกต่างกรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบ ไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 57.1 อายุเฉลี่ย 60.36 ปี โดยส่วนใหญ่ จะมีอายุอยู่ในช่วง 51-70 ปี ร้อยละ 57.1 มีสถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 67.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวที่มีส่วน สนับสนุนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต คือ บุตร-ธิดา ร้อยละ 53.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1-3 ปี ร้อยละ 60.7 ระยะเวลา เฉลี่ย 4.04 ปี สาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 71.4 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 21.4 โดยมีประวัติโรคร่วมอื่น ๆ 1 โรค ร้อยละ 71.4 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.3 โดยมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งของการฟอกเลือด (Weight gain) มากที่สุดคือ 2-3 kgs และพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีใช้ยาลดความดันโลหิต 3 อันดับแรก ได้แก่ Central agonist, Angiotensin receptor blockers (ARBs) และ Alpha 1 – receptor blocker คิดเป็น ร้อยละ 42.9, 32.1 และ 32.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน ของพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต สูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความ ร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้าน (Median=56.78, IQR=5) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Median=55, IQR=12) โดยคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติ กรรมรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การรับประทานยา (Median=11, IQR=2) สูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม (Median=11, IQR=2) ค่าเฉลี่ยของ คะแนนพฤติกรรมฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Median=12, IQR=.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Median=11, IQR=2) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติ กรรมรับประทานอาหาร (M=22.57, SD=2.60) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=20.75, SD=3.86) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความ

ร่วมมือการวัดความดันโลหิตที่บ้านไม่แตกต่างกัน
รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (n= 28)

ตัวแปร	Median	IQR	z	p-Value
พฤติกรรมโดยรวมทุกด้าน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	55	12	-2.528	.011*
หลังได้รับโปรแกรม	56.78	5		
พฤติกรรมการรับประทานยา				
ก่อนได้รับโปรแกรม	11	2	-2.241	.025*
หลังได้รับโปรแกรม	11	2		
พฤติกรรมการวัดความดันโลหิตที่บ้าน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	13	2.45	-1.793	.073
หลังได้รับโปรแกรม	12	2.75		
พฤติกรรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม				
ก่อนได้รับโปรแกรม	11	2	-3.446	.001*
หลังได้รับโปรแกรม	12	.00		
ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	p-Value
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร				
ก่อนได้รับโปรแกรม	20.75	3.86	-2.930	.007*
หลังได้รับโปรแกรม	22.57	2.60		

* p-Value < .05

ความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าคะแนนของความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้าน (M= 13.89, SD=.956)

สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=12.11, SD=1.23) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ (M=8.11, SD=.916) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=6.96, SD=1.10) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการวัดความดันและการรับประทานยา (Median=6, IQR=.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Median=5, IQR=1) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (n= 28)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-Value
คะแนนความรู้โดยรวมทุกด้าน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	12.11	1.23	-8.103	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	13.89	.956		
คะแนนความรู้การรับประทานอาหารและน้ำ				
ก่อนได้รับโปรแกรม	6.96	1.10	-5.605	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	8.11	.916		
ตัวแปร	Median	IQR	z	p-Value
คะแนนความรู้การวัดความดันและการรับประทานยา				
ก่อนได้รับโปรแกรม	5.00	1	-3.499	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	6.00	.00		

* p-Value < .05

ความดันโลหิต
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน (Median= 148.9, IQR=22.75) และความดันโลหิตตัวล่าง (M=69.51, SD=9.65) ลดลงกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Median=161.7, IQR= 19.55) (M= 73.06, SD=8.33) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (n= 28)

ตัวแปร	Median	IQR	z	p-Value
ความดันโลหิตตัวบน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	161.7	19.55	-4.179	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	148.9	22.75		
ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-Value
ความดันโลหิตตัวล่าง				
ก่อนได้รับโปรแกรม	73.06	8.33	2.098	.045*
หลังได้รับโปรแกรม	69.51	9.65		

* p-Value < .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าคะแนนของพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือการวัดความดันโลหิต

ที่บ้านไม่แตกต่างกัน และการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคะแนนของความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ว่าผลการศึกษานี้เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ที่ว่าปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบในการจัดโปรแกรมโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมทั้งครอบครัวและผู้ดูแล ร่วมกับพยาบาลไตเทียมทำให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นเมื่อเกิดความไว้วางใจเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการสร้างเป้าหมายการปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยการร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา สร้างเป้าหมาย และสรุปแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การมาพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อสร้างเป้าหมายร่วมกันจึงนำไปสู่การให้ความรู้ ด้วยวิธีการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการส่งเสริมสื่อการสอนผ่านวิดีโอ Animation “ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยพอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม” ให้ผู้ป่วยดูขณะพอกเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจ รู้สึกสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้สมุดคู่มือควบคุมพฤติกรรมเพื่อสะท้อนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เวลาในการพอกเลือดทำให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย และบุคลากรทางการแพทย์ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กำลังใจ และช่วยเหลือ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตไปในด้านบวก และความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โมแรน, คริสเตียนสัน, และ ลอว์ตัน (Moran, Christensen, & Lawton, 1997) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการรักษาด้วยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นสิ่งสำคัญอย่างสูง

ในผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวที่ดีและความสม่ำเสมอในการจำกัดอาหาร และงานวิจัยของ คณิตตา อินทุบุตร (Inta-boot, 2020) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง และค่าระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในส่วนของการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ได้กล่าวมาสอดคล้องกับงานวิจัยของ สำรวัย กลยณี และ ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม (Konyanee & Tassana-iem, 2019) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนมีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งผลการศึกษาเปรียบเทียบที่ได้กล่าวมาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุณิกา สุ่มทอง และคณะ (Sumthong et al., 2019) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังจากได้รับโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงหเสม, และ สายพิน เม่งเอียด (Tiparat, Suwanweala, Singhasem, & Mengaied, 2018) ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง 3 เดือน

ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก กลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อธิบายได้จากการเฝ้าติดตามการวัดความดันโลหิตที่บ้าน การบันทึกในสมุดคู่มือควบคุมความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาลดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ดีขึ้นทุกด้าน อย่างไรก็ตามพบว่ามีพฤติกรรมการวัดความดันโลหิตไม่เปลี่ยน หรือเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยอื่นแทรก อุปสรรคการวัดความดันที่แตกต่างกัน และไม่สามารถนำมาเทียบเคียงตรวจวัดกับของโรงพยาบาลได้ทุกราย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตตัวบน และตัวล่างลดลง โดยโปรแกรมเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้น คือ ทำให้ความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย

ไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยสิ่งสำคัญที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพคือ ครอบครัว รวมถึงมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ส่งเสริม และให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นรายกรณี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะสั้น และมีการจำกัดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีการระบาดของ COVID-19 การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว เป็นระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพื่อวัดประสิทธิภาพของการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เป็นต้น

4. ควรศึกษาโดยใช้กิจกรรมตามโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมโรคได้ และลดโอกาสการเกิดโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

References

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Glenview, IL: Addison-Wesley.
- Intaboot, K. (2020). The effect of a self-management and social support program on new hypertension cases with uncontrolled blood pressure. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal*, 26(1), 73-83. (in Thai)
- Kara, B., Kayser, K., & Kilic, S. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patient receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 243-248.

- Kim, B., & Kim, J. (2019). Influence of uncertainty, depression, and social support on self-care compliance in hemodialysis patients. *Journal Therapeutics and Clinical Risk Management*, 15, 1243-1251.
- Konyanee, S., & Tassana-iem, S. (2019). The effect of the application of food, exercise, emotion, non-smoking, alcohol cessation and social support to reduce the risk of diabetes and hypertension among new risk groups. *Ratchaphruek Journal*, 17(2), 95-104. (in Thai)
- Kotchasenuee, P. (2017). *Essentials in hemodialysis* (4th ed.). Bangkok: Text and Journal. (in Thai)
- Moran, P. J., Christensen, A. J., & Lawton, W. J. (1997). Social support and conscientiousness in hemodialysis adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 333-338.
- Nawsuwan, K., Singhasem, P., & Yimyearn, Y. (2016). Relationship and the predictive power of social support on the practice of hypertensive patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(1), 1-13. (in Thai)
- Sakulkoo, S., Wisitchainont, W., & Kankran, W. (2020). Factors influencing quality of life in end-stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing and Health Care*, 48(3), 117-126. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research* Bangkok: U & I inter media. (in Thai)
- Sumthong, P., Suthiphongkiart, B., Kleebratoom, P., & Oadpakdee, W. (2019). The effect of home blood pressure monitoring program applying transtheoretical model and social support power in hypertensive patients, Angthong Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 2(1), 1-14. (in Thai)
- Tantiekkarat, S., Makmee, P., Suksanguam, N., & Sattaphan, N. (2020). Factors associated with self-care behaviors of the elder with hypertension in buriram province by using the precede framework theory. *VRU Research and Development Journal Science and Technology Group 2*, 15(1), 59-74. (in Thai)
- The Nephrology Society of Thailand. (2015). *Clinical practice recommendation for the Evaluation and management of chronic kidney disease in adults*. Retrieved from <http://www.nephrothai.org> (in Thai)
- Tiparat, W., Suwanweala, S., Singhasem, P., & Mengaied, S. (2018). The effects of a self-management supporting program on management of blood pressure among patients at-risk for stroke in muang district, trang province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 70-85. (in Thai)