การพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

เยาวมาลย์ แสนชั่ง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 59 คน ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2568 เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง KR20= 0.92 แรงจูงใจในการจัดการตนเอง alpha = 0.84 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต alpha = 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษา พบว่า ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้วงจร PDCA ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) และสังเกต (Check) และการประเมินผล (Action) หลังพัฒนาได้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต มีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การประเมินปัญหา (Assess) สัปดาห์ที่ 2 ให้คำปรึกษา (Advise) สัปดาห์ที่ 3-5 การตกลงใจ (Agree) สัปดาห์ที่ 6-11 การสนับสนุนการฝึกปฏิบัติ (Assist) สัปดาห์ที่ 12 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Arrange) หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ไขมันโคเลสเตอรอล (p=0.006) ความดันโลหิต systolic (p=0.004) และ เส้นรอบเอว (p =0.015) โดยผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) มีแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.011)

ข้อเสนอแนะ ควรใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจจัดการตนเอง การควบคุมระดับความดันโลหิต

---

* โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

Development of self-management motivation program to control blood pressure level in hypertension patients at outpatient department Prachaksinlapakhom Hospital, Udon Thani Province

Yaowamarn Saenchang, B.N.S, M.P.H.*

Abstract

This quasi-experimental research aims to study development of self-management motivation program to control blood pressure level in hypertension patients at outpatient department Prajaksilpakom Hospital, Udon Thani Province. Sample group consisted of 59 hypertensive patients between January and April 2025. Research instruments were questionnaires, including knowledge about hypertension (KR20= 0.92), self-management motivation (alpha = 0.84), and quality of life assessment (alpha = 0.89). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics was paired t-test and Wilcoxon signed ranks test.

The results: The development of a motivational program for self-management to control blood pressure levels using the PDCA cycle, consisting of planning (Plan), doing (Do), observing (Check) and evaluating (Action). After developing a motivation program for self-management to control blood pressure levels, activities were as follows: week 1 assessment of problems, week 2 advise, week 3-5 agree, week 6-11 assist support for practice, week 12 arrange assessment of patient quality of life. After receiving the program, patients had a statistically significant decrease ($p<0.05$) in health risk factors, including cholesterol ($p=0.006$), systolic blood pressure ($p=0.004$), and waist circumference ($p=0.015$). The patients' knowledge about hypertension a statistically significant increase ($p<0.001$). There was a statistically significant increase in motivation for self-management ($p = 0.001$) and had a statistically significant increase in overall quality of life ($p = 0.011$).

Suggestions: Using a self-management motivation program to control blood pressure levels should increase patients' overall motivation to manage themselves, which will result in an improved quality of life.

Keywords: Self-Management Motivation Program, Blood Pressure Control

---

*Prajaksilpakom Hospital, Udon Thani Province

บทนำ

สถานการณ์ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตเกือบปีละ 8 ล้านคน คาดว่าในปี 2025 ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองแตก ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกยังสูงถึงประมาณ ร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมดซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะความพิการจำนวนมาก[1] สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มที่คล้ายกัน กล่าวคือ อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานแนวโน้มอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2564-2567) มีอัตราป่วย 14,618.0, 14,618.0, 13,361.1 และ 12,605.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุและอายุของผู้ที่เริ่มป่วยเริ่มอายุน้อยลงกว่าเดิมแสดงถึงสถานการณ์โรคมีความรุนแรงมากขึ้นและในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่ามีเพียง 1 ใน 4 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี และมีการคาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35-41[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีหลายงานวิจัยที่ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการเสริมแรงมาออกแบบเป็นโปรแกรมเพื่อใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น การใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ที่ประกอบด้วย การประเมิน (Assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) การยอมรับ (Agree) การช่วยเหลือ สนับสนุน (Assist) และ การติดตามประเมินผล (Arrange) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีน้ำหนักเกินได้[3-4] ร่วมกับการแนะนำให้คำปรึกษาจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[5]และโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานอาหารตามแนวคิด DASH diet เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ซึ่งพบว่ามีกลวิธีที่หลากหลายทั้งการจัดการตนเอง การกำกับตนเองและการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการสนับสนุนการจัดการตนเอง[7] ในการควบคุมการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีพลังงานสูง ทั้งคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เพิ่มการบริโภคผลไม้ ผัก เมล็ดธัญพืชและถั่ว และการทำกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย[8]รวมถึงการควบคุมและการจัดการความเครียด[9]

ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการในโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ.2564-2567 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งหมดจำนวน 3,280 คน, 3,229 คน, 3,525 และ 3,751 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,074 คน, 2,020 คน, 1,890 และ 1,882 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 คน, 15 คน, 12 และ 14 คน ภาวะแทรกซ้อนโรคไต จำนวน 35 คน, 56 คน, 65 และ 92 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสียชีวิต จำนวน 0 คน, 3 คน, 3 และ 5 คน ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 638 คน, 507 คน, 917 และ 592 คน ตามลำดับ[10]ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยพบปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นการดูแลที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านกิจวัตรประจำวันทางร่างกายลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ขาดความร่วมมือของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่ต่อเนื่อง ในการแนะนำครอบครัวให้การดูแลควบคู่กันไปกับทีมหมอครอบครัวที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการจัดบริการดังกล่าวกระทำการได้ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมได้ทั้งหมดเนื่องจากจำนวนการดูแลมีจำกัดทั้งด้านทรัพยากรและบุคลากรทีมสหวิชาชีพ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง จึงเป็น

เหตุผลให้ทำการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อประเมินผลโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ประกอบด้วย การประเมิน (Assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) การยอมรับ (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และการติดตามประเมินผล (Arrange)

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2568

ประชากรศึกษา จำนวน 59 คน คำนวณด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน[11]

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีระดับความดันโลหิต ≥140/90 มม.ปรอท อ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน มีโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย มีความพร้อมที่จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เป็นผู้พิการ กลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง หรือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ หรือเป็นกลุ่มที่ไม่ยินดีสมัครเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ที่ประกอบด้วย การประเมิน (Assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) การยอมรับ (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และ การติดตามประเมินผล (Arrange) ที่มีการศึกษาพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้[3-4] และ DASH Diet[12] การจัดกิจกรรม 5 A 12 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การประเมินปัญหา (Assess) สัปดาห์ที่ 2 ให้คำปรึกษา (Advise) สัปดาห์ที่ 3-5 การตกลงใจ (Agree) สัปดาห์ที่ 6-11 การสนับสนุน (Assist) สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผล (Arrange) เมื่อครบ 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลภาวะเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[13] คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 18 ข้อ ประยุกต์คำถามมาจาก ชนกนันท์ แสนสุนนท์ และกฤชกันทร สุวรรณพันธ์[14] การตอบมี 5 ระดับ[15] คือ 1=นานๆ ครั้ง ถึง 5=ทำทุกวัน การแปลผลรวม 90 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[16] ดังนี้ ระดับต่ำ (18.00-42.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (42.01-66.00 คะแนน) และระดับสูง (66.01-90.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ข้อ (QOL: Quality of Life Indicator) ประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิต[17] ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การตอบมี 5 ระดับ[15] คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลรวม 130 คะแนน ดังนี้ ระดับไม่ดี (26.00-60.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (60.67-95.33 คะแนน) ระดับดี (95.34-130.00 คะแนน)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีแล้ว เท่านั้น ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง

ขั้นทดลอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบ 5 เอ ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และอารมณ์ เก็บข้อมูลผู้ป่วย ครั้งที่ 1 ในเดือนมกราคม 2568 โดยให้กลุ่มผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม (pre-test) แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย เดือนเมษายน 2568 ให้ตอบแบบสอบถาม (post-test) โดยไม่กำหนดระยะเวลาการตอบ

หลังการทดลอง เมื่อทำการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส (coding) ตรวจสอบความถูกต้อง ทำการประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา สำหรับวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติใช้ paired t-test หากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed ranks test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 5568 วันที่ 27 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้วงจร PDCA ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) และสังเกตผล (Check) และการประเมินผล (Action) ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ ผลกระทบจากมีการดูแลที่หลากหลาย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ขาดแรงจูงในในการดูแลตนเอง มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ ขาดความร่วมมือของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรมีการติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง หลังพัฒนาได้คู่มือโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบ 5 เอ 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การประเมินปัญหา (Assess) สัปดาห์ที่ 2 ให้คำปรึกษา (Advise) สัปดาห์ที่ 3-5 การตกลงใจ (Agree) สัปดาห์ที่ 6-11 การสนับสนุน (Assist) การฝึกปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 12 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Arrange)

โดยมีการจัดกิจกรรมการปฏิบัติตามโปรแกรม ได้แก่ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การสร้างแรงจูงใจ การปรับพฤติกรรมตนเอง โภชนาการเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และการส่งเสริมการออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์มีการประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหารูปแบบเดิม กระบวนการพัฒนาและผลการพัฒนา

ปัญหารูปแบบเดิม	กระบวนการพัฒนา	ผลการพัฒนา
1. ผลกระทบจากการที่มีการดูแลที่หลากหลายรูปแบบเนื่องจากไม่มีโปรแกรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่ชัดเจน	การพัฒนาโปรแกรมโดยใช้กระบวนงานคุณภาพวงจร PDCA ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) การสังเกตผล (Check) การประเมินผล (Action) และแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต	1. มีคู่มือจัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต
2. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพและด้านกิจวัตรประจำวันทางร่างกายลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ขาดความร่วมมือของผู้ดูแล	**จัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต** โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบ 5 A 12 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 การประเมินปัญหา (Assess) สัปดาห์ที่ 2 ให้คำปรึกษา (Advise) ประเมินผลติดตามความก้าวหน้า ตรวจสแกนร่างกาย จัดกิจกรรมตามแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 3-5 การตกลงใจ (Agree) การสนับสนุนให้ความรู้ทักษะการวางแผนและการประเมินความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 6-11 การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) เป็นการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนสนับสนุนให้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้	2. มีการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง 3. ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและได้รับการติดตามประเมินผล (Arrange) เมื่อครบ 12 สัปดาห์
3. บุคลากรมีการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง	สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผล (Arrange) ตามกรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (post-test)	3. หลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์มีการประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ภาวะเสี่ยงสุขภาพ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ไขมันโคเลสเตอรอล (p=0.006) ความดันโลหิต systolic (p=0.004) และเส้นรอบเอว (p =0.015) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะเสี่ยงสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

ปัจจัย	ก่อน	หลัง	95%CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ไขมันโคเลสเตอรอล	178.64±26.96	176.80±29.54	1.54-3.15	2.837	0.006*
ความดันโลหิต systolic	149.56±9.29	147.36±12.93	1.71-3.69	2.965	0.004*
ความดันโลหิต diastolic	84.71±6.40	85.29±6.87	0.16-1.29	-1.034	0.305
เส้นรอบเอว	85.54±8.95	82.62±13.39	2.24-5.95	2.518	0.015*

*p< 0.05, paired t-test

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 67.8 เป็นร้อยละ 74.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
รวม 20 คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (< 12 คะแนน)	15	25.4	6	10.2
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	40	67.8	44	74.6
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	4	6.8	9	15.3

ค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

คะแนนความรู้ 20 คะแนน	Median	IQR (Q1-Q3)	z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	13.00	11.00-15.00	-4.266	<0.001*
หลังได้รับโปรแกรม	14.00	13.00-15.00		

*p<0.05, Wilcoxon signed ranks test

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงรายข้อ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง และทำให้เสียชีวิตได้ จากร้อยละ 86.4 เป็นร้อยละ 98.3 รองลงมา คือ การลดปริมาณไขมันในเลือดจะช่วยลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จากร้อยละ 88.1 เป็นร้อยละ 96.6 และมีความรู้เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากกรรมพันธุ์ที่ไม่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อรักษาโรคได้ จากร้อยละ 22.0 เป็นร้อยละ 30.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยและกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

ความรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่ใช่โรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีปัญหาสุขภาพจิต	48	81.4	53	89.8
2. การรับประทานเนื้อติดมันในปริมาณที่น้อย รับประทานหนังของสัตว์ปีก เครื่องในสัตว์และไข่แดงสม่ำเสมอ จะไม่ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง	44	74.6	51	86.4
3. การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบเกลือโซเดียมสูง เช่น น้ำปลา ผงชูรส จำเป็นต่อร่างกาย ไม่ทำให้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	45	76.3	49	83.1
4. การป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองได้	41	69.5	49	83.1
5. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้	51	86.4	58	98.3
6. พฤติกรรมของโรคความดันโลหิตสูง จะเป็นในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง	30	50.8	34	57.6
7. โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากผู้ที่มีเครียดมากและมีน้ำหนักเกิน	50	84.7	56	94.9
8. ผู้ที่รับประทานอาหารพวกผักผลไม้ มากๆ จะทำให้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	18	30.5	22	37.3
9. ผู้ที่รับประทาน เช่น ผลไม้ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ของหวานหรือลูกกวาดน้ำหวานและอาหารที่ปรุงเองตามความชอบจะทำให้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	50	84.7	54	91.5
10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกี่ยวกับการทำให้เกิดการป่วยโรคความดันโลหิตสูง	21	35.6	26	44.1
11. การรับประทานอาหารที่มีไขมันตามที่ชอบ ให้พลังงานสูง และมีโคเลสเตอรอล จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตได้	44	74.6	50	84.7
12. ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองได้	48	81.4	53	89.8
13. โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากกรรมพันธุ์ที่ไม่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อรักษาโรคได้	13	22.0	18	30.5
14. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น	52	88.1	56	94.9
15. การรับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	25	42.4	30	50.8
16. การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียม สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	52	88.1	55	93.2
17. การลดปริมาณไขมันในเลือดจะช่วยลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด	52	88.1	57	96.6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยและกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (ต่อ)

ความรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
18. การสูบบุหรี่ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันสมอง ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น	50	84.7	54	91.5
19. โรคหลอดเลือดสมองแตก เกิดจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก	49	83.1	54	91.5
20. การรับประทานยาแก้ปวด ยาลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดไตวายหรือการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	51	86.4	56	94.9

ระดับแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 93.2 เป็นร้อยละ 96.6 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

ระดับแรงจูงใจในการจัดการตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
คะแนนรวม 90 คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (18.00-42.00 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (42.01-66.00 คะแนน)	55	93.2	57	96.6
ระดับสูง (66.01-90.00 คะแนน)	4	6.8	2	3.4

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) โดยมีแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (p=0.013) ด้านการบริโภคอาหาร (p= 0.009) ด้านอารมณ์ (p= 0.011) และการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (p< 0.001) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการจัดการตนเองโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

แรงจูงใจในการจัดการตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%: CI	t	*p*-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านการออกกำลังกาย	5.10±1.45	6.44±1.69	1.76-2.60	-2.577	0.013*
ด้านการบริโภคอาหาร	10.90±2.46	12.61±2.45	1.84-3.12	-2.699	0.009*
ด้านอารมณ์	6.78±1.20	8.93±1.09	2.36-3.69	-2.617	0.011*
การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์	13.36±1.33	15.15±0.82	1.20-3.92	-3.862	<.001*
รวม	**41.14±4.55**	**44.14±3.82**	**3.18-4.53**	**-3.389**	**0.001***

*p < 0.05, paired t-test

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.4 เป็นร้อยละ 91.5 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

ระดับคุณภาพชีวิต รวม 130 คะแนน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (26.00-60.66 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (60.67-95.33 คะแนน)	11	18.6	5	8.5
ระดับดี (95.34-130.00 คะแนน)	48	81.4	54	91.5

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.011) โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (p = 0.003) ด้านจิตใจ (p = 0.014) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (p = 0.043) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.058) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=59)

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านสุขภาพกาย	23.32±3.34	24.42±2.26	1.81-3.84	-3.075	0.003*
ด้านจิตใจ	19.03±1.87	19.47±1.30	1.78-2.94	-2.546	0.014*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.81±1.59	10.14±1.26	1.63-2.11	-2.069	0.043*
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.66±3.65	29.15±3.01	0.20-2.17	-1.935	0.058
รวม	**80.83±9.93**	**83.19±7.14**	**2.41-5.51**	**-2.612**	**0.011***

*p <0.05, paired t-test

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้วงจร PDCA ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) และสังเกตผล (Check) และการประเมินผล (Action) ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ ผลกระทบจากมีการดูแลที่หลากหลาย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ขาดแรงจูงในในการดูแลตนเอง มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ ขาดความร่วมมือของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรมีการติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง หลังพัฒนาได้คู่มือโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบ 5 เอ 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การประเมินปัญหา (Assess) สัปดาห์ที่ 2 ให้คำปรึกษา (Advise) สัปดาห์ที่ 3-5 การตกลงใจ (Agree) สัปดาห์ที่ 6-11 การสนับสนุน (Assist) การฝึกปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 12 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Arrange) ทั้งนี้เนื่องจาก มีการจัดกิจกรรมการปฏิบัติตามโปรแกรม ได้แก่ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การสร้างแรงจูงใจ การปรับพฤติกรรมตนเอง โภชนาการเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และการส่งเสริมการออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์มีการประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสุขภาพลดลง ได้แก่ ไขมันโคเลสเตอรอล ความดันโลหิต systolic และเส้นรอบเอว ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่างกัน คือ ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต diastolic ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน สุภาศรี

และคณะ[18] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจทำให้มีความสามารถดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและมีความดันโลหิตลดลง

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง และทำให้เสียชีวิตได้ รองลงมา คือ การลดปริมาณไขมันในเลือดจะช่วยลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และมีความรู้เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากกรรมพันธุ์ที่ไม่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อรักษาโรคได้ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาชอง ภาษิต รวดเร็ว[19]ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองมีความรู้ แรงจูงใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับดีขึ้น

3. แรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมมีแรงจูงใจในการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและมีการปรับทางอารมณ์ที่ดีขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติยา อธิคมานนท์ และคณะ[20]ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการเรียนรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต พบว่า พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา) และระดับความดันโลหิต systolic ลดลง การศึกษาของ กวินนาถ พลวัฒน์ และคณะ[21]ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังดำเนินการมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิตและเส้นรอบเอวลดลง และการศึกษาของ ซาลีฮา สาและ และคณะ[22]ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคลดลง และการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[23]

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมาย และยังมีการเจ็บปวดตามร่างกาย ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย รองลงมา คือ ด้านจิตใจ และ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ตามลำดับ ส่วนที่ไม่มีความแตกต่างกัน คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้อาจเนื่องจากด้านสิ่งแวดล้อมไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยมากนักจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกนันท์ แสนสุนนท์ และ กฤชกันทร สุวรรณพันธ์[14] ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี การศึกษาของ รัตนา รุณแสง และคณะ[24] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีปัญหา

สุขภาพที่มีการเจ็บปวดตามร่างกาย มิติที่มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด คือ มิติทางสังคม และด้านสุขภาพจิตทั่วไป และการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้[25]

ข้อสรุป : หลังพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามความคงอยู่ของกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ต่อไปอีกจนครบ 6 เดือน และ 12 เดือน

2. ข้อสรุปของการศึกษานี้ หลังพัฒนาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพด้านระดับความดันโลหิต ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ค่าเส้นรอบเอวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น ทีมดูแล สามารถนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไปส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพให้เกิดการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ขยายผลไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ โดยศึกษาผลการดำเนินงานไปจนครบ 6 เดือน และ 12 เดือน

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในเชิงลึกรายกรณีเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมความสามารถแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพตามวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. [Internet]. 2024. [cited 2024 November 9]. Available from: https://www.who.int/pu
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายงานประจำปี. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th
3. สุภาพร เหลียวสูง, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์, กาญจนา พิบูลย์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร และระดับไขมันในเลือดของพนักงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567; 16(1): 1-19.
4. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร 2563; 47(2): 85-97.

5. ศิรินทรา ด้วงใส, ทิพมาส ชิณวงศ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; 41(4): 74-85.
6. ชนาธิป สันติวงศ์. DASH Diet: อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2565; 16(1): 101-11.
7. Salemonsen E, Førland G, Hansen BS, Holm AL. Beneficial self-management support and user involvement in healthy life centres a qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. Health Expectations 2020; 23: 1376–86.
8. Yashpal S, Liese AD, Boucher BA, Wagenknecht LE, Haffner SM, Johnston LW, et al. Metabolomic profiling of the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet provides novel insights for the nutritional epidemiology of type 2 diabetes mellitus. British Journal of Nutrition 2022;128(3): 487-97.
9. Olateju IV, Ogwu D, Owolabi M O. Role of behavioral interventions in the management of obesity. Cureus 2021; 13(9): 18080. DOI: 10.7759/cureus.18080
10. โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม. โปรแกรมข้อมูล HDC 43 แฟ้ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://164.115.43.44/hospital/web/index.php?
11. ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research, 2564. [อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2567]. เข้าถึงจาก: www.qualtrics.com
12. งานโภชนาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล. สัดส่วนอาหารอาหารตามหลัก DASH Diet. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowled
13. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill; 1997.
14. ชนกนันท์ แสนสุนนท์, กฤชกันทร สุวรรณพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(2): 42-61.
15. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
16. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (whoqol–bref–thai) [อินเตอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th.
18. สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขไทย 2564; 51(1): 33-42.

19. ภาษิต รวดเร็ว. ประสิทธิผลของการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซับมะนาว อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://sko.moph.go.th › content › download
20. ฐิติยา อธิคมานนท์, ดุษณีย์ สุวรรณคง, พัชราภรณ์ ชูแก้ว, กาญจนาภรณ์ ไกรนรา, ตั้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2567; 33(3): 430-40.
21. กวินนาถ พลวัฒน์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรโมลี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชน อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 13(1): 210-21.
22. ซาลีฮา สาและ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน จากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42(2): 48-61.
23. มิตรธิราแจ่มใส, ธิติรัตน์ ราศิริ. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2566;6(1): 58-69.
24. รัตนา รุณแสง, วันลภ ดิษสุวรรณ์, เกศทิพย์ บัวแก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัษฎา จังหวัดตรัง. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2562; 12(1): 175-82.
25. กนกพร โพชะโน. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2567;9(1): 328-34.