

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการรับรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

คมขำ สุทธิ*

กรรณิการ์ สุวรรณ

นิตยา ทองประพาฬ

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันรับ 4 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 11 กันยายน 2567, วันตอบรับ 18 ตุลาคม 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3) เปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเดียวกัน และระหว่างกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก รวม 62 ราย โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบให้การพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แบบประเมินพฤติกรรม และวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ของทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Paired sample t-test, Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ระดับความดันโลหิต

* ผู้รับผิดชอบบทความหลัก, อีเมล: komkham2521@hotmail.com

The effect of health behavior modification program to health perception, health behavior hypertension controlling and Blood pressure level among patients Uncontrolled Blood pressure level in Health promoting hospital, Health promotion center 2 Phitsanulok province.

Komkham Sutthi*

Kunnika Suwan

Nittaya Tongprapal

Health promoting hospital, Health promotion center 2 Phitsanulok province

Received 4 July 2024, Revised 11 September 2024, Accepted 18 October 2024.

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research to 1) compare the mean scores of perceived severity, perceive vulnerability, and expectations the response efficacy 2) compare the mean scores of health behavior, and 3) compare the systolic and diastolic blood pressure levels of patients with uncontrolled hypertension before and after participating in health behavior modification within the same group and between groups. The sample group consists of patients with uncontrolled hypertension in outpatient services at the Phitsanulok health promotion hospital, totaling 62 participants. The experimental group participated in a health behavior modification program for 12 weeks, while the comparison group received standard nursing care. Data were collected using a general patient interview form, an assessment of compare the mean scores of perceived severity, perceive vulnerability, and expectations the response efficacy among patients with uncontrolled hypertension, a behavior assessment, and blood pressure measurements before and after the trial for both groups. Data analysis was performed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent t-test. The results indicated that after using health behavior modification program, the experimental group had higher mean scores for compare the mean scores of perceived severity, perceive vulnerability, and expectations the response efficacy than before the trial, and these scores were significantly higher than those of the control group ($p < 0.001$). The mean health behavior scores were also higher than before using health behavior modification program and significantly higher than those of the comparison group ($p < 0.001$). Furthermore, the experimental group was able to maintain their blood pressure within acceptable limits more effectively than before the trial and showed a greater reduction compared to the comparison group, with statistical significance ($p < 0.001$).

Keywords : Uncontrolled hypertension patients, health behavior modification program, perceived, blood pressure control behavior, blood pressure levels.

* Corresponding Authors, E-mail: komkham2521@hotmail.com

■ unku

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญของโลก สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากกว่า 1.28 พันล้านคนในประชากรอายุ 30-79 ปี ซึ่งพบความชุกในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และพบอีกกว่าประมาณ 1 ใน 5 (21%) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบว่า ปี 2566 พบจำนวนประชากรป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 54 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 60⁽²⁾ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าระดับประเทศ⁽²⁾ และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในบางพื้นที่ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย⁽³⁾ ซึ่งผลของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย และโรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทจะทำให้เกิดความเสียหายเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ไม่ดี ความเชื่อเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ช่องทางพบบุคลากร

ทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมาตามนัด⁽⁵⁻⁶⁾ ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวพบว่า การให้ความรู้และการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ปัจจุบันได้นำหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโดยหลัก 3 อ. 2 ส.⁽⁷⁾ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ร่วมกับการติดตามให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามค่าความดันอย่างสม่ำเสมอในระหว่างการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันได้ดี ป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พบว่า มีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในปี 2563-2565 จำนวน 389, 554 และ 559 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 พบผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ร้อยละ 56.05 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ระดับปานกลางร้อยละ 17.20 ไม่มาตรวจตามนัดเฉลี่ยร้อยละ 24.94⁽⁸⁾ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรค ขาดความตระหนักในการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมและสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำมาพัฒนาการพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ

ความดันโลหิต ป้องกันอันตรายที่เกิดจากโรคแทรกซ้อน จึงได้จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์⁽⁹⁻¹⁰⁾ ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura. A)⁽¹¹⁾ ที่พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในค่าเป้าหมายได้⁽¹²⁻¹⁶⁾ โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม

■ นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้⁽³⁾ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีระดับความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของโรเจอร์⁽⁹⁻¹⁰⁾ ร่วมกับแบนดูรา⁽¹¹⁾ ประกอบไปด้วย กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมการให้คำแนะนำ/คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกำหนดแผนการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การพูดจูงใจ การให้กำลังใจ การชมเชย การกระตุ้น เตือน การติดตามและการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ร่วมกับการใช้ยา และการมาตามนัดโดยใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูง⁽⁷⁾ หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ร่วมกับการใช้ยา และการมาตามนัด

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์⁽⁹⁾ ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา⁽¹¹⁾ จัดทำโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประกอบไปด้วยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มสุรา การงดสูบบุหรี่) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการติดตามการรับประทานยา การติดตามการมาตามนัด โดยจัดทำเป็นรูปแบบกิจกรรมการให้คำแนะนำ/คำปรึกษากำหนดแผนการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การพูดจูงใจ การให้กำลังใจ การชมเชย การกระตุ้น เตือน การติดตามและการประเมินผล

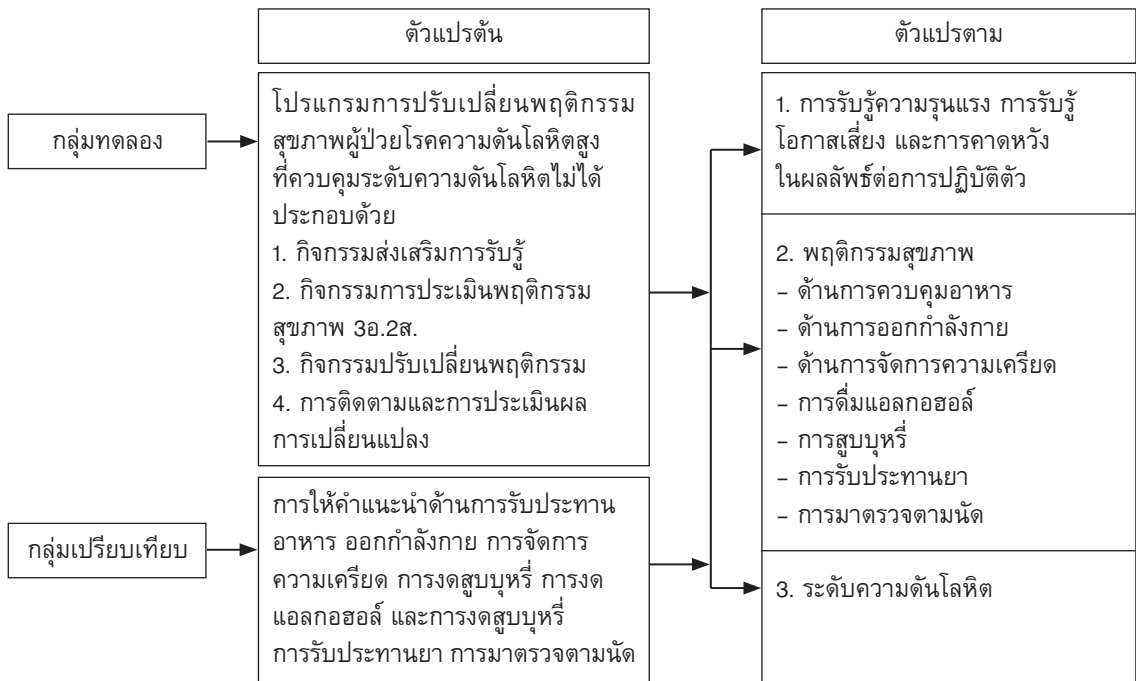
การเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต

■ วิธีการศึกษา

● รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 30-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 30-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

● **การคำนวณขนาดตัวอย่าง** กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G*power Analysis version 3.1)⁽¹⁷⁾ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.90 และขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใกล้เคียงกับงานที่จะศึกษา⁽¹³⁾ ซึ่งกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 ราย โดยแบ่งกลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลอง 26 ราย เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20⁽¹⁸⁾ จะได้กลุ่มตัวอย่างควบคุม 31 ราย กลุ่มทดลอง 31 ราย รวมทั้งสิ้น 62 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีระดับความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

2. มีอายุ 30-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไตวาย โรคทางหลอดเลือด

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร

3. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามที่กำหนด ร้อยละ 80

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

- 1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิธีการควบคุมความดันโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3อ.2ส.⁽⁷⁾ ร่วมกับการรับประทานยา การมาตามนัด และจัดประสบการณ์ตรงการสาธิตและฝึกทักษะการเลือกอาหาร การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่ถูกต้อง

- 1.2 แบบติดตามค่าความดันโลหิตและอาการหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบไปด้วย ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย อาการทั่วไปและอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาการหน้ามืด

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย โรคประจำตัวอื่นๆ ที่รับประทาน

- 2.2 แบบประเมินการรับรู้ความรู้ แรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม ลักษณะการตอบข้อ

คำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽¹⁹⁾ แบ่งเป็น 5 ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom)⁽²⁰⁾ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำนวน 8 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ข้อ การสูบบุหรี่ 1 ข้อ การรับประทานยา 3 ข้อ ด้านการมาตามนัด 2 ข้อ ลักษณะการตอบข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽²⁶⁾ แบ่งเป็น 4 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น 2-3 ครั้ง/เดือน และไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น แบ่งคะแนนพฤติกรรมเป็น 3 ระดับอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom)⁽²⁰⁾ แยกตามพฤติกรรมดังนี้

ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2) แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (index of item object congruence หรือ IOC)⁽²¹⁾ เท่ากับ 1.0 มีค่าความเชื่อมั่น⁽²²⁾ เท่ากับ 0.87 แบบประเมินพฤติกรรมฯ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

จัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมเป็นรูปแบบคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับความดันไม่ได้ และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหา และมอบให้ผู้พวคนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยแบ่งเป็นรายสัปดาห์ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนเริ่มกิจกรรม ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดพฤติกรรมแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแบบประเมินพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่

การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด) ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโอกาสเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมระดับความดันโลหิต

2. กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

3. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการส่งเสริมความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจ

3.1 ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตโดยการจัดการเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

3.2 หลักการการบริโภคอาหาร 2:1:1⁽³⁾ โดยใช้สื่อ กินเค็มแค่ไหน ไม่ป่วย การบริโภคอาหารตาม DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) สาริตรูปแบบอาหารโซเดียมต่ำ โดยใช้เครื่องวัดระดับความเค็ม (Salt meter)

3.3 ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมกับตนเองรวมถึงมีการสาริตรีและฝึกปฏิบัติ

3.4 การจัดการความเครียด เช่น การนั่งสมาธิ ผ่อนคลายด้วยการดูหนัง ฟังเพลง ทำงานอดิเรก พบปะเพื่อน การออกกำลังกาย

ประเภทโยคะ รำมวยจีน เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ตามความต้องการของตนเอง

สัปดาห์ที่ 3-5,7,9,11 ผู้ป่วยดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้านตามโปรแกรมคือการบริโภคอาหาร 2:1:1 การออกกำลังกาย การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา ตามสื่อที่ผู้วิจัยได้สอนไป โดยผู้วิจัยไม่ได้โทรติดตามประเมิน

สัปดาห์ที่ 2,6,8,10 ผู้ป่วยดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้านตามโปรแกรม และตามสื่อที่ผู้วิจัยได้สอนไป ผู้วิจัยโทรติดตามประเมิน ในสัปดาห์ที่ 2, 6, 8, 10 โดยนัดหมายวันเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ช่วยเหลือแก้ไข ในกรณีที่มีปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรมใช้เวลา 15-20 นาที ให้กำลังใจร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรค ให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมนัดหมายติดตามครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผล มีกิจกรรมดังนี้

1. ติดตามแบบบันทึกความดันโลหิต ผู้วิจัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมและวัดความดันโลหิต

2. ประเมินสรุปผลลัพธ์

3. ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดพฤติกรรมตามแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา และการมาตรวจ

ตามนัด

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มเดียวกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ระหว่าง กลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 (P-value<0.05)

3. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมในกลุ่มเดียวกันวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 (P-value<0.05)

4. เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิต ซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในกลุ่มเดียวกันวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Paired t-test ระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับ นัยสำคัญที่ 0.05 (P-value<0.05)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผ่าน

การเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศุนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ เอกสารรับรอง เลขที่ 28/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 8 มีนาคม 2568

■ **ผลการศึกษา**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.3, ร้อยละ 51.6) อายุเฉลี่ย 49, 48 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงเท่ากัน คือ 5 ปี ส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษา เป็นระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.3) ทั้ง 2 กลุ่ม อาชีพหลักรับราชการ (ร้อยละ 58.1, 68.7) รายได้ส่วนใหญ่ มากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 61.3 และ 51.6) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตเฉลี่ย 5 ปี มีโรคร่วมคือยาที่ รับประทาน คือ Losartan ร่วมกับ Amlodipine (ร้อยละ 48.0, 52.0 และ ร้อยละ 49.1, 50.9)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

พบว่า การรับรู้ในรายด้านในกลุ่มเดียวกัน และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า กลุ่ม ทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นจากเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 1

นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้นจากเดิมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญหลังการเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตามนัด ในกลุ่มทดลอง

พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้น ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ตารางที่ 1 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของ 2 กลุ่ม

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (N=31)						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	23.29	2.23	32.09	4.68	9.37	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรง	34.70	1.73	40.22	3.54	6.83	<0.001*
การคาดหวังในผลลัพธ์	20.70	2.53	30.70	3.58	17.26	<0.001*
รวม	78.80	3.36	103.03	7.16	18.00	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(N=31)						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	24.45	2.83	23.09	2.16	1.95	.03*
การรับรู้ความรุนแรง	31.77	4.45	33.64	4.52	1.63	.05
การคาดหวังในผลลัพธ์	22.12	4.78	21.16	2.11	.93	.18
รวม	78.35	8.54	77.90	4.16	0.23	0.40

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

ตารางที่ 2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่ม

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (N=31)			กลุ่มเปรียบเทียบ (N=31)			t	p-value
	Mean	SD	แปรผล	Mean	SD	แปรผล		
ก่อนเข้าโปรแกรม	78.80	3.36	ปานกลาง	78.35	8.54	ปานกลาง	0.21	0.41
หลังเข้าโปรแกรม	103.03	7.16	มาก	77.90	4.16	ปานกลาง	16.87	<0.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

p<0.001 มีเพียงการงดสูบบุหรี่ ยังไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 3

นอกจากนี้พบว่า เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า หลังการเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

จากตารางที่ 5 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกันหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับความดัน

ตารางที่ 3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ในกลุ่มทดลอง (n=31)

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		การแปรผล	หลังการทดลอง		t	p-value	
	Mean	S.D		Mean	S.D			
การควบคุมอาหาร	20.12	2.69		26.51	1.36	-10.57	<.001*	
การออกกำลังกาย	8.612	2.41		19.38	0.80	-24.53	<.001*	
การจัดการความเครียด	13.96	3.29		17.09	0.97	-4.68	<.001*	
การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.00	0.73		3.48	0.56	-3.028	.005*	
การงดสูบบุหรี่	3.42	1.05		3.41	0.67	0.000	1.00	
การรับประทานยา	9.00	1.12		11.35	0.55	-10.46	<.001*	
การมาตรวจตามนัด	6.32	1.01		8.00	0.00	-9.22	<.001*	
รวม	64.45	5.01	ปานกลาง	89.29	2.83	สูง	-4.86	<.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

ซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

■ อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1-2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการทดลองที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง

และการคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวที่มากขึ้น เป็นผลจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ประกอบด้วยที่พัฒนาจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)⁽¹⁰⁾ ทำให้ผู้ป่วยมีความการรับรู้การคุกคามต่อสุขภาพทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในความเสี่ยงนั้นมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura)⁽¹¹⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาออกแบบกิจกรรม คือ การเรียนรู้โดยใช้วิธีการให้คำแนะนำ การฝึกปฏิบัติจริง เน้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา จักรสิงห์โต และรัตน พันจ้อย⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า

ตารางที่ 4 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ระหว่างกลุ่มหลังการเข้าโปรแกรม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (N=31)		การแปรผล	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=31)		การแปรผล	t	p-value
	Mean	S.D		Mean	S.D			
การควบคุมอาหาร	26.51	1.36		18.77	3.04		12.93	<.001*
การออกกำลังกาย	19.38	0.80		8.74	2.62		21.62	<.001*
การจัดการความเครียด	17.09	0.97		14.06	1.43		9.71	<.001*
การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.48	0.56		2.77	0.88		3.75	<.001*
การงดสูบบุหรี่	3.41	0.67		3.51	1.06		-0.42	0.33
การรับประทานยา	11.35	0.55		9.51	1.43		6.66	<.001*
การมาตรวจตามนัด	8.00	0.00		6.64	1.17		6.44	<.001*
รวม	89.29	2.83	สูง	64.19	6.31	ปานกลาง	20.20	<.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่ม

ค่าความดัน	กลุ่มทดลอง (N=31)	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=31)	t	p-value
	mean (±SD)	mean (±SD)		
ก่อนการทดลอง				
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	152.19(±6.79)	151.97(±7.39)	-9.60	0.27
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	95.19(±4.54)	94.42(±3.07)	-0.78	0.21
หลังการทดลอง				
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	135.38(±2.92)	150.83(±5.02)	10.85	<0.001*
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	83.70(±4.11)	94.64(±2.92)	12.05	<0.001*

นัยสำคัญทางสถิติที่ <.05*

หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Program) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญลี⁽²⁴⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, กิรดา ไกรนุวัตร และปิยะธิดา นาอะเกษียร⁽²⁵⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในด้านโรคความดันโลหิตสูง การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด อย่างต่อเนื่อง ในเขตพื้นที่อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น

2. เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้า ร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3-4 โดยกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก ปานกลางไปสูง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มี ระดับพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถ อธิบายได้ว่าแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรค (Protection motivation theory)⁽¹⁰⁾ และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Program) สามารถทำให้ผู้ป่วย มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นส่งผลให้มี พฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น จากผล การวิจัยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ผู้ป่วย ทำได้ดีคือ การรับประทานอาหาร การลดการ เติมเครื่องปรุงในอาหาร ลดการกินอาหารรสเค็ม เน้นการกินผัก และมีการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อการ ลดระดับความดันโลหิตได้⁽³⁾ มีเพียงการสูบบุหรี่

ที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยสามารถ อธิบายได้ว่าการสูบบุหรี่นั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลา ที่สูบบุหรี่ ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานๆ หลายปี จะมีภาวะติดนิโคติน ส่งผลให้เลิกบุหรี่ได้ยาก และใช้เวลานานในการลดหรือเลิกสูบ⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทับศรี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการ สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ เฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญลี⁽²⁶⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการโรคความดัน โลหิตสูงสูงขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, กิรดา ไกรนุวัตร และปิยะธิดา นาอะเกษียร⁽²⁵⁾ ที่พบว่า โปรแกรม การให้ความรู้และโปรแกรมการเสริมสร้าง สมรรถนะแห่งตนในด้านโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

3. เปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของผู้ป่วยควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย กลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า ระดับความดันโลหิตหลังการเข้าร่วม โปรแกรมฯ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ สอดคล้องกับสมมุติฐาน

ที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผลจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี จะส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาพร นาคกลิ่ง และปราณี ทับศรี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันทา ศรีศิริ⁽²⁷⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 12 สัปดาห์ ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าบน และค่าล่าง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมโรคมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตได้

สรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ สามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในค่าเป้าหมายได้

■ ข้อจำกัดการวิจัย

การดำเนินโปรแกรมในสัปดาห์แรก ใช้เวลานาน การดำเนินโปรแกรมในรายสัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีเวลาที่สะดวกช่วงหลังเลิกงาน และต้องรอญาติในการให้ข้อมูล

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

2. สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ไปเผยแพร่ และถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ได้

● ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ โดยติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวของโปรแกรมฯ ทั้งในด้านการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกคือระดับความดันโลหิตและผลลัพธ์ทางกระบวนการคือพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ควรมีการนำแนวทางการให้ข้อมูลให้เหมาะสมกับยุคสมัยปัจจุบันและเหมาะสมกับผู้ป่วย ในการใช้วีดิทัศน์ การมีกลุ่มทางเครือข่ายสังคม Line official application เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Key facts in Hypertension [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/doc20141107.pdf>

3. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรिक ชิงค์; 2562.
4. Gebremichael GB, Berhe KK, Zemichael TM. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients in Ayder comprehensive specialized hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 8];19(1):121. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-019-1091-6>.
5. อัจฉราภรณ์ นิละศร. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2559;35(2):77-88.
6. พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563;35(3):651-63.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. คู่มือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
8. ศูนย์อนามัยที่ 2 งานสารสนเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2564-2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2.anamai.moph.go.th/th/data-support>
9. Roger RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude changes. J Psychol 1975;91:93-114.
10. Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. J Exp Soc Psychol [Internet]. 1983 [cited 2024 Jan 10];19(5):469-79. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031\(83\)90023-9](http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031(83)90023-9)
11. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. W. H. Freeman & Co; 1997.
12. ปัทมาภรณ์ หินเพชร. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอถ้ำก๊วยพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
13. ศิริวรรณ ตูรงค์เรือง, ชดช้อย วัฒนะ, ธีรนุช ห่านรัตติย์ และสุนทรา เลี้ยงเขาวงศ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้. วารสารพยาบาล 2560;44 ฉบับพิเศษ(1):69-82.
14. ยุภาพร นากกลิ่ง และปราณี ทัดศรี. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560;6(1):27-35.
15. อารีย์รัตน์ คนสวน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและระดับความดันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
16. จินตนา จักรสิงห์โต และรัตนา พันจอย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ [อินเทอร์เน็ต] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2567];12(1):56-67. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/181717>
17. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods [Internet]. 2009 [cited 2024 Feb 3]; 41(4):1149-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
18. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีโอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.

19. Likert R. The Method of Constructing and Attitude Scale. Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
20. Bloom BS. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book; 1971.
21. Turner RC, Carlson L. Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. Int J Test [Internet]. 2003 [cited 2024 Feb 17];3(2):163-71. Available from: http://dx.doi.org/10.1207/s15327574ijt0302_5
22. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika 1951;16(3): 297-334.
23. ชนาธิป สันติวงศ์. DASH Diet : อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):101-11.
24. Tao L, Chiarelli MP, Pavlova SI, Schwartz JL, DeFrancesco JV, Salameh B, et al. Looking for polycyclic aromatic hydrocarbon metabolizing microorganisms in the oral cavity of smokers [Internet]. Research Square; 2021 [cited 2024 Feb 9]. Available from: <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-929320/v1>
25. พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, กิรดา ไกรนุวัตร และปิยะธิดา นาคะเกษียร. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2559;34(4):90-102.
26. เฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญลี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2022;7(1):11-21.
27. สุนันทา ศรีศิริ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพลศึกษา 2555;15 (ฉบับพิเศษ):308-15.

HEALTH