

Factors Predicting Self-Management Behavior among Patients with Uncontrolled Essential Hypertension*

Panida Jandeeakaewsakul¹, Nantiya Watthayu, RN, PhD¹,
Nantawan Suwonnaroop, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study self-management behavior and predictive power of age, gender, education level, health literacy, social support, and patient-provider communication on self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension.

Design: Correlational predictive study.

Methods: The sample consisted of 84 patients with uncontrolled essential hypertension whose blood pressure was 140/90 mmHg or higher. The subjects were recruited from 3 public health centers, under Bangkok Health Department, Bangkok Metropolitan Administration. A convenience sampling was used to recruit 84 subjects. Data were collected using questionnaires including personal data and treatment, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Health Literacy assessment Scale, Patient-provider Communication Questionnaire, and Self-management Behavior Questionnaire. The reliability of the questionnaires were .88, .81, .84, and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions with stepwise method.

Main findings: Self-management behavior of patients with uncontrolled essential hypertension was at a low level ($\bar{X} = 2.00$, $SD = 1.09$). Social support was the single best predictor (step 1), 15.10% of the variance was accounted and health literacy was the next best predictor, after social support was included in the model (step 2). Health literacy accounted for an additional 8.1% (R^2 change = .081) of the variability. Altogether, they could explain 23.20% of variability in self-management ($R^2 = .232$, $F = 12.259$, $p < .001$). Social support was the most important predictor of self-management behavior among patients with hypertension ($\beta = .368$, $p < .001$), followed by health literacy ($\beta = .285$, $p = .005$).

Conclusion and recommendations: The study finding could be used as a guideline for healthcare providers, in particular to nurses, for developing a self-management behavioral program for patients with hypertension by enhancing social support and promoting health literacy to practice self-management behavior effectively.

Keywords: communication, essential hypertension, health literacy, self-management, social support

J Nurs Sci. 2018;36(1):31-43

Corresponding Author: Associate Professor Nantiya Watthayu, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand; e-mail: nantiya.wat@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้*

วนิดา จันทรทิแก้วสกุล¹ นันทยา วัฒนา, PhD¹ นันทวัน สุวรรณรูป, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเอง และอำนาจการทำนายของ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นั่นคือ มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 3 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 84 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88, .81, .84, และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณด้วยวิธี stepwise

ผลการวิจัย: พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.00$, $SD = 1.09$) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด (ขั้นที่ 1) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 15.10 และความแตกฉานทางสุขภาพเป็นตัวทำนายในลำดับต่อไปที่ดีที่สุด หลังจากที่มีการสนับสนุนทางสังคมรวมอยู่ในสมการถดถอย (ขั้นที่ 2) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.1 ($R^2\text{change} = .081$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม และความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด ร้อยละ 23.20 ($R^2 = .232$, $F = 12.259$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ($\beta = .368$, $p < .001$) รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .285$, $p = .005$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลในการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การสื่อสาร ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

J Nurs Sci. 2018;36(1):31-43

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์นันทยา วัฒนา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nantiya.wat@mahodol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2550 พบอัตราป่วย 1,025.44 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาปี พ.ศ. 2558 อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวเป็น 1,894.46 ต่อประชากรแสนคน¹ ทั้งนี้จากผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในภาพรวมพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในเขตชุมชนมากกว่าชนบททั้งในชายและหญิง ซึ่งกรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่สุด สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครทั้ง 68 แห่งที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลที่ไม่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้อาการของโรคทวีความรุนแรงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ไต ตา และสมองตามมาได้ จึงทำให้จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายจัดการกับปัญหาตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง (self-management behavior) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมมีการให้คำจำกัดความของพฤติกรรมการจัดการตนเองค่อนข้างหลากหลาย บางการศึกษามีการให้ความหมายคล้ายคลึงกับการดูแลตนเอง ซึ่งมีแนวคิดที่ใกล้เคียงกับการจัดการตนเอง ทั้งนี้การดูแลตนเองถูกมองว่าเป็นโครงสร้างที่กว้าง³ และการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของ การดูแลตนเองที่รวมไปถึงกระบวนการของการรักษาสุขภาพที่ดีและการจัดการกับความเจ็บป่วยในโรคต่างๆ⁴

หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหาทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ของตน สำหรับแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้นำแนวคิดจากการศึกษาของ Akhter⁵ นิยามคำว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองไว้ว่าเป็นความสามารถและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งมีเป้าหมายในการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การบูรณาการด้วยตนเอง เป็นความสามารถของผู้ป่วยที่จะผสมผสานการดูแลสุขภาพให้เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน 2) การควบคุมตนเอง เป็นการควบคุมพฤติกรรมของตนเองและการติดตามอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง 3) การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลอื่นที่สำคัญ ตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่า การดูแลสุขภาพที่ดีเกี่ยวข้องกับการร่วมมือระหว่างบุคคล 4) การติดตามตนเอง เป็นการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อปรับกิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5) การปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภัยเจ็บจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดการดำเนินโรคไปในทางที่รุนแรงมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยอายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ ในการจัดการตนเอง ซึ่งยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคล⁶ ซึ่งอายุที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกันด้วย จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีประสบการณ์มากกว่าสามารถปรับตัวให้เข้ากับโรค ควบคุมไปกับวิถีชีวิตได้ มีแนวโน้มการดูแลตนเองที่ดีกว่า⁷ ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า ผู้ที่อายุมากอาจมีความเสื่อมถอยตามธรรมชาติทำให้ความสามารถในการดูแลและ

จัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองลดลง⁸

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านความต้องการหรือปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ซึ่งเพศที่ต่างกันมีผลต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่ต่างกัน⁹ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าเพศชาย⁷ แต่บางการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁰ อาจเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมเศรษฐกิจ สังคมเดียวกันทำให้การเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลสุขภาพไม่ต่างกัน อีกทั้งอาการเริ่มแรกของความดันโลหิตสูงไม่ปรากฏอาการ ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ซึ่งแสดงถึงระดับความรู้ กระบวนการเรียนรู้ต่างๆ จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ¹¹ ในทางตรงกันข้ามพบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันแต่พฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน⁹ แม้ว่าการศึกษาค่าจะบ่งบอกถึงความรู้และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล แต่ไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วย

ความแตกฉานทางสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจว่ามีความสำคัญและส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยความแตกฉานทางสุขภาพไม่ได้หมายถึงการอ่านออกเขียนได้ แต่หมายรวมถึงความสามารถและทักษะเฉพาะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและมีแรงจูงใจใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจากการศึกษาพบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้¹² และการมีความแตกฉานทางสุขภาพที่จำกัด นอกจากจะมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ยังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ลดลงอีกด้วย ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการวางแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การดูแลตนเองและจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้

อย่างเหมาะสมจากการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคุณภาพของการสื่อสารจะเป็นองค์ประกอบที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง¹³ ดังนั้นการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพนั้น จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคด้านต่างๆ ด้วยตนเองได้ดี

การสนับสนุนทางสังคมซึ่งในที่นี้หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ 3 แหล่ง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลที่รู้จัก หรือบุคลากรทางการแพทย์¹⁴ การที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม และอาจจะทำให้เกิดผลดีในการเผชิญความเครียดเนื่องด้วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับประทานยาสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามยังพบการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มของ Korean Americans ที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ได้เป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง⁷

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผ่านมาการศึกษายังมีน้อยไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โดยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ระบุถึงกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ทั้งหมด ซึ่งการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นั่น เป็นกลุ่มที่จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว รวมทั้งอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมทั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และอำนาจการทํานายของปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทํานาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-60 ปีที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 3 แห่ง สังกัดสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2559

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป¹⁵ โดยผู้วิจัยจะประเมินจากระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งล่าสุดและระดับความดันโลหิตที่เป็นปัจจุบันหากมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปทั้ง 2 ครั้ง ถือว่าเป็นผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายของการรักษา 2) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น

2) มีภาวะทุพพลภาพ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดอิทธิพลจากการศึกษาตัวแปรที่ผ่านมา $r = .407^8$ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อขนาดอิทธิพลเท่ากับ $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ให้ระดับอำนาจในการทดสอบ .80 จำนวนตัวแปรอิสระ (u) 6 ตัวแปร จากค่าที่กำหนด เปิดตาราง Cohen¹⁶ เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ (λ) ได้เท่ากับ 13.6 มาแทนในสูตรเพื่อใช้ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 79 รายเพื่อป้องกันปัญหาเรื่องความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถามผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁷ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 87 ราย ทั้งนี้เมื่อนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามี outlier ทั้งหมด 3 ราย จึงพิจารณาตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 84 ราย

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet และคณะ¹⁴ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษที่สำคัญ ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ญพทัย วงศ์ปกรันย์ ทินกร วงศ์ปกรันย์ และรักษ์ รักถากุล¹⁸ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ มีข้อคำถามรวม 12 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนระหว่าง 70-84 คะแนน หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ใช้แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านเป็นแบบถูกผิด มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน คะแนนระหว่าง 23-36 คะแนน หมายถึง ความแตกฉานทางสุขภาพเพียงพอ ทั้งนี้แบบประเมินที่ได้รับการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม

ของแบบประเมิน และนำมาใช้โดย บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ¹⁹

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพใช้เครื่องมือของ Stewart และคณะ²⁰ นำมาแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยอาจารย์พยาบาล เป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ มีคำถาม 29 ข้อ ทั้งนี้ได้ตัดข้อคำถามออก 2 ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติออกไป เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือสามารถตัดข้อคำถามทั้ง 2 ข้อได้ ดังนั้นแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27-135 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองใช้เครื่องมือของ Akhter⁵ โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ และนำมาแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ แบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ โดยมีคำถาม 40 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 40-160 คะแนน คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือทุกชุดได้รับอนุญาตให้ใช้จากเจ้าของเครื่องมือ และนำมาแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (translation-back translation) ตามกระบวนการแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง เท่ากับ .88, .81, .84, และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2016/363.1406) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร (U022q/59) ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยชี้แจงข้อมูล

ต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือตีพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลงานวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขในการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากรายชื่อผู้ป่วยที่มารักษาตามนัด และแนะนำตัว ประชาสัมพันธ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้สนใจ และมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 35 นาทีต่อกลุ่มตัวอย่างหนึ่งคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษาโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาและอำนาจการทำนายของอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regressions) ด้วยวิธี stepwise ซึ่งทดสอบ

ข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 รายพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.40) มีช่วงอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 54 ปี (SD = 6.1) และดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 (ร้อยละ 41.70) มีค่าเฉลี่ย 25.51 กก. ต่อ ตรม. (SD = 4.36) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.10) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 34.50) การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 54.76) มีระยะการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-15 ปี ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 66.70) มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ

48.80) และมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ที่ 140-159 mmHg (ร้อยละ 79.80) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ที่ 90-99 mmHg (ร้อยละ 88.10)

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.00$, SD = 1.09) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.14$, SD = .80) ด้านการบูรณาการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.12$, SD = 1.08) ส่วนด้านการควบคุมตนเอง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และด้านการติดตามตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.86, 1.59, 1.42$, SD = .95, .78, .84 ตามลำดับ) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (N = 84)

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัยจริง ของคะแนนรวม	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	พิสัยจริงของ คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ระดับ พฤติกรรม
การบูรณาการตนเอง	17-38	27.57 (4.80)	1.31-2.92	2.12 (1.08)	ปานกลาง
การควบคุมตนเอง	9-30	16.76 (5.34)	1.00-3.33	1.86 (.95)	ต่ำ
การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่	9-25	14.38 (4.54)	1.00-2.78	1.59 (.78)	ต่ำ
การติดตามตนเอง	4-12	5.71 (1.89)	1.00-3.00	1.42 (.84)	ต่ำ
การปฏิบัติตามคำแนะนำ	10-20	15.74 (2.06)	2.00-4.00	3.14 (.80)	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	56-112	80.17 (13.14)	1.40-2.80	2.00 (1.09)	ต่ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .233$, $p < .01$) ในขณะที่ความแตกต่าง

ทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .312, .389$, $r_s = .386$, $p < .01$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (N = 84)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ ^a	-						
2. เพศ (0 = ชาย, 1 = หญิง)	-.058**	-					
3. ระดับการศึกษา ^a	-.410**	-.371**	-				
4. ความแตกฉานทางสุขภาพ	-.395**	-.188**	.554**	-			
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.244*	-.104	.331**	.073	-		
6. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ	-.158	.114	.062	.144	.287**	-	
7. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	-.233**	-.139	.386**	.312**	.389**	.138	-

* $p < .05$ ** $p < .01$

^a วิเคราะห์โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ด้วยวิธี stepwise พบว่า ขั้นที่ 1 การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 15.10 ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรความแตกฉานทางสุขภาพเข้าสมการถดถอย สามารถอธิบายความแปรปรวนเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 8.1 ($R^2\text{change} = .081$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม และ

ความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 23.20 ($R^2 = .232$, $F = 12.259$, $p = .000$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ได้มากที่สุด ($\beta = .368$, $p = .000$) รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .285$, $p = .005$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อำนาจการทำนายของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยวิธี Stepwise linear regression (N = 84)

ตัวแปรที่เข้าสมการถดถอย	R^2	R^2 Change	B	SE B	β	t	p-value
ขั้นที่ 1							
- การสนับสนุนทางสังคม	.151	.151	.301	.079	.389	3.826	< .001
ขั้นที่ 2							
- ความแตกฉานทางสุขภาพ	.232	.081	.575	.197	.285	2.921	.005*
- การสนับสนุนทางสังคม			.285	.076	.368	3.774	< .001

ค่าคงที่ (constant) = 48.967 $SE_{est} = 6.581$, * $p < .05$

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถของบุคคลต่อการจัดการโรคเรื้อรัง

ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยต้องเพิ่มขีดความสามารถ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดแบบแผนการจัดการโรคด้วยตนเอง เน้นผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้

ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนของโรค นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น²⁰ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.00$ $SD = 1.09$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ประมาณ 1-5 ปี ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่มีประสบการณ์หรือกลยุทธ์ต่างๆ ที่เพียงพอในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นไปในทางที่ไม่ดี จึงแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ⁷ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 6 ปี อาจจะมองว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นเพียงปัญหาชั่วคราว ไม่ได้กังวลว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจจะสนใจแค่ตอนที่ทราบว่าระดับความดันโลหิตสูงขึ้นเท่านั้น แสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคขาดประสิทธิภาพในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้²¹ อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจไม่สามารถดำเนินการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Truong, พรชัย จุลเมตต์ และ นัยนา พิพัฒน์วนิชชา²² พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดฮัยดอง (Haiduong) ประเทศเวียดนาม มีทีมแพทย์และพยาบาลมักจะให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ (health education) และการดูแลความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ตลอดจนการนำเสนอที่หลากหลาย เช่น รูปภาพภาพยนตร์และหนังสือแนวทางเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยจึงอาจได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารความดันโลหิตโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง และมีการรับรู้ต่อการจัดการตนเองได้ดีกว่า

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 23.20 ($R^2 = .232$, $F = 12.259$, $p = .000$) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในทางบวกได้สูงสุด ($b = .285$, $t = 3.774$, $p = .000$) นั้นหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ⁹ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้โดยเมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และอุปนิสัยในการสูบบุหรี่ ก็จะทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นด้วย อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ เอาใจใส่ในการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ จึงสามารถช่วยลดภาระของผู้ป่วยในการในการจัดการโรคเรื้อรัง²³ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งการสนับสนุนและได้รับการช่วยเหลือต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาดูแลตนเอง จัดการโรคความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น¹⁷ สำหรับความแตกฉานทางสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในทางบวก ($b = .575$, $t = .2921$, $p = .000$) นั่นคือ หากผู้ป่วยมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่สูง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยกานต์ ห่องกระจก²⁴ พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ในด้านการมาตรวจตามนัด การจัดการความเครียด และการรับประทานยา เช่นเดียว

กับการศึกษาของ อรุณ หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ²⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทุษร้ายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ความแตกต่างทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทุษร้ายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รับประทุษร้ายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนหนึ่งมาจากการที่มีความแตกต่างทางสุขภาพที่เพียงพอ อันเกิดขึ้นจากการมีทักษะในการเข้าใจข้อมูลต่างๆ นำมาวิเคราะห์ ประเมินการจัดการตนเอง นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยมีความแตกต่างทางสุขภาพที่เพียงพอย่อมก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น²⁶

ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อาจเป็นเพราะในระยะแรกของโรคความดันโลหิตสูงจะยังไม่ปรากฏอาการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดี และผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่นานประมาณ 1-5 ปี (ร้อยละ 66.70) จึงขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่แตกต่างกันมากนัก²⁷ สำหรับอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 มีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน คือ 51-60 ปี ซึ่งมีอายุไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ยังไม่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี อีกทั้งอาจเกิดจากการที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจเดียวกัน จึงทำให้มีวิถีชีวิตที่คล้ายๆ กัน การดูแลตนเองจึงไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ในส่วนของระดับการศึกษา ซึ่งการได้รับการศึกษาที่สูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของตน²⁸ แต่การแสดงออกซึ่งการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับนิสัยส่วนตัว ประสบการณ์ ความเชื่อของแต่ละบุคคล⁹ หรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย ดังนั้นจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากนี้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพใน

การศึกษานี้ก็ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังเช่นการศึกษาของ ลัดดา สะลีมา และคณะ²⁹ พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านบวกทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย การรับรู้และการทำงานของระบบประสาทและสมองยังไม่มีความเสื่อมถอย สามารถรับรู้เข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพได้ดี ซึ่งคำแนะนำหรือคำปรึกษาที่มาจากทีมสุขภาพนั้น ไม่ยุ่งยากเข้าใจได้ง่าย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การดูแลตนเองอาจไม่มีความซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ร้อยละ 64.3) ทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกิดความคุ้นเคยเป็นกันเองสามารถตอบข้อซักถามตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ดังนั้นจากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปสร้างกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กล่าวคือการดูแลผู้ป่วยนั้นควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อน บุคคลในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และควรประเมินความแตกต่างทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อันจะเป็นผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ผู้น้อยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นจึงไม่อาจนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่อยู่

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานาน อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือมีโรคอื่นๆ ซักนำมาก่อน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้นำไปสู่ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติพยาบาล ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความแตกฉานทางสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนั้นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้แหล่งการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ได้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือสนับสนุน และเสริมแรงในการกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับการรักษาในคลินิก เพื่อกำหนดแนวทางวางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เพิ่มขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์ชี้แนะแนวทางการจัดการตนเองที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จนเกิดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้นในทุกๆ ด้าน อันจะนำมาซึ่งผลสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2016. 1st ed. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King Office of Printing Mill; 2016. (in Thai).
2. National Health Security Office. National Health Security Office (NHSO) Annual report: fiscal year 2015. 1st ed. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai).
3. Bengtsson U. Self-management in hypertension care. Göteborg, Sweden: Institute of Health and Care Sciences, University of Gothenburg; 2015. 85 p.
4. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. Patient Educ Couns. 2002;46(4):287-95.
5. Akhter N. Self-management among patients with hypertension in Bangladesh [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2010. 79 p.
6. Orem DE. Nursing concepts of practice. 4th ed. St.Louis: Mosby-Year Book; 1991.
7. Lee JE, Han HR, Song H, Kim J, Kim KB, Ryn JP, et al. Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2010;47(4):411-17.
8. Yang SO, Jeong GH, Kim SJ, Lee SH. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2014;43(1):97-106.
9. Juntanon N, Singchai B, Worawong W. Self-care behavior of hypertension patients who live in Mueang District, Chumphon Province. Khon Kaen University Research Journal. 2011;16(6):749-58. (in Thai).
10. Sujamnon S. Factors related to self-management of hypertensive patients, Taladkwan District Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province. Journal of

- Boromarajonani College of Nursing. 2013;29(2):20-30. (in Thai).
11. Chang AK, Lee EJ. Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):584-91.
 12. McNaughton CD, Jacobson TA, Kriplani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patient with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns*. 2014;96(2):165-70.
 13. Schoenthaler A, Chaplin WF, Allegrante JP, Fernandez S, Diaz-Gloster M, Tobin JN, et al. Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patient Educ Couns*. 2009;75(2):185-91.
 14. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.
 15. Thai Hypertension Society. The guidelines on the treatment of hypertension 2012: update 2015. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2015. (in Thai).
 16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 17. Pissamai B, Therawiwat M, Imanee N, Aree-ue S. Factors related to self-management behaviors for persons with osteoarthritis. *Journal of Public Health*. 2012;42(2):54-67. (in Thai).
 18. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Ruktrakul R. A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011;7:161-6.
 19. Jindawong B, Bumreeaj S, Luvira V, Kuhiranyaratn P. Functional health literacy in patients at Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province. In: 15th Graduate Research Conference; 28 March 2014; College of Local Administration, Khon Kaen University. Khon Kaen: Graduate School Khon Kaen University; 2014. p.1855-65. (in Thai).
 20. Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal process of care: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res*. 2007;42(3 Pt1):1235-56.
 21. Bokhour BG, Cohn ES, Cortés DE, Solomon JL, Fix GM, Elwy AR, et al. The role of patients' explanatory models and daily-lived experience in hypertension self-management. *J Gen Intern Med*. 2012;27(12):1626-34.
 22. Truong PV, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factors related to self-management behaviors in hypertension older adults in Haiduong Province, Vietnam. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2016;10(3):56-64.
 23. Kara Kaşıkçı M, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behavior of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2007;16(8):1468-78.
 24. Hongkrajok H. Influences of health literacy, perceived self-efficacy, and patients-health care provider communication on self-care behaviors among patients with primary hypertension [master's thesis]. Chonburi: Burapa University; 2016. 93 p. (in Thai).

25. Lakiew A, Chaleekrua C. Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension Ban Piang Luang Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiangmai Province. In: 6th National and International Conference and Research Presentation “Moving Towards World Class Research”; 28-29 April 2015; Suan Sunandha Rajabhat University. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2015. p.635-49. (in Thai).
26. Petprayoon S, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Peerapatdit T. The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2012;26(1):38-51. (in Thai).
27. Seijak P. Factors related to self-management behaviors on blood pressure control of persons with hypertension [master’s thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2012. 192 p. (in Thai).
28. Boonyasopun U, Perngmark P, Thongtamlung J. Perceived susceptibility to hypertension and preventive behaviors among transitional aged women in Thachang District, Suratthani Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2011;3(1):47-60. (in Thai).
29. Saleema L, Panpakdee O, Arpanantikul M, Chai-Aroon T. The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail*. 2016;20(1):5-17.