

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการ
ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์*

THE EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROMOTING PROGRAM ON HEALTH
BELIEF PERCEPTION AND MEDICATION BEHAVIOR AMONG ELDERLY PATIENT
WITH UNCONTROLLED AT HYPERTENSION COMMUNITY HEALTH CENTER,
UTTARADIT PROVINCE

พัชรวัลย์ ลอมแปลง¹, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร^{2*}, สุชาดา ชุมศรี¹

Pacharawalai Lomplang¹, Kanyarat Phuengbanhan^{2*}, Suchada Chumsri¹

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อุดรดิตถ์ ประเทศไทย

¹Social Medicine Department, Uttaradit Hospital, Uttaradit, Thailand

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ อุดรดิตถ์ ประเทศไทย

²Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit, Thailand

*Corresponding author E-mail:Pongbunhan@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง 2) เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง วัสดุทัศนการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูง โหมบายแอปพลิเคชันแจ้งเตือนกินยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาารายข้ออยู่ระหว่าง .67 - 1.00 หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ไคร์สคว และสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการใช้ยาหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการใช้ยา สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 93.33 กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 13.33

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการใช้ยา, ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้, ผู้สูงอายุ

Abstract

A quasi - experimental study with two groups, pre - test and post - test, to 1) Compare health beliefs and perception medication between the experimental and control groups before and after the implementation of self - management promoting program 2) Compare health beliefs and perception medication before and after the implementation of the self - management promotion program between the experimental and control groups 3) Compare blood pressure control after the implementation of the self - management promotion program between the experimental and control groups. The sample group consisted of 60 elderly patients with uncontrolled hypertension who came to receive services at the community health center in Uttaradit province, 30 in the experimental group and 30 in the control group. Purposive sampling selection with inclusion and exclusion criteria. The tools used in the experiment were a self - management promoting program, a video promoting medication - taking behavior, and a medication reminder application. The data collection tool was a questionnaire on health beliefs and medication behavior, which was found to have the Index of Item-objective congruence value of each item ranged from .67 - 1.00 and a reliability of .91 and .82 using Cronbach's alpha coefficient. The data were analyzed using statistics, percentages, chi - square, and t - test statistics. Research results: The experimental group had significantly better mean scores in terms of perceived severity and risk, perceived benefits, perceived barriers, and medication behavior after the experiment than before ($p < .01$), and had significantly better mean scores in terms of perceived severity and risk, perceived benefits, perceived barriers, and medication behavior than the control group ($p < .01$). The experimental group was also able to control their blood pressure significantly better than the control group ($p < .01$), with 93.33% of the experimental group able to control their blood pressure compared to 13.33% of the control group

Keyword: Self-Management Promoting Program, Health Belief Perception, Medication Behavior, Patient with Uncontrolled at Hypertension, Elderly

บทนำ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปี 2019 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรทั่วโลก ร้อยละ 33 ในประเทศพัฒนาแล้ว ร้อยละ 32 ประเทศในแถบยุโรป ร้อยละ 37 ประเทศในแถบแปซิฟิก ร้อยละ 28 ส่วนประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32 พบในเพศชาย ร้อยละ 34 เพศหญิง ร้อยละ 64 และพบในประชากรกลุ่มอายุ 50 - 79 ปี ร้อยละ 49 องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายลดอุบัติการณ์ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ไม่เกินร้อยละ 21 ในปี 2025 (World Health Organization, 2023) โดยในปี 2019 ทั่วโลกพบความชุกของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ร้อยละ 26 ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 92.1 ล้านคน หรือเกือบ 3 ใน 4 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีสาเหตุมาจากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 28 - 40 (Aekplakorn, W., 2021) ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ร้อยละ 80 - 81 (Ongkulna, K. et al., 2020) และผู้ป่วยที่ขาด

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ร้อยละ 31.6 - 49 เป็นผู้สูงอายุ (ไหมมุนีะ สังขาว และเพลินพิศ ฐานิวัฒนา นนท์, 2561)

จากการทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการใช้ยา ได้แก่ ไม่ให้ความสำคัญต่อระดับความดันโลหิตของตนเอง โดยพบร้อยละ 24 - 30 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงและ ร้อยละ 32 ไม่ได้รับการรักษา (Muli, S. et al., 2020) การไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา ความกังวลกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง หรือการรับประทานยาหลายขนานเนื่องจาก 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ทำให้เกิดความซับซ้อนในการรักษา (Liu, P. et al., 2020); (Burnier, M. et al., 2020) รวมทั้งเป็นผลจากการเสื่อมสภาพของร่างกายและสติปัญญาตามวัย ทำให้ความสามารถในด้านการคิด การตัดสินใจและความจำลดลง ทำให้หลงลืม พบผู้สูงอายุ ร้อยละ 17 ความสามารถในการบริหารวางแผน การบริหารยาลดลง และร้อยละ 34 และความสามารถในการรับประทานยาด้วยตนเองลดลง (Burnier, M. et al., 2020) ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ และการจัดการตนเองได้ไม่ได้เต็มศักยภาพเท่ากับในวัยผู้ใหญ่ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (American Heart Association, 2017); (World Health Organization, 2023) คือ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 69 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 77 โรคหัวใจวายเรื้อรัง ร้อยละ 74 โรคหลอดเลือดอวัยวะส่วนปลาย ร้อยละ 60 และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดเอออร์ติกแตก หลอดเลือดใหญ่ในทรวงอกและช่องท้องแตก (Burnier, M. et al., 2020) จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุในการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

แนวคิดที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการจัดการตนเอง (Self - Management) คือ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลลิกบาย (Kanfer, F. H. & Gaelick - Buys, L., 1991) ซึ่งได้เสนอวิธีการจัดการตนเอง โดยเน้นที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพในการให้คำแนะนำ กระตุ้นและเสริมแรงให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และแสดงบทบาทอิสระจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการจัดการตนเอง โดยแนวคิดนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของสเตชเชอร์และโรสตันเบอร์เกอร์ (Strecher, V. & Rosenstock, I., 1997) ซึ่งแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าบุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสที่จะเกิดโรค หรือเมื่อเกิดโรคแล้วมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีการจัดการตนเองไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องได้นั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ ประโยชน์จากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะนำไปสู่การจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยา (Ongkulna, K. et al., 2020) มีหลายการศึกษาได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไหมมุนีะ สังขาว และเพลินพิศ ฐานิวัฒนา นนท์, 2561); (สุพัตรา สิทธิวงษ์ และคณะ, 2560) ต่อมาได้มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างแพร่หลาย เช่น ใช้แอปพลิเคชัน WeChat โดยการส่งข้อความเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการแสดงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต คำแนะนำให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การ



ควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย (Sun, Z., 2014) และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กมลชนก เจริญวงศา และคณะ, 2565)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อุดรดิตถ์ 2 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,326, 2,453 และ 2,691 คน ตามลำดับ (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อุดรดิตถ์, 2566) แม้ว่าศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อุดรดิตถ์ ได้จัดกิจกรรมที่หลากหลายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และจัดกิจกรรมเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ แต่จากสถิติ ปี พ.ศ.2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ จำนวน 2,179 คน คิดเป็นร้อยละ 80.97 และอยู่ในวัยสูงอายุ จำนวน 1,542 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.32 จากการศึกษา นำร่องในผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ จำนวน 50 ราย พบว่า สาเหตุสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้คือ พฤติกรรมการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสริม สาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ คือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา เนื่องจากลืมเพราะยุ่งกับงานประจำที่ทำ ยาหมดไม่มีใครมารับยา กลัวเป็นโรคไตวาย ใช้ยาหลายชนิด จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนเป็นยาลดความดันโลหิต หักยาเอง เพราะไม่มีอาการผิดปกติ จึงคิดว่าหายจากโรค ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบหรือแสดงอาการยังไม่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพทั่วไปในขณะที่ไม่ป่วยและเมื่อเจ็บป่วยจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาสถานบริการหรือพึ่งพาให้น้อยที่สุด โดยประยุกต์ใช้ความรู้และกลวิธีการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงความต้องการของผู้รับบริการ ครอบครัวและกลุ่มคนได้อย่างแท้จริง สร้างทางเลือกของการดูแลสุขภาพที่หลากหลายแต่มีมาตรฐาน รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพของชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจบูรณาการแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลลิคบาย (Kanfer, F. H. & Gaelick - Buys, L., 1991) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของสเตรเชอร์และโรสตันเบอร์เกอร์ (Strecher, V. & Rosenstock, I., 1997) ร่วมกับบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ มาใช้ในการกระตุ้น อำนวยความสะดวก ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อุดรดิตถ์ 2 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อ ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสมและสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การได้มาของประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อุดรดิตถ์ 2 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2567 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากผลการวิจัยของไหมมู๊วะ สังขว และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ได้ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า หลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสม่ำเสมอเท่ากับ 49.10 (SD. = 1.10) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสม่ำเสมอ เท่ากับ 38.90 (SD. = 21.0) (ไหมมู๊วะ สังขว และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2561) นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้ Mean: Difference Between Two Independent Means (Two Group) ค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power Of Test) ที่ระดับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้มากกว่า 6 เดือน 3) ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ตัว นานติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนนับถึงวันรวบรวมข้อมูล 4) เป็นผู้บริหารยาเองและอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้ 5) ไม่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย 6) สติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 7) มีโทรศัพท์ และสามารถสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ 8) ยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 179/109 มิลลิเมตรปรอท 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงระหว่างการวิจัย 3) เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80 4) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งหลังสุดท้าย และโรคแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของสเตชเชอร์และโรสตันเบอร์ก (Strecher, V. & Rosenstock, I., 1997) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่แน่ใจ (3) เห็นด้วย (4) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)

เกณฑ์การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้สูตรคำนวณความห่างของอัตราภาคขึ้น

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับ น้อยที่สุด
 คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับ น้อย
 คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง



คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับ มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4) ปฏิบัติบางครั้ง (3) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2) และ ไม่เคยปฏิบัติ (1)

เกณฑ์การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้สูตรคำนวณความห่างของอัตราภาคชั้น

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 มีพฤติกรรมกรับประทานยาอยู่ในระดับ ไม่เหมาะสม

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 มีพฤติกรรมกรับประทานยาอยู่ในระดับ เหมาะสมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 มีพฤติกรรมกรับประทานยาอยู่ในระดับ เหมาะสมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 มีพฤติกรรมกรับประทานยาอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 มีพฤติกรรมกรับประทานยาอยู่ในระดับ เหมาะสมมากที่สุด

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

2.2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นชุดกิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (SELF - MANAGEMENT CONCEPT) ของเคนเฟอร์ และเกลลิคบาย (Kanfer, F. H. & Gaelick - Buys, L., 1991) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของสเตรเชอร์และโรสตันเบอร์ก (Strecher, V. & Rosenstock, I., 1997) ร่วมกับบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active Participation) ของผู้ป่วยโดยจัดกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

2.2.1.1 การประเมินตนเอง (Self - Assessment) เป็นขั้นตอนของการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรคและพฤติกรรมกรับประทานยารักษาความดันโลหิตที่ผ่านมาว่าประสบปัญหาใดบ้าง การประเมินตนเองของผู้ป่วย เป็นการสะท้อนข้อมูลตามการรับรู้ตนเอง ทำให้เกิดการรับรู้ปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และความต้องการแก้ไขปัญหามาของตนเอง

2.2.1.2 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal - Setting) ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้และเป็นพลังขับเคลื่อนให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพหรือผู้วิจัย

2.2.1.3 การให้ความรู้และให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตัวเอง (Coaching & Skill Training) โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลทางสุขภาพ (Information Giving) เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความสำคัญในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมกรับประทานยาที่ดีขึ้น หลังจากให้ความรู้ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินและเพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ขาด และเสริมแรงใจทั้งโดยการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ และติดตามเยี่ยมบ้าน

2.2.1.4. การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) โดยผู้ป่วยจดบันทึกการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และให้ผู้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการควบคุมอาหารและการใช้ยาอย่างเคร่งครัดของตนเองที่ปฏิบัติได้จริงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองและจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2.2.1.5 การเสริมแรงตนเอง (Self - Reinforcement) เป็นขั้นตอนของการสร้างแรงจูงใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถกระทำพฤติกรรมกรับประทานยาอย่างเคร่งครัดได้บรรลุตามเป้าหมาย โดยผู้วิจัยสนทนา

สร้างแรงจูงใจ การให้กำลังใจ แสดงความชื่นชม สะท้อนถึงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งขณะผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก การโทรติดตามเป็นรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการใช้ยาที่เหมาะสมและเสริมแรงผู้ป่วยให้มีแนวโน้มในการปฏิบัติเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง

2.2.2 วิธีทัศนัยการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยศึกษาวิธีทัศนัยที่เผยแพร่ผ่านออนไลน์และไม่มีลิขสิทธิ์ ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ความรู้ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง 2) ความรู้ เรื่องการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง 3) ความรู้เรื่องวิธีใช้โมบายแอปพลิเคชันเตือนการกินยา

2.2.3 โมบายแอปพลิเคชันแจ้งเตือนกินยา ผู้วิจัยศึกษาแอปพลิเคชันแจ้งเตือนออนไลน์ที่สามารถใช้ได้โดยไม่ติดเรื่องลิขสิทธิ์ และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ Max - แจ้งเตือนกินยา ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่เรียบง่าย ใช้งานง่าย และไม่ต้องบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยมาก เพียงแค่เปิดเข้าหน้าจอแอป ใส่ชื่อยา เวลาที่จะให้แอปแจ้งเตือน และเมื่อถึงเวลาจะมีเสียงแจ้งเตือน ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังไม่กินยาจะมีเสียงโทรเข้าเพื่อเตือนการกินยาอีกครั้ง เพียงกลุ่มตัวอย่างตอบรับการกินยา ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ และสามารถดูประวัติการกินยาย้อนหลังได้ ทำให้สามารถตรวจสอบพฤติกรรมกินยาของกลุ่มตัวอย่างได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการการใช้ยา โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สื่อวิธีทัศนัย โมบายแอปพลิเคชันแจ้งเตือนกินยา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า Index Of Item Objective Congruence อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้เท่ากับ .91 และพฤติกรรมการใช้ยาได้เท่ากับ .82 ส่วนโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สื่อวิธีทัศนัย โมบายแอปพลิเคชันแจ้งเตือนกินยา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ รหัสจริยธรรม 1/2567 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ขอรับสมัครอาสาสมัคร และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นนัดหมายอาสาสมัครเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยการสมัครใจ และการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การรักษาความเป็นส่วนตัว และเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลต่าง ๆ มีการนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม และทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี เพื่อให้เกิดความยุติธรรม ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพึงได้รับ และผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำให้มีความเท่าเทียมกัน และหลังจากสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่างผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำบัญชีรายชื่อและตรวจสอบวัน เวลานั้นนัดหมายมาติดตามการรักษา

3.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างจากข้อที่ 1 ที่มาตรวจตามนัดหมาย เชิญชวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ตอบ



แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการจับคู่ (Match Pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด และให้ผู้ป่วยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และดำเนินการดังนี้

3.2.1 กลุ่มควบคุมผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา (Pre - Test) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองอุดรดิตถ์ 2 ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต การตรวจหาภาวะแทรกซ้อนและการส่งต่อพบแพทย์ โดย และเจ้าหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา (Post - Test) ให้ความรู้ และเรียนรู้วิธีการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนใช้ยา พร้อมสื่อวีดิทัศน์ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาเพิ่มเติม

3.2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (Pre - Test) สรุปคะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาและแจ้งผลให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ และดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง 2) วางแผนการเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงเนื้อหาการเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องยาควบคุมความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยใช้ และเรียนรู้วิธีการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนใช้ยา 3) ผู้วิจัยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง โดยสรุปประเด็นสำคัญของเนื้อหาให้กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้ที่บ้านโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้และสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากสื่ออื่น ๆ ด้วยตนเองได้ แจ้งผู้ป่วยทราบว่าในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยจะส่ง QR code วีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูง ลงโปรแกรมแอปพลิเคชันแจ้งเตือนการใช้ยา สอนและฝึกทักษะการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนการใช้ยาไปให้กลุ่มตัวอย่าง 4) แจ้งแผนการติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ 3 ครั้งและติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อติดตาม ปัญหาอุปสรรคและให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ด้วยตนเอง สนับสนุนและส่งเสริมการกำกับติดตามตนเองของกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ ประเมินความรู้เรื่องการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนการใช้ยา สอบถามปัญหา อุปสรรคการใช้ และให้คำแนะนำ ผู้วิจัยส่ง QR code ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างทบทวน

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตาม ประเมินความรู้เรื่องการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนการกินยา สอบถามปัญหา อุปสรรคการใช้ และให้คำแนะนำ ผู้วิจัยส่ง QR code ทบทวนความรู้เรื่อง การใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมนัดหมายวัน เวลา เยี่ยมติดตามที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ทักทายผู้ป่วย วัดความดันโลหิต และพฤติกรรมใช้ยารวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ให้คำแนะนำและข้อมูลเพิ่มเติมที่เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และตรวจสอบการใช้ยาในแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ ประเมินความรู้ สอบถามปัญหา อุปสรรคการใช้ยา ให้คำแนะนำ และส่ง QR code ให้ทบทวนความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมนัดหมายวัน เวลา เยี่ยมติดตามที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง ทักทายผู้ป่วย วัดความดันโลหิต ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา ตรวจสอบการใช้ยาในแอปพลิเคชันไลน์ และสรุปการเรียนรู้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่าง



ตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา (Post - Test) สรุปผลการควบคุมความดันโลหิตสูง คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาและแจ้งผลให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ เกณฑ์การประเมินการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

4.1 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ และไคส์แคว

4.2 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยสถิติ dependent t - test

4.3 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ in - dependent t - test

4.4 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบไคส์แคว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 66.33 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 93.33 มีระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 - 10 ปี ร้อยละ 56.67 ไข้ยารักษา 1 ชนิด ร้อยละ ร้อยละ 46.67 และไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 96.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 93.33 ประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.00 มีระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 - 10 ปี ร้อยละ 60.00 ไข้ยารักษา 1 ชนิด ร้อยละ 50.00 และไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 96.67 เปรียบเทียบเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยารักษา และโรคแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการใช้ยาหลังทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์หลังทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการใช้ยาก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		t	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง						
กลุ่มทดลอง	2.78	.41	3.84	.26	- 14.01	.01
กลุ่มควบคุม	2.81	.36	2.88	.24	- 1.07	.30
การรับรู้ประโยชน์						
กลุ่มทดลอง	3.03	.35	4.05	.31	- 11.03	.01
กลุ่มควบคุม	2.88	.46	3.35	.24	- 5.02	.01



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง (ต่อ)

	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		t	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การรับรู้อุปสรรค						
กลุ่มทดลอง	1.37	.48	2.20	.59	- 5.45	.01
กลุ่มควบคุม	1.45	.46	1.61	.44	- 1.54	.13
พฤติกรรมมารับประทานยา						
กลุ่มทดลอง	2.82	.40	3.08	.39	- 3.12	.01
กลุ่มควบคุม	2.84	.54	2.84	.30	- .03	.98

3. ก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนหลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การรับรู้ความรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง						
ก่อนทดลอง	2.78	.41	2.80	.37	- .266	.79
หลังทดลอง	3.84	.26	2.81	.36	14.61	.01*
การรับรู้ประโยชน์						
ก่อนทดลอง	3.03	.35	2.88	.46	1.37	.18
หลังทดลอง	4.05	.31	3.35	.24	9.68	.01*
การรับรู้อุปสรรค						
ก่อนทดลอง	1.37	.48	1.45	.46	.717	.48
หลังทดลอง	2.20	.59	1.61	.44	4.36	.01*
พฤติกรรมการใช้ยา						
ก่อนทดลอง	2.82	.40	2.84	.54	- 1.36	.890
หลังทดลอง	3.08	.39	2.84	.30	2.66	.01*

* $p < .01$

กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 93.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้เพียง ร้อยละ 13.33 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p - value
	n	%	n	%		
ควบคุมได้	28	93.33	4	13.33	38.57	.01*
ควบคุมไม่ได้	2	6.67	26	86.67		

* $p < .01$

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการใช้ยา และการควบคุมความดันโลหิตหลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากก่อนใช้โปรแกรมฯ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องยาควบคุมความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยใช้โดยการอธิบาย ตอบข้อซักถามผู้ป่วยและนัดผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด โดยไม่ได้ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชัน หลังจากนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมาใช้ กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง วางแผนการเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง รับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา รวมทั้งใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนใช้ยาทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ 3 ครั้งและติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง เพื่อติดตามปัญหา อุปสรรค ให้คำแนะนำและเสริมแรงให้กลุ่มทดลองจัดการตนเองในการใช้ยา ปรับพฤติกรรมการใช้ยารวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค มีพฤติกรรมการรับประทานยา และควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุสรฤภา ภาคปิยวัชร พบว่าหลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดุชนภา ภาคปิยวัชร, 2560) ผลการวิจัยยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเคร่งครัดดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความเชื่อและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยบูรณาการองค์ความรู้การจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลลิกบาย (Kanfer, F. H. & Gaelick - Buys, L., 1991) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของสเตชเชอร์และโรสตันเบอร์ก (Strecher, V. & Rosenstock, I., 1997) ร่วมกับบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีจุดเน้น คือ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของผู้ป่วย ผ่านการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์ ตั้งแต่ประเมินการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายการควบคุมความดันโลหิต การวางแผนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้วิจัยและทีมสุขภาพสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการการใช้ยาด้วยตนเอง ทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการการใช้ยาด้วยตนเอง คือ การให้ความรู้โดยผู้วิจัย และให้กลุ่มทดลองศึกษา

และทบทวนความรู้จากวิดีโอที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้ โดยเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงและความเสี่ยงจากการที่ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เช่น นพากรณ์ จันทรศรี และคณะ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .000) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ซีสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (นพากรณ์ จันทรศรี และคณะ, 2563) ศิรินทรา ด้วงใส ศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ศิรินทรา ด้วงใส, 2560) และสุพัตรา สิทธิวิง และคณะ ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) (สุพัตรา สิทธิวิง และคณะ, 2560)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้แอปพลิเคชันช่วยเตือนการกินยา เป็นแอปที่เรียบง่าย ใช้งานง่าย โดยจะใส่ชื่อและเวลารับประทานยาที่กลุ่มทดลองแต่ละคนใช้ เมื่อถึงเวลากินยาแอปพลิเคชันจะมีเสียงแจ้งเตือน ถ้ากลุ่มทดลองยังไม่กินยาจะมีเสียงโทรเข้าเพื่อเตือนการกินยาอีกครั้ง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการกินยา ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ และสามารถดูประวัติการกินยาย้อนหลังได้ ทำให้สามารถตรวจสอบพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองได้ รวมทั้งผู้วิจัยได้ติดตามปัญหา อุปสรรคในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่องทั้งการติดตามทางโทรศัพท์ / แอปพลิเคชันไลน์และการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มทดลองรายที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม ผู้วิจัยส่ง QR code ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์และการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงเพื่อให้กลุ่มทดลองทบทวนความรู้ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต ความรุนแรงและความเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 93.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้เพียง ร้อยละ 13.33 สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรชนพร วงษ์เส และคณะ พบว่าการติดตามประเมินปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีแบบแผน ทำให้สามารถสืบค้นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ ทั้งหมด 190 ปัญหาและหลังการทดลองปัญหาลดลงเหลือ 6 ปัญหา และอัตราความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 70 เป็น ร้อยละ 97 และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สามารถควบคุมได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 25.7 เป็นร้อยละ 78.6 (ภัทรชนพร วงษ์เส และคณะ, 2562) เชม พ้ามิตินนท์ และคณะ ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่ร่วมมือในการใช้ยา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาพบว่า มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ดี (เชม พ้ามิตินนท์ และคณะ, 2564) และสุภาพร สุปินธรรม ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูนติดตามผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภาพร สุปินธรรม, 2566)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีการรับรู้ความรู้ แรงและความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการใช้ยา และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ส่งเสริมความเชื่อและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงรายใหม่ 2) นำโปรแกรมนี้ ไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 3) ควรเพิ่มกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้ แรง และการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการรับประทานยา โดยพัฒนาสื่อเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะราย และ 4) ควรมีการเพิ่มโปรแกรมการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสร้างแรงสนับสนุนในสังคม เพื่อเสริมแรงของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงลดอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งจะช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างยั่งยืน ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาวในช่วง 3, 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา และควรศึกษาเชิงทดลองที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต เช่น อายุ เพศ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รูปแบบการใช้ชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก เจริญวงศา และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(2), 313-325.
- เชม ฟ้ามิตินนท์ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. PCFM, 3(2), 59-68.
- คุณภา ภาคปิยวัชร. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. ใน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- นพภรณ์ จันทรศรี และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 6(2), 58-68.
- ภัทรธนพร วงษ์เส และคณะ. (2562). ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต. ใน การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช ครั้งที่ 9. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช.
- ศิรินทรา ด้วงใส. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. ใน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อุดรดิตถ์. (2566). สถิติประจำปี 2566. อุดรดิตถ์: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อุดรดิตถ์.
- สุพัตรา สิทธิวัง และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร, 47(2), 85-97.

- สุภาพร สุปินธรรม. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้จ่ายต่อความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. *เภสัชกรรมคลินิก*, 29(1), 51-64.
- ไหมมุนีะ สังขาว และเพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. (2561). การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. ใน การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8. จังหวัดนนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Aekplakorn, W. (2021). The sixth national health examination survey of Thailand population (2019 - 2020). Bangkok: Faculty of medicine Ramathibodi hospital Mahidol University.
- American Heart Association. (2017). 2017 ACC/ AHA blood pressure guideline treatment recommendations and risk For cardiovascular events and all - cause mortality. *J Am Coll Cardiol*, 72(11), 1187-1197.
- Burnier, M. et al. (2020). Hypertension and Drug Adherence in the Elderly. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 20(5), 1-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). National Center for Health Statistics. International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD - 10 - CM). Retrieved September 5, 2023, from <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>
- Kanfer, F. H. & Gaelick - Buys, L. (1991). Self - management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods*. (4th ed.) New York: Pergamon Press.
- Liu, P. et al. (2020). Frailty and hypertension in older adults: current understanding and future perspectives. *Hypertension Research*, 43(2020), 1352-1360.
- Muli, S. et al. (2020). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in older people: results from the population-based KORA-age 1 study. *BMC Public Health*, 20(2020), 1049.
- Ongkulna, K. et al. (2020). Enhancing Self - Management through Geragogy - Based Education in Older Adults with Uncontrolled Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 26(4), 690-705.
- Strecher, V. & Rosenstock, I. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 41 - 58). California: Jossey - Bass.
- Sun, Z. (2014). Aging, Arterial Stiffness, and Hypertension. *Hypertension*, 65(2), 252-256.
- World Health Organization. (2023). Global report on hypertension: The race against a silent killer. World Health Organization. Retrieved February 1, 2023, from <https://creativecommons.org>