Effects of a Knowledge and Self-Efficacy-Building Program on Self-Care Behaviors for Uncontrolled Essential Hypertension*

Pikuntip Kunset[1], Kerada Krainuwat, RN, PhD[1], Piyatida Nakagasien, RN, PhD[1]

Abstract

Purpose: To study the effects of a knowledge and self-efficacy-building program on self-care behaviors for uncontrolled essential hypertension.

Design: A quasi-experimental design.

Methods: The sixty participants aged 35 and over with uncontrolled essential hypertension. Participants were divided into a treatment group and a comparison group, with 30 samples for each group. The treatment group received a knowledge and self-efficacy-building program, which took 8 weeks, while the comparison group received conventional nursing care. The data were collected via self-reported questionnaires including demographic data, knowledge, self-efficacy, and self-care behaviors. Descriptive statistics and repeated measure ANOVA were used for analysis.

Main findings: Knowledge before and after receiving the program was found significantly different ($F = 9.980$, $df = 1$, $p < .05$), when the matched pairs were compared, the score before and after receiving the program for the first time were different with statistical significance at .05 and scores before and after receiving the program for the second time were different with statistical significance at .05. Self-efficacy before and after receiving the program was found significantly different ($F = 5.448$, $df = 1$, $p < .05$), when the matched pairs were compared, the scores before and after receiving the program for the second time were different with statistical significance at .05 and the scores after receiving the program for the first time and the second time were different with statistical significance at .05. Self-care behaviors before and after receiving the program was found significantly different ($F = 13.044$, $df = 1.695$, $p < .05$). When the matched pairs were compared, the scores for self-care behaviors before and after receiving the program for the first time were different with statistical significance at .05 and scores before and after receiving the program for the second time were different with statistical significance at .05.

Conclusion and recommendations: The knowledge and self-efficacy-building program had an impact on changing self-care behaviors. Self-care behaviors should be followed and studied a long-time. The results of this study can apply to the development and care of patients with hypertension more effectively.

Keywords: hypertension, knowledge, self-efficacy, self-care behaviors

J Nurs Sci. 2016;34(4):90-102

Corresponding Author: Assistant Professor Kerada Krainuwat, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: kerada.kra@mahidol.ac.th

* *Master thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate studies, Mahidol University*

[1] *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้*

พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ[1], กีรดา ไกรนุวัตร, PhD[1] ปิยะธิดา นาคะเกษียร, PhD[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

รูปแบบการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ อายุ 35 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความแตกต่างของความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย: คะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.980$, และ $F = 5.448$ $df = 1$, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่าความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 13.044$, $df = 1.695$, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง ความรู้ การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง

J Nurs Sci. 2016;34(4):90-102

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์กีรดา ไกรนุวัตร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: kerada.kra@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก การควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2556 ประชากรทั่วโลกที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตร้อยละ 13 และมีภาวะทุพลภาพร้อยละ 7[1] และในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติร้อยละ 22[2] สำหรับประเทศไทยแนวโน้นการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังเช่นรายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.40 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้มีถึงร้อยละ 20.50[3]

สำหรับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลน้อย จังหวัดพัทลุง มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ร้อยละ 34.98 ซึ่งสูงกว่าสถิติของประเทศ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองร้อยละ 7.50 ไตร้อยละ 0.34 หัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 0.22 ตามลำดับ4 จากสถิติดังกล่าวหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมโรคได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น จากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมโรคไม่ได้ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ที่ถูกต้องส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาลดความดันโลหิตที่ไม่ถูกต้อง มีการยืมยาจากผู้ป่วยรายอื่นรับประทานยาผิดขนาด การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม นิยมรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น กะปิ น้ำบูดู ไตปลา เป็นต้น การไม่ออกกำลังกาย และขาดการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่มีความสม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง[5] การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้ ดังเช่นการศึกษาของ คณิต แทนบุญช่วย[6] ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง มีผลให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Racine และคณะ[7] ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูง (DASH diet) แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้เรื่องการรับประทานอาหารมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Arthur และ Avis[8] ได้ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิตและการออกกำลังกายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเชื่อว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมได้นั้นเกิดจากความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนมีปัจจัยมิติตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ความสามารถของบุคคล และความเชื่อมั่นจากประสบการณ์เดิมที่กระทำสำเร็จ หากมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีแนวโน้มให้เกิดเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากขึ้น[9] โดยการศึกษาของ คณิต แทนบุญช่วย[6] ได้นำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10,11] เช่นเดียวกันกับการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11,12] และการศึกษาของ Wu และคณะ[13] แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสมรรถนะแห่งตนที่สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนได้รับความนิยมและมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี จึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนที่นำมาประยุกต์ใช้ในพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้วนั้น มีการศึกษาอื่นที่ใช้กรอบแนวคิดการจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองของ Hill-Briggs ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาต่อการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความสม่ำเสมอต่อการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] และการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ได้ศึกษาในพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนขึ้น ซึ่งครอบคลุมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่องที่มีความสอดคล้องกับบริบทและวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมโรคได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง โดยทำการวัดผลการศึกษาก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 4) และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ทั้งเพศหญิงและชายในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลน้อย (N = 220) และเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต (N = 115) อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1) มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 135-140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 85-90 มิลลิเมตรปรอท ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย[16]

2) อายุ 35 ปีขึ้นไป หากอายุมากกว่า 60 ปี ประเมินสมรรถภาพโดยแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน[17] (Barthel activities of daily living) มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่ามีศักยภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

3) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารโดยการอ่าน เขียนภาษาไทยได้ หากอายุมากกว่า 60 ปี ใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย[17] (Thai Mental State Examination) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน จึงถือว่าไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย พิการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคทางจิตเวช และเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ไม่ครบทั้ง 4 ครั้ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ Cohen[18] โดยใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง จากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกันของ เบญจมาศ ถาดแสง[19] ได้เท่ากับ .37 กำหนดค่า power of test = .80 ค่า α = .05 เมื่อเปิดตารางของ Cohen ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย เพื่อทดแทนการออกจากการศึกษาก่อนสิ้นสุดจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม ประมาณร้อยละ 1020 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายต่อกลุ่ม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย 2 พื้นที่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล กลุ่มทดลองดำเนินการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลน้อย และกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต ซึ่งทั้งสองพื้นที่มีความใกล้เคียงกันทั้งภูมิประเทศ ภูมิอากาศ วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน และการบริการทางสาธารณสุขที่ได้รับ รวมทั้งการดูแลโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง[16] โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศและอายุมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต[21,22] ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการจับคู่เพศและอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน โดยโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้และการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหารเน้นอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมสอดคล้องกับแหล่งสนับสนุนการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือทำ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ลักษณะของกิจกรรมมีทั้งการบรรยายให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การชักจูงด้วยวาจาผ่านการชื่นชม ให้กำลังใจ การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม 4 สัปดาห์ เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และระยะการนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โปรแกรมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านความดันโลหิตสูง 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง 2 คน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา .94

1.2 คู่มือการให้ความรู้และบันทึกการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาลดความดันโลหิต ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแบบบันทึกการรับประทานอาหารและออกกำลังกายด้วยตนเอง คู่มือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนเช่นเดียวกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทพร้อมหูฟัง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยช่างเครื่องมือ

ทางการแพทย์จำนวน 1 เครื่อง

2.2 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระดับความดันโลหิต

2.3 แบบประเมินความรู้ จำนวน 20 ข้อ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 4 ข้อ การใช้ยาลดความดันโลหิต 3 ข้อ การรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 4 ข้อ และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ลักษณะคำตอบแบบถูก-ผิด คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ดลรัตน์ รุจิวัฒนกรณ์[23] และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .85 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้อยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนศาลา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20)[24] ได้เท่ากับ .58 แม้ว่าค่า KR-20 น้อยกว่า .70 แต่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือนี้ เนื่องจากผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและมีความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .63

2.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 15 ข้อ การใช้ยาลดความดันโลหิต 4 ข้อ การรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ลักษณะคำตอบแบบมาตรวัดลิเกิร์ต คือ คะแนน 1-5 คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับน้อย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ เบญจมาศ ถาดแสง[19] และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .93 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .88 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .74

2.5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ เบญจมาศ ถาดแสง[19] และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เครื่องมือมีจำนวน 20 ข้อ การใช้ยาลดความดันโลหิตจำนวน 7 ข้อ การรับประทานอาหาร 7 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง 4 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ คะแนน 0 -3 คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .90 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .53 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA IRB-NS2015/266.1201 ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียด และมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่าง

สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับตามปกติ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลฯ ประกาศเชิญชวนอาสาสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย หากอาสาสมัครสนใจ ผู้วิจัยจะดำเนินการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมแล้วผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

การดำเนินการทดลองใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรม 4 สัปดาห์แรก ดำเนินสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และนำโปรแกรมไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านอีก 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเรื่องความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิต

1) การประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2) ชมวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาสาเหตุ พฤติกรรมเสี่ยง ผลกระทบของโรคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบรรยายสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ผลกระทบและระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

3) การสะท้อนคิดในกลุ่มย่อยจากการวีดิทัศน์และการบรรยายให้ความรู้

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเรื่องการรับประทานอาหารเน้นการบริโภคโซเดียม

1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน

2) การให้ความรู้เรื่องโซเดียม ปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน ผลกระทบจากการรับประทานโซเดียมเกิน ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสที่มีใช้ในชีวิตประจำวัน และแนวทางในการลดโซเดียม

3) การแสดงตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องปรุงรสที่มีใช้เป็นประจำ ปริมาณผักและผลไม้

4) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการอ่านฉลากโภชนาการเน้นปริมาณโซเดียม และเลือกวัตถุดิบในการประกอบอาหาร 1 ชนิดที่มีความเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

5) การฝึกทักษะการบันทึกรายการอาหารด้วยตนเองลงในคู่มือเป็นเวลา 3 วัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเรื่องการออกกำลังกาย

1) การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ประโยชน์ ความถี่ ความแรง ระยะเวลา ชนิด การเตรียมความพร้อมและอาการที่ควรระมัดระวังในการออกกำลังกาย

2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจากการชมวีดิทัศน์วิธีออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

4) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากการออกกำลังกาย พร้อมทั้งการชมเชย ให้กำลังใจและกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

5) การฝึกทักษะการบันทึกการออกกำลังกายลงในคู่มืออย่างน้อย 3-5 วัน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมเรื่องการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ

1) การให้ความรู้เรื่องการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความสำคัญและประโยชน์ และอาการผิดปกติที่เกิดจากโรคและการใช้ยาลดความดันโลหิตที่จะต้องมาพบแพทย์

2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากการไปรับบริการรักษา รวมทั้งชมเชย ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบซึ่งคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม พร้อมทั้งทบทวนเนื้อหาความรู้ของโปรแกรมทั้งหมด และประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 5-7 นำโปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนไปปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) การประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 โดยทำแบบประเมินเช่นเดียวกับก่อนเข้าโปรแกรม

2) การจัดกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้ตามแนวทางการให้ความรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ข้อมูลต้องเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ่ (Shceffe's method)

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรม (T_0) หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 (T_1) และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 (T_2) และหากพบว่ามีความแตกต่างกันแล้วจึงเปรียบเทียบรายคู่ คือ คู่ที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรม (T_0) กับหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 (T_1) คู่ที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรม (T_0) กับหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 (T_2) และคู่ที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 (T_1) กับหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 (T_2)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 60.43 (SD = 3.76) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 46.70 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนร้อยละ 53.30 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 61.60 (SD = 8.51) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 93.40 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติร้อยละ 40 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมา 1-5 ปี และโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.980$, $df = 1$, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า คะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.080$, $p < .05$) และก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.719$, $p < .05$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($F = 5.448$, $df = 1$, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.676$, $p < .05$) และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.984$, $p < .05$)

เมื่อการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 13.044$, $df = 1.695$, $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.397$, $p < .05$) และก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.996$, $p < .05$)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ระยะเวลา			F	p
	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 1	หลังได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 2		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	9.980	.003*
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	16.73 (2.19)	18.23 (0.97)	18.03 (1.35)		
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.70 (2.42)	17.63 (1.99)	16.60 (2.95)	5.448	.023*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
กลุ่มทดลอง	63.47 (6.52)	65.57 (4.61)	70.33 (3.39)		
กลุ่มเปรียบเทียบ	63.40 (6.53)	64.37 (7.57)	65.17 (6.08)	13.044	.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
กลุ่มทดลอง	41.33 (4.81)	48.57 (4.05)	52.90 (3.18)		
กลุ่มเปรียบเทียบ	41.93 (4.74)	43.70 (4.64)	43.10 (8.16)		

*p < .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่องความรู้พบว่า คะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมนี้มีผลเพิ่มระดับความรู้ของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรม ซึ่งความรู้ในโปรแกรมมีความครอบคลุมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความรู้ที่มีความจำเป็นในการนำไปใช้เพื่อดูแลพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 ลดลงหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรม 4 สัปดาห์แรกเป็นการให้ความรู้อย่างเข้มข้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับการทบทวนเป็นประจำ ส่วนช่วง 4 สัปดาห์หลังให้นำไปปฏิบัติด้วยตนเอง โดยไม่ได้ทบทวนหรือเพิ่มเติมความรู้ส่งผลให้เกิดการลืมหรือจดจำได้ไม่หมด ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ควรมีการทบทวน เพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอโดยจัดให้มีความสอดคล้องกับบริบท ดังการศึกษาของ Fernandez และคณะ[25] แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4 เดือนร่วมกับการกระตุ้นและทบทวนทุก 1 เดือน มีผลให้กลุ่มทดลองสามารถคงไว้ซึ่งความรู้ที่มีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Neneng Kurwiyah Ihwanudin, อัญชลีพร อมาตยกุล และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์[26] ซึ่งศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ในการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[27] สอดคล้องกับการศึกษาของ Guirado และคณะ[28] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่าคะแนนก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีผลต่อการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองและเมื่อได้ปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยกิจกรรมของโปรแกรมพัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องกับแหล่งเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 แหล่ง เมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นมากขึ้นย่อมทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้มากขึ้น การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชามญชุ์ ภู่เจริญ[29] ซึ่งศึกษาโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Wu และคณะ[30] ซึ่งศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการเดินออกกำลังกายพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการเดินออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และ Song[31] ได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยมีแนวคิดจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า คะแนนก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งโปรแกรมนี้ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมนี้เน้นการให้ความรู้ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ซึ่งการมีความรู้ที่ถูกต้องนั้นเป็นพื้นฐานในการนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการมีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิต แทนบุญช่วย[6] ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการบริหารยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตสม่ำเสมอกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] และการศึกษาของ Park และคณะ[32] ซึ่งศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และออกกำลังกายพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ครอบคลุมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการให้ความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และการพัฒนาเนื้อหาความรู้และโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะ

ในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมในระยะยาว เช่น 6-12 เดือน เพื่อศึกษาความต่อเนื่องและยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระหว่างการดำเนินกิจกรรมควรมีการกระตุ้น ทบทวน และเพิ่มเติมความรู้เป็นระยะตามความเหมาะสม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมทุกด้าน ได้แก่ การใช้ยา

ลดความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องดูแลพฤติกรรมในทุกด้านให้ถูกต้องเพื่อให้สามารถควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนได้

3. การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองควรมีความสอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิตของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมและประสบความสำเร็จ

References

1. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.
2. World Health Organization. Global status report on non-communicable disease. Geneva: WHO Press; 2014.
3. National Health Examination Survey Office. The report of Thailand National Health Examination Survey 4th 2008-2009. Nonthaburi: The Graphico System; 2010. (in Thai).
4. Phatthalung Province Public Health Office. The report of data in non-communicable disease in Phatthalung [internet]. Phatthalung: Phatthalung Province Public Health Office; 2013 [cited 2013 Dec 21]. Available from: https://203.157.229.18/chronic/rep_htptvisit.php. (in Thai).
5. Petchsuwan A. Health behavior of people coping with high blood pressure and diabetes: a case study of medical service users at the health center in Nong Chik district, Pattani province [master's thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2009. 105 p. (in Thai).
6. Thanboonchauy K. The effectiveness of a self-efficacy enhancement in medication administration program on medication adherence in patients with hypertension [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2012. 143 p. (in Thai).
7. Racine E, Troyer JL, Warren-Findlow J, Mcauley WJ. The effect of medical nutrition therapy on changes in dietary knowledge and DASH diet adherence in older adults with cardiovascular disease. J Nutr Health Aging. 2011;15(10):868-76.
8. Lee LL, Arthur A, Avis M. Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: a randomized controlled trial. Prev Med. 2007;44(2):160-6.
9. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
10. Tiparat W, Saraluk P, Lertwanawattana J, Pratum S. The effect of the self-efficacy and social support program enhancing to low-salt dietary behavior and the level of blood pressure in elderly patients with hypertension. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2014;25(1):70-84. (in Thai).
11. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Hurber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. J Community Health. 2012;37(1):15-24.

12. Kanthamalee S, Panuthai S, Chaiwan S. Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on exercise behavior and blood pressure among hypertensive elderly. Nursing Journal. 2007;34(1):93-103. (in Thai).
13. Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shortridge-Baggett LM, Chang PJ. Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. J Clin Nurs. 2007;16(11):250-7.
14. Ingkamanee N, Kusuma Na Ayuthaya S, Puwarawuttipanit W, Peerepadit T. Effectiveness of promoting a problem-solving ability program on medication adherence in patients with type 2 diabetic. Journal of Nursing Science. 2011;29(2):56-64. (in Thai).
15. Boonchun N, Ucharattana P, Punsakd W, Meehardsai N. Effects of an empowerment program on self-care agency for elders with hypertension. Journal of Nursing Science. 2011;29(2):93-102. (in Thai).
16. Thai Hypertension Society. Thai guideline on the treatment of hypertension update 2012. Bangkok: Huanam Printing; 2012.
17. Institute of Geriatric Medicine. Basic geriatric screening [Internet]. Bangkok: Institute of Geriatric Medicine; 2016 [cited 2016 Aug 15]. Available from: http://bkpho.moph.go.th/bungkanpho/uploads/media/20160211243563621.pdf. (in Thai).
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Thatsaeng B. Effects of a self-management supporting program on self-management behavior and blood pressure among elders with hypertension [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2011. 105 p. (in Thai).
20. Gallin JI, Ornibene FP. Principles and practice of clinical research. Oxford: Elsevier's Science & Technology Right Department; 2012.
21. Black HR, Elliott WJ. Hypertension: a companion to Braunwald's heart disease. Philadephia: Elsevier Saunders.
22. Siemmai A, Auamnoy T. Factors correlated with blood pressure level in hypertensive patients. Vajira Medical Journal. 2010;54(3):301-8. (in Thai).
23. Rujiwatthanokorn D. The effectiveness of a self-management program on knowledge, self-care ability, and blood pressure control in persons with uncontrolled essential hypertension [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2010. 223 p.
24. Srisatidnarakul B. Development and validation of research instrument: psychometric properties. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012.

25. Fernandez S, Scales KL, Oineiro JM, Schoenthaler AM, Ogedegbe G. A senior center-based pilot trual of the effect of lifestyle intervention on blood pressure in minority elderly people with hypertension. J Am Geruatr Soc. 2008;56(10):1860-66.
26. Ihwanudin NK, Amtayakul A, Karuncharerpanit S. Lifestyle modification effect on behavior change and physical conditions among hypertensive elderly in west Java, Indonesia. J Health Res. 2015;29(1):83-9.
27. Wattanakul S, Therawiwat M, Imamee N, Tansakul S. Leaning program for self-management on diet and exercise of persons with pre-hypertension Burirum province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27(1):16-29. (in Thai).
28. Guirado EA, Ribera EP, Huergo VP, Borrass JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. Gac Sanit. 2011;25(1):62-7.
29. Phujaroen P. The effectiveness of self-efficacy enhancement program on dietary behaviors for controlling and preventing complication among hypertensive elderly persons [master's thesis]. Bangkok: Christian University; 2007. 124 p. (in Thai).
30. Wu MP, Wu SF, Wang TC, Kao MJ, Yang WL. Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. Nurs health Sci. 2012;14(2): 173-81.
31. Kim M, Song M. Effects of self-management program applying Dongsasub training on self-efficacy, self-esteem, self-management behavior and blood pressure in older adults with hypertension. J Korean Acad Nurs. 2015;45(4):576-86.
32. Park YH, Song M, Cho BI, Lim JY, Song W, Kim SH. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: a randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2011;82(1):133-7.