ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิต*

อติเทพ ผาติอภินันท์**
ทิพา ต่อสกุลแก้ว***
วีนัส ลีพหกุล****

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิต ตามทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเองของ Briesch & Chafouleas และ Kanfer กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรม การจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองรายบุคคลโดยใช้สื่อการสอนและมอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและติดตามระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-Square test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน เพื่อให้ความดันโลหิตผู้ป่วยลดลงและมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองดีขึ้นในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, ระดับความดันโลหิต

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self -management behaviors and blood pressure*

Atithep Patiapinun**
Tipa Toskulkao***
Venus Leelahakul****

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-management program for hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. The program was developed on a basis of self-management theory of Briesch & Chafouleas and Kanfer. Fifty participants were conveniently selected from hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 attending the Hypertension clinic at Damnoensaduak hospital, Ratchaburi province. They were divided into "the control" and "the experimental" group with 25 patients in each group. The participants in the control group received routine nursing care while those in the experimental group received the self-management program with routine nursing care. This program consisted of health education and self-management skill training individual by using audio visual, providing a manual on self-management of hypertensive patients with chronic kidney stage disease 3 and recording their own self-management behavior when they were home. Data were collected by personal data record and health information, self-management behavior questionnaires and monitoring blood pressure levels.. The data were analyzed by descriptive statistics, Chi-Square test, Paired t-test and Independent t-test.

The results showed that after completion of the program, the experimental group had mean score of self-management behavior significantly higher than before receiving the program and higher than the control group ($p<.05$). The mean of blood pressure in the experimental group was significantly lower than before receiving the program and in the control group ($p<.05$).

Based on the results, it is suggested that nurses should apply the self-management program for hypertensive patients with complications of chronic kidney disease continuously to decreases blood pressure and to improve and sustain their self-management in eating food, taking medication, having exercise, and managing stress.

Keywords : the self-management program, hypertensive patient, chronic kidney disease stage 3, blood pressure levels

---

* Master thesis in Adult Nursing, Christian university
** Register nurse, Klang Hospital, Bangkok
*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University
**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก[1] รวมทั้งประเทศไทย จากการประมาณความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป มีประมาณร้อยละ 2.9 - 13 จากประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน หรืออยู่ในช่วงประมาณตั้งแต่ 2 ล้านคน ถึง 9 ล้านคน ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 23.3 เกิดจากความดันโลหิตสูง[2] ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ทำให้เกิดการคั่งของของเสียและเกิดภาวะน้ำเกินตามมา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาคือการบำบัดทดแทนไต ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไตเทียม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาจะสูง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตใช้งบประมาณถึงกว่า 3,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2554 และในสิ้นปี พ.ศ. 2560 อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า 17,000 ล้านบาท หากไม่มีการดำเนินการใดๆ[3,4]

จากการศึกษาข้อมูลถึงสาเหตุและพฤติกรรมการดูตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามที่แพทย์แนะนำ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จำคำแนะนำที่ได้รับไม่ได้ เครียดและวิตกกังวลกับข้อจำกัดต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเพื่อการดำรงชีวิตมากกว่าการรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมโรค เนื่องจากคำแนะนำของแพทย์ไม่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายได้รับประสบการณ์ที่ขัดแย้งกับคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ คือรับประทานแล้วไม่เกิดอาการผิดปกติใดๆ จึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตลอดจนมีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดของยาเอง และปัญหาสำคัญอีกประการคืออาการที่แสดงถึงสุขภาพที่เบี่ยงเบนบางอย่าง เช่น อาการปวดเมื่อยตามร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งซื้อยาชุดจากร้านขายยามารับประทานเอง รับประทานยาต้มยาหม้อตามความเชื่อของตนเองและคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน โดยการกระทำเหล่านี้มีผลมาจากพฤติกรรมที่ขาดทักษะในการดูแลและการจัดการตนเอง ทั้งนี้โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2559 โดยพบร้อยละ 24.36, 27.66 และ 30.74 ตามลำดับ[5] แม้ว่าทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ในปฏิบัติตัวและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ยังพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันคือการสอนให้ดูแลตัวเองโดยใช้หลักการจัดการตนเอง (Self-management) เพราะการจัดการตนเองนั้นทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง มีทักษะกระบวนการคิด การตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองนั้นมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนในการจัดการตนเองติดตามประเมินความก้าวหน้าของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[6,7] แต่การใช้แนวคิดในการจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วยยังมีน้อย นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการพยาบาลแบบปกติจากบุคลากรสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่การ

ให้ข้อมูลจะเน้นที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นศูนย์กลาง ขาดความสอดคล้องกับบริบทหรือวิถีชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย[6,7]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการการจัดการตนเองของ Briesch และ Chafouleas[8] ซึ่งเป็นกิจกรรมการจัดการตนเองที่เกิดจากการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการจัดการตนเองที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีตั้งแต่ปี ค.ศ.1888 – 2008 มาบูรณาการร่วมกับการจัดการตนเองของ Kanfer[9] มาสร้างเป็นโปรแกรมการการจัดการตนเอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหาจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่จำเป็นในการจัดการตนเองตามบริบทและวิถีชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีการจัดการตนเองที่ดีนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในการจัดทำโปรแกรมครั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่าจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตและชะลอความเสื่อมของไตได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของ Briesch & Chafouleas[8] และ Kanfer[9] เป็นแนวคิดการจัดการตนเองที่มีรูปแบบในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง เรียนรู้ทักษะ แก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้น ผลักดันและเสริมแรงเพื่อให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการจัดการตนเองของ Briesch & Chafouleas[8] ที่ประกอบทักษะหรือกระบวนการ 4 ขั้นตอนได้แก่ การตั้งเป้าหมายของบุคคล (personal goal setting) การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเองและการจดบันทึก (self-evaluation and self-recording) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มาบูรณาการร่วมกับการจัดการตนเองของ Kanfer[9] ที่ประกอบด้วยโดเมน 4 โดเมนได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจและอารมณ์ การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และการคำนึงถึงปัจเจกของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เรียนรู้ทักษะการดำเนินชีวิต มีการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดตามบริบทและวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน - หลังทดลอง (two group pre and post test research design)

ประชากร คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ที่มารับการบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน[13] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.85 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการวิจัยของเบญจมาศ ถาดแสง[14] ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.82 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 ราย เนื่องจากการวิจัยแบบกึ่งทดลองอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างทำการทดลอง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-THAI 2002)[10] โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Briesch & Chafouleas[8] และ Kanfer9 ประกอบไปด้วย

2.1 สื่อการสอนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นการจาการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง จัดทำเป็นแผนการสอนและแผ่นภาพพลิก มีเนื้อหาการสอนประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สาเหตุ อาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค แนวทางการชะลอไตเสื่อม และทักษะในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้แก่ การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาการออกกำลังกาย และการจัดการตนเองด้านความเครียด

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้วิจัยพัฒนาจาการการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.3 สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นลักษณะเติมข้อความ ให้ผู้ป่วยบันทึกเป้าหมายพฤติกรรมการจัดการตนเอง กิจกรรมที่ต้องการปฏิบัติ และเติมเครื่องหมายในช่องว่างแสดงการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ได้หรือไม่ รวมทั้งความสำเร็จของพฤติกรรมที่ปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ และบันทึกปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขในพฤติกรรมที่ปฏิบัติสำเร็จบางส่วนหรือพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่สำเร็จ

ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอน แผ่นภาพพลิก คู่มือการจัดการตนเอง และสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ กรณีตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน กรณีตอบ ไม่ใช่ และไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 0-19 คะแนน ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.9

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ

4.2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[11] และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[12] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติเป็นประจำ” ถึง “ไม่ปฏิบัติเลย” ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83 เมื่อปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach’ s alpha coefcient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

4.3 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Calibrate) ทุก 6 เดือนตามคุณภาพพื้นฐานจากศูนย์เทคนิคการแพทย์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน (หมายเลข เลขที่ น.15/2559) ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจก่อนเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนให้แล้วเสร็จ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และวัดระดับความดันโลหิต กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และแจ้งกลุ่มควบคุมให้ทราบว่าจะมีการติดตามโดยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและวัดระดับความดันโลหิต อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประเมินความพร้อม ก่อนเริ่มทำการวิจัย ในกรณีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MMSE-Thai 2002 ซึ่งผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Pretest) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (Pretest)

2. สะท้อนปัญหาประเมินและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยจากแบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยทำข้างต้นในแต่ละราย เพื่อประเมินปัญหา วางแผนการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการจัดการตนเอง

3. ให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว พฤติกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด พร้อมกับสาธิตและการฝึกปฏิบัติ และมอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนเมื่ออยู่บ้าน

4. ประเมินความรู้หลังได้รับการสอนซึ่งใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (Post- test) เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ

5. ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (personal goal setting) โดยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้วิจัยในกิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางตามบริบทและวิถีชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย

6. มอบสมุดบันทึกการจัดการตนเองพร้อมฝึกการลงสมุดบันทึก โดยใช้เป้าหมายที่ตั้งไว้ในการวางแผนปฏิบัติ สาธิตการลงสมุดบันทึกเพื่อให้ทราบแนวทางปฏิบัติ โดยใช้ผลการบันทึกในการตรวจสอบผลของการปฏิบัติ โดยเน้นขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

6.1 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นกระบวนการที่ให้ผู้ป่วยสังเกตติดตามผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยจะต้องตั้งเป้าหมายชัดเจนในการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด โดยการสังเกตและการลงบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้านลงในสมุดบันทึกที่ได้รับ (Self-recording) และอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมวิธีการแก้ไข

6.2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการบันทึกติดตามตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Personal goal setting) ว่าสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้หรือไม่

6.3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเสริมแรงด้วยตนเองโดยการให้รางวัลตัวเอง และเสริมแรงจากผู้วิจัยโดยการกล่าวชมผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วยและเน้นให้ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ว่าเป็นสิ่งที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติและคงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ผู้วิจัยกับผู้ป่วยจะร่วมกันวิเคราะห์อุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้น ย้อนมองปัญหาที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยพร้อมตอบคำถาม และร่วมกันอภิปราย

สัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7

การติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเมินผลจากแบบบันทึก เปรียบเทียบพฤติกรรมกับเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้กำลังใจชมเชย ในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปรับได้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมกับการตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6

การเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ปัญหาและความต้องการ ตรวจดูการลงสมุดบันทึกถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้าน สอนเสริมความรู้ และทักษะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้จากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญตามบริบทของการดำเนินชีวิต

สัปดาห์ที่ 8

ประเมินผลและสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Post- test) วัดระดับความดันโลหิตครั้งที่ 2 สรุปผลการทดลองการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi square และสถิติ Independent t-test

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิค โดยทดสอบการแจกแจงแบบปกติของตัวแปรตาม ด้วยสถิติ Kolmagorov-smirnov และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิคก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 50 ราย มีลักษณะของประชากรคล้ายคลึงกันในด้านเพศ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และจำนวนที่ใกล้เคียงกันพบอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$= 71.82, S.D.= 5.69 และ $\bar{X}$ = 72.52, S.D.= 5.13 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างและไม่ประกอบอาชีพจำนวนเท่ากันร้อยละ 36 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 40 รองลงมาไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 36 เท่ากับกลุ่มควบคุม รายได้ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 2,000 – 4,000 บาท ร้อยละ 52 ส่วนกลุ่มทดลองมีรายได้ 2,000 - 4,000 และ 4,001 – 6,000 จำนวนเท่ากันร้อยละ 44 ใช้สิทธิรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด

ผลของการเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ข้อมูลทางด้านสุขภาพ

โดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในเส้นเลือดสูงเพียงโรคเดียว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 2 – 4 ปี รองลงมา 5-6 ปี ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 3.80, S.D.=1.32และ $\bar{X}$ = 3.72, S.D.=1.02 ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2 ปี ร้อยละ 64 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 ปี ร้อยละ 60 ระยะเวลาเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 1.60, S.D.=.49 และ $\bar{X}$ = 1.60, S.D.= .50 ตามลำดับ) การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มรับประทานยา 2 ชนิด กลุ่มตัวอย่างส่วนมากออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการแกว่งแขนเป็นจำนวนมากที่สุด

สำหรับความเครียดพบว่ากลุ่มควบคุมมีความเครียดร้อยละ 52 ส่วนกลุ่มทดลองมีความเครียดร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ยาอื่นนอกเหนือจากโรงพยาบาลโดยพบว่าใช้ยาแก้ปวด (ยาชุด) จำนวนมากที่สุดรองลงมาเป็นยาสมุนไพร และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ได้รับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผลของการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การรับประทานอาหาร						
ก่อนทดลอง	7.84	1.84	8.08	1.89	.45	.325
หลังทดลอง	9.08	2.43	26.48	2.27	26.12	.000*
การรับประทานยา						
ก่อนทดลอง	12.08	2.15	12.76	1.50	1.29	.101
หลังทดลอง	13.24	1.58	24.20	1.25	27.04	.000 *
การออกกำลังกาย						
ก่อนทดลอง	9.52	3.41	9.96	4.12	4.11	.341
หลังทดลอง	11.44	3.59	28.68	1.54	22.02	.000*
การจัดการความเครียด						
ก่อนทดลอง	12.00	.70	11.64	.90	-1.56	.062
หลังทดลอง	12.84	.98	20.36	1.25	23.56	.000*
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมทั้ง 4 ด้าน						
ก่อนทดลอง	41.44	5.21	42.44	5.34	.67	.253
หลังทดลอง	46.60	6.13	99.72	4.41	35.14	.000*

* p < .05)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิคลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิค						
ก่อนทดลอง	146.16	10.00	149.44	11.13	1.09	.139
หลังทดลอง	143.96	9.77	129.68	6.65	-6.01	.000*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิค						
ก่อนทดลอง	85.68	5.03	86.96	3.49	1.04	.150
หลังทดลอง	84.92	4.82	77.08	5.75	-5.22	.000*

* $p < .05$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 มีอายุเฉลี่ย 72.52 ปี ในกลุ่มทดลอง และมีอายุเฉลี่ย 71.82 ปี ในกลุ่มควบคุม เพศชายมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง แต่หลังจากผู้หญิงมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปและเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจะพบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[15] และอายุที่สูงขึ้นเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่ควบคุมไม่ได้ เป็นธรรมชาติที่อายุมากขึ้นระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นและความเสี่ยงของไตเสื่อมจะสูงขึ้น[16] พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มักมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานๆ จะมีการเสื่อมลงของไตตามมา[17,18]

สำหรับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ยาแก้ปวด (ยาชุด) มากที่สุดทั้งสองกลุ่ม เนื่องจากสุขภาพที่เบี่ยงเบนจากการประกอบอาชีพเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างเกษตรกรรม ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยซื้อยาชุดจากร้านขายยามารับประทานเอง ซึ่งมีผลต่ออัตราการกรองของไต[19] ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมมีความเครียดร้อยละ 52 ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัว เพิ่มแรงต้านภายในหลอดเลือด หัวใจบีบตัวมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น[15] ซึ่งปัญหาของความเครียดเกิดจากความเจ็บป่วยและเกิดจากปัญหาในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 35.14$, $p < .05$) นั่นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Briesch & Chafouleas[8] และ Kanfer[9] ที่ให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลดำรงชีวิต

ที่ปรับเปลี่ยนได้ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self-regulation) โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการสนับสนุนและเสริมแรง ให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมและสามารถเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมการจัดการตนเอง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นการพัฒนาความไว้วางใจและการเปิดใจ แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ทำให้พยาบาลรับรู้ทัศนคติปัญหาของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[20] นอกจากนี้ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย สามารถให้ความรู้ตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้านที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย[21] ซึ่งความรู้เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ใช้สำหรับในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ที่จะพัฒนาให้เกิดการจัดการตนเองที่ดี[22]

ผู้วิจัยได้สร้างแรงจูงใจโดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย (personal goal setting) ในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการจัดตนเองเกี่ยวกับโรคที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จตามที่ได้ตั้งไว้เป้าหมายไว้[23] และยังเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้นี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น[24]

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้สื่อการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ โดยจัดทำแผ่นภาพพลิกมีรูปภาพประกอบการสอนที่ชัดเจนซึ่งทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้นและเกิดความสนใจในการเรียนรู้ โดยมีคู่มือการจัดการตนเองที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัยเองซึ่งมีเนื้อหาที่อ่านเข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบที่ชัดเจนและสวยงามยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอ่านทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและพฤติกรรมการจัดการตนเองด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง มีการฝึกทักษะพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งจดบันทึกจำนวนครั้งที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมในด้านต่างๆ ผู้ป่วยจะทำเครื่องหมายเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ตามเป้าหมาย เป็นการกำกับและติดตามตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยการติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-monitoring) มีการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองลงในสมุดบันทึกในแต่ละวัน (self-recording) ซึ่งในแต่ละสัปดาห์จะฝึกให้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเอง (self-evaluation) เปรียบเทียบข้อมูลที่บันทึกกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง การให้กำลังใจ และชมเชยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สลับกับการติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ เป็นการสนับสนุนเสริมสร้างความรู้และทักษะ ทบทวนกิจกรรมที่ปฏิบัติในแต่ละวันในแต่ละสัปดาห์[25,26,27] ว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้หรือไม่ สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งร่วมคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการการตนเอง ความก้าวหน้าและความสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันหา

แนวทางแก้ไขกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละสัปดาห์ที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.01$, $p < .05$ และ $t = -5.22$, $p < .05$) ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อภายหลังที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นพบว่าผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค โดยการควบคุมปริมาณโซเดียม เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส ผงชูรส หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ลดการซื้ออาหารรับประทานนอกบ้าน รับประทานอาหารที่มีโปรตีนน้อยลง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ซื้อยารับประทานเอง หลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่มีผลต่อไต

หลังจากกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายตามความเหมาะสมของตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้นและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะเลือกวิธีการเดินร่วมกับการแกว่งแขน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์และอย่างน้อย 30 นาที[27,28] และผู้ป่วยได้ฝึกทักษะวิธีการผ่อนคลายความเครียด การฝึกสมาธิบำบัด SKT2 เป็นแนวทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต[29,30] การปฏิบัติสมาธิจะทำให้การทำงานของ Baroreceptor และระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติคทำงานลดลง หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตจึงลดลง[15] ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงศักยภาพและมีความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง[31,32]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้ความสามารถในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ควบคุมระดับความดันโลหิตชะลอการเกิดโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อเนื่องในระยะยาวมากกว่า 8 สัปดาห์เพื่อติดตามพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับซีรั่มครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

References

1. Chen SH, Tsai YF, Sun CY, Wul W, Lee CC, Wu MS, et al. The impact self management support on the progression of chronic kidney disease a prospective randomized controlled trial. Nphrol Dial Transpl. 2011; 26(11):3560-6.
2. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control. Campaign issues on hypertension day 2016. [document on the Internet]. Bangkok: The Institute; 2016[cited 2016 Sep 16]. Available from: http://thaincd.com/document/file/info/non communicable-disease. (in Thai).
3. Strategy and Planning, Bureau of Non Communicable Disease. Annual report 2015. Bangkok: The War Veterans publishers; 2016. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Public Health

Statistics 2015[homepage on the Internet]. Bangkok: The Institute; 2015[cited 2016 December 12]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf. (in Thai).

5. Damnoen Saduak Hospital. Report of health statistics and quality control. Ratchaburi: Damnoen Saduak Hospital; 2016. (in Thai).
6. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods.In: Kanfer F, Goldtein A. editors. Helping people change: A text book of methods. 4th ed. New York: Pergamonpress; 1991.
7. Costantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich M, Francis, D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. Nephrol Nurs J. 2008; 35(2):147-55.
8. Briesch AM, Chafoulea SM. Review and analysis of literature on self-management interventions to promote appropriate classroom behaviors (1988–2008).Sch Psychol Q. 2009; 24(2):106-18.
9. Kanfer FH. Self-management therapy: Orchestration of basic components for individual clients. Eur Psychother. 2000; 1:10-4.
10. Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services. Clinical practice guidelines: dementia. Nonthaburi: The Agricultural Co-Operative Federation of Thailand 2014:103-23. (in Thai).
11. Ounsrimuang K. The effects of self-management program on knowledge, self-management, and health indicators among patients with chronic kidney disease stage 3. [Master of Nursing Science]. MahaSarakham: MahaSarakham University; 2013. (in Thai)
12. Chaikul C. Effect of self-management and family participation enhancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertension. [Master of Nursing Science]. Songkla: Songkla University; 2013. (in Thai).
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Thatsaeng B, Lasuka D, Khampolsiri T. Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension.Nursing Journal. 2012; 39(4):124-37. (in Thai).
15. Kaplan NM. Kaplan's clinical hypertension. 8 th ed. Philadelphia Lippincott; 2006. 16. Pottel H, Vrydags N, Mahieu B, Vandewynckele E, Croes K, Martens F. Establishing age/sex related serum creatinine reference intervals from hospital laboratory data based on different statistical methods. Clin Chim Acta. 2008;396(1-2):49-55.
17. Areewiwatthana P. Nursing care for hypertensive patients. In: Thupiro P, editors. Medical nursing. Bangkok: Mahidol University; 2009.

p. 92-113. (in Thai).

18. Aroonsang P. Nursing care for Cardiovascular disease. 4th ed, khonkaen: Klingnana Vitthaya Press; 2010. (in Thai).
19. Varughese S, Sundaram M, Basu G, Tamilarasi V, John GT. Percutaneus continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) catheter insertion-a preferred option for developing countries. Trop Doct. 2010; 40(2):104-5.
20. Wongpanarak N . The therapeutic relationship: application in nursing process. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2) :84-91. (in Thai).
21. Julawonno N. Effects of an Individual education program on self-care behavior among patients with tuberculosis. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016; 3(1): 17-30. (in Thai)
22. Welch JL. CNE knowledge and awareness among patients with chronic kidney disease stage 3. Nephrol Nurs J. 2016; 43(6):512-9.
23. Naik AD, Palmer N, Petersen NJ, Street RL, Rao R, Suarez-Almazor M, et al. Comparative effectiveness of goal setting in diabetes mellitus group clinics: randomized clinical trial. Arch Intern Med. 2011; 171 (5):453-9.
24. Dongbo F, Ding Y, McGowan P, Fu H. Qualitative evaluation of chronic disease self-Management program(CDSMP) in Shanghai. Patient Educ Couns. 2006; 61(3):389-96.
25. Reungdit B, Urairat S, Samaair S. Development of self-care behaviors for patients with chronic kidney disease In Songkhla Hospital's Contracted Unit of Primary Care. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2015; 3(3) :194-207. (in Thai).
26. Seephom S, Prapaipanich W, Janepanich P, Pichaiwong W. The effect of self – management program for slow chronic kidney disease progression on knowledge, health behavior and blood pressure levels. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2014; 25(1):16-31. (in Thai).
27. Ongsuriyanondh S. Self-care behavior development among chronic renal disease patients, Chaoprayayomraj hospital, Suphanburi province. Journal of Public Health and Development. 2008; 6(1): 32-8. (in Thai).
28. Chaiyarit A, Jangsombatsiri W. Effects of walking with arm swing exercise at least 30 minutes a day on levels of blood pressure of hypertensive patients. Journal of Nursing and Health Care. 2015; 33(4): 112-20. (in Thai).
29. Chibsamanboon P, Suttineam U. Effects of The Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri Technique2 (SKT 2) on Blood Pressure Levels and Biochemical Markers. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2013; 29(2):122-33. (in Thai).
30. Naewbood S. Effect of practicing skt2 healing meditation to blood pressure level of essential hypertensive patients. Journal

of Nursing and Health Sciences. 2015; 9(3):14-22. (in Thai).

31. Wankharm C, Wattana C, Khampalikit S. The effects of a self-management program on hypertension-controlling behaviors, and mean arterial pressure among pressure among persons with hypertension. Nursing Journal. 2015; 42(1):49-50. (in Thai).
32. Seesawang J, Thongtaeng P, Yodthong D.Effectiveness of self-management supportive program among hypertensive older people. Rama Nurs J. 2014; 20(2): 179-192. (in Thai).