



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่
โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน
Effects of Drug Self-Management Supporting Program on
Drug Self-Management Behavior and Blood Pressure in
Adult Post-Hypertensive Urgency Patients

สำรวย อาญาเมือง
Samruay Ayamuang

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่
โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน
Effects of Drug Self-Management Supporting Program on
Drug Self-Management Behavior and Blood Pressure in
Adult Post-Hypertensive Urgency Patients

สำรวย อาญาเมือง
Samruay Ayamuang

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทุษร้ายต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทุษร้ายและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
ผู้เขียน	นางสาวสำรวย อาญาเมือง
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นานนท์)
.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ
(รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ)	(รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ)
กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช จิตตุนนท์)
กรรมการ (ดร. ญันท วอลเตอร์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ดี ฟารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวสำรวย อาญาเมือง)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวสำรวย อาญาเมือง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
ผู้เขียน	นางสาวสำรวย อาญาเมือง
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดนราธิวาส แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยการจับคู่เพศ ระดับค่าความดันโลหิต และกลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลิกบายส์ ร่วมกับแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการ 4 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-14.96$ และ 15.87 , $p<.001$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.28$ และ -7.16 , $p<.001$) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.77$ และ -4.04 , $p<.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t=1.94$, $p=0.07$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t=-2.34$, $p=0.03$) และค่าเฉลี่ยความดันไตแอสโตลิคของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t=-1.08$, $p=0.29$)

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะ คือ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในการควบคุมค่าความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังได้ ซึ่งควรมีการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมหากมีการนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทอื่น

Thesis Title	Effects of Drug Self-Management Supporting Program on Drug Self-Management Behavior and Blood Pressure in Adult Post-Hypertensive Urgency Patients
Author	Samruay Ayamuang
Major Program	Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Academic Year	2017

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of drug self-management supporting program on drug self-management behavior and blood pressure in adult post-hypertensive urgency patients. Fifty subjects were purposively selected from patients attending the hypertensive clinic in two community hospitals, Narathiwat province. They were matched pairwise by sex, grade of hypertension and medication group into either the control or intervention group, 25 in each group. The subjects in the control group received usual care while those in the intervention group attended the drug self-management supporting program based on the Kanfer and Gaelick-Bays self-management model and 7 life style ping-pong ideas combined with usual care for 4 weeks. The research instruments included 1) the intervention tool: the drug self-management supporting program and 2) the data collection tools: the demographic questionnaire and the drug self-management behavior questionnaire. Content validity was validated by 3 experts. Twenty-five subjects were tested for reliability, using with Cronbach's alpha coefficient, which yielded the value of .75. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and paired t-test.

Results revealed that the mean scores of drug self-management behavior in the intervention group was significantly higher than that before the study and compared to the control group ($t=-14.96$ and 15.87 respectively, both $p<.001$). The mean score of systolic blood pressure in the intervention group was significantly decreased compared with that before the study and compared to the control group ($t=8.28$ and -7.16 respectively, both $p<.001$). The mean score of diastolic blood pressure in the intervention group was significantly decreased compared with that

before the study and compared to the control group ($t=4.77$ and -4.04 respectively, both $p<.001$). For the control group, the mean score of drug self-management behavior was not significantly different ($t=1.94$, $p=.07$). The mean score of systolic blood pressure was significantly higher after the study than before the study ($t=-2.34$, $p=.03$) but the mean score of diastolic blood pressure was not significantly different ($t=-1.08$, $p=0.29$).

Findings of this study suggested that the drug self-management supporting program is effective for hypertension control in adult post-hypertensive urgency patients. To utilize the developed program, modification may be needed to suit other contexts.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร รองศาสตราจารย์อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ และอดีตอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ. ไหมไทย ศรีแก้ว ที่ให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ ดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสามท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรือเสาะ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน เจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลรือเสาะ รวมทั้งผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสาครทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว และคุณนิลาตีพะห์ นิมอ ที่ให้กำลังใจและเคียงข้างช่วยเหลือจนมีพลังในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ รวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน

สำรวจ อาญาเมือง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและภาวะการควบคุมโรค.....	14
การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง.....	31
การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง.....	37
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	54
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	66
ผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	90
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	92
เอกสารอ้างอิง.....	93
ภาคผนวก.....	100
ก ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	101
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	102
- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	102
- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	107
ค ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ.....	134
จ ผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา.....	138
ฉ ความแตกต่างของค่าความดันโลหิตในแต่ละช่วงสัปดาห์.....	144
ช ความแตกต่างของค่าร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละช่วงสัปดาห์.....	147
ซ ข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ.....	148
- การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม.....	148
- การประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้.....	150
ณ แบบประเมินทักษะการวัดค่าความดันโลหิต.....	152
ญ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย.....	153
ฎ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	154
- ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม.....	154
- พยาบาลประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้.....	155
ประวัติผู้เขียน.....	156

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ (N=50).....	67
2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ (N=50).....	70
3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (n=25).....	72
4 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (N=50).....	73
5 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (N=50).....	74
6 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (n=25).....	75
7 ผลการเปรียบเทียบการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (N=50).....	134
8 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเลวิน (N=50).....	135
9 ผลการเปรียบเทียบการทดสอบการกระจายของข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา และการใช้ยา (จำนวนมือและจำนวนเม็ดยา) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50).....	136

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
10 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา และการใช้ยา (จำนวนมือและจำนวนเม็ดยา) ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสกีว (N=50).....	137
11 เปรียบเทียบผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทุ ยาของกลุ่มทดลองทดลองก่อนและหลังการทดลอง (N=50).....	138
12 เปรียบเทียบผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทุ ยาของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (N=50).....	141
13 ความแตกต่างของค่าความดันซิสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการ วัดซ้ำ (n=25).....	144
14 ความแตกต่างของค่าความดันไดแอสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการ วัดซ้ำ (n=25).....	145
15 ความแตกต่างของร้อยละการรับประทุยาในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดย การวัดซ้ำ (n=25).....	147

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
2 รูปแบบการวิจัย.....	48
3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	51
4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	64
5 แผนภูมิการใช้โปรแกรม.....	118
6 แผนภูมิการใช้สื่อ วัสดุ และอุปกรณ์ในการใช้โปรแกรม.....	119

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases [NCD]) องค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ ครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โดยร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยในประเทศกำลังพัฒนาและเป็นกลุ่มวัยแรงงาน (World Health Organization [WHO], 2012) สอดคล้องกับในประเทศไทยที่พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการความชุกสูงสุด มีแนวโน้มของอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่และการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 เพิ่มขึ้นจาก 500.65 เป็น 937.58 (สำนักระบาดวิทยา, 2556) และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในภาพรวมของปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.09, 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าเมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2556 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) นอกจากนี้ ผลการสำรวจกับกลุ่มประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ร้อยละ 21.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และที่น่าเป็นห่วงคือ อัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ค่อนข้างต่ำ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557) และร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (อินทนนท์, 2556)

ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต มีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ป่วยร้อยละ 90 มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) แม้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังไม่มีผลกระทบต่ออวัยวะเป้าหมาย แต่หากไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตจนกลายเป็นภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเพิ่มความเสี่ยงและความถี่ในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Vlcek et al., 2008) การบาดเจ็บของไต ซึ่งจะส่งผลต่อ

โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่พบการยกตัวของช่วงเอสที และเพิ่มความเสี่ยงของภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 90 วัน (Szczech et al., 2010) ดังนั้น การจัดการกับสาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนเพื่อป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การขาดยา และหยุดยาเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อินทนนท์, 2556; Saguner et al., 2010) โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับประทานยา ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวนมื้อยาและปริมาณยามากเกินไป (สมลักษณ์, วิณา, สุจิตรา, และรุ่งนรินทร์, 2554; ศันสนีย์, 2556) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (ยศพลและคณะ, 2556; ยศพล, ปาลีรัฐญ์, และลลิตา, 2557) ความตระหนักรู้และความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา เช่น ลืมรับประทานยา การปรับขนาดยาเอง (เทวีญ, 2556; สุมนทา, 2556; Albus & Matthes, 2014) ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตามเป้าหมายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

เป้าหมายของการควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีที่ไม่มีโรคเบาหวานและโรคไตร่วมด้วย คือ ค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Joint National Committee 8 [JNC8], 2014) สำหรับผู้ป่วยหลังพ้นภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ต้องได้รับการหาสาเหตุและรักษาด้วยยาตั้งแต่ 2 ชนิดรวมกันเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2558; JNC8, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของวารอน (Varon, 2003 อ้างตาม อินทนนท์, 2556) พบว่า ความดันไดแอสโตลิกที่น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย

แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) มุ่งเน้นให้บุคคลเป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาและเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม แนวคิดนี้มีการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โดยสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองและควบคุมความรุนแรงของโรคได้ดีขึ้น รวมทั้งมีการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การประเมินตนเอง การจัดการความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดและควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีขึ้นโดยใช้กิจกรรมในหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้คู่มือ (ชนิษฐา, 2557; สุพิณญาและคณะ, 2556) การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (ชนิษฐา, 2557) การใช้ต้นไม้สี (สุพิณญาและคณะ, 2556) การให้ความรู้ (ชนิษฐา, 2557; สุพิณญา, ชดช้อย, และธีรนุช, 2556; Thutsaringkarnsakul, Aunguroch, & Jitpanya, 2012) การติดตามทางโทรศัพท์ (ชลการ, 2557; Thutsaringkarnsakul et al., 2012) การเยี่ยมบ้าน (ณัฐิกา, แสงทอง, และวันทนา, 2555; สุพิณญาและคณะ, 2556) ซึ่งกิจกรรมที่ออกแบบตามแนวคิดการจัดการตนเองดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับ

กิจกรรมส่งเสริมการรับประทานยา คือ การบูรณาการหลักศาสนา การชมวีดีโอตัวอย่าง ปฏิทินยา ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี สัญลักษณ์มื้ออาหาร ตัวแบบมีชีวิต และสื่อภาพนิ่ง (นันทิกานต์และคณะ, 2558) การใช้เครื่องมือเตือนการรับประทานยา เช่น การใช้ตัลบายา นาฬิกาปลุก (ศันศินีย์, 2556) การให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบสั้น (กิริณา, วันทนา, และอรสา, 2557) จะเห็นได้ว่า กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เน้นให้ผู้ป่วยเป็นหลักโดยบูรณาการการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในการรับประทานยาไว้ด้วยกันจึงส่งผลให้พฤติกรรมรับประทานยาดีขึ้น ดังนั้น การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิต จะทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การเพิ่มพฤติกรรมรับประทานยาและลดค่าความดันโลหิต

อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้านพร้อมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (ชนิษฐา, 2557; เบลูจมาศ, ดวงฤดี, และทศพร, 2555; สุพิณญาและคณะ, 2556; Thutsaringkarnsakul et al., 2012) แม้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบรุนแรง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองเรื่องยา ทั้งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและต้องติดตามตนเองด้านการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ที่ให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเองอยู่เสมอ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจำเป็นต้องติดตามการรับประทานยาภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่เพื่อจัดการกับสาเหตุและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิต (Kgran, 2014) และเมื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เฉพาะเจาะจงด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีจำนวนไม่มาก และยังไม่สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างเต็มที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยา สอดคล้องกับผลจากการปฏิบัติงานของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส พบว่า แม้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 60 ปี ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค แต่จากการประเมินพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังโดยการสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี มีการหยุดยา และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความรีบเร่งในการทำงานทำให้รับประทานยาไม่ตรงเวลา อาการข้างเคียงจากยาส่งผลต่อการปฏิบัติงาน เช่น รับประทานยาแล้วเพลีย วิงเวียนศีรษะปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ และยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรค นอกจากนี้พบว่า เมื่อมาตามนัดผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน เนื่องจากได้รับคำแนะนำให้งดน้ำและงดอาหารก่อนมาโรงพยาบาล ส่งผลให้มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเรื้อรัง

(รายงานผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต โรงพยาบาลรือเสาะ, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่า งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังให้บริการผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป กล่าวคือ รูปแบบการดูแลยังเน้นเพียงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตัวเองทั่วไปที่ไม่มีความจำเพาะรายบุคคล การเข้าถึงโอกาสในการค้นหาปัญหารายบุคคลน้อย ข้อมูลที่ได้รับไม่สื่อให้ผู้รับบริการเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทายยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับเฉพาะข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาเท่านั้นแต่ยังไม่ทราบถึงการติดตามตนเองรวมถึงแนวทาง การจัดการตนเองเมื่ออาการข้างเคียงจากยาในระดับความรุนแรงต่าง ๆ รวมทั้งยังไม่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมส่งผลให้ไม่เกิดแรงจูงใจในการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่า การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการที่ชัดเจน

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทายยาเพื่อให้ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทายยาที่เหมาะสมและควบคุมค่าความดันโลหิต การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2556) ทั้งนี้ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทายยาที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ โปรแกรมมีความเฉพาะเจาะจงด้านการรับประทายยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน กล่าวคือ เน้นให้ผู้ป่วยเป็นหลักในการรับผิดชอบและมีส่วนร่วมใน การควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดโดยมีบุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมความเข้าใจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบูรณาการแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี เพื่อใช้สีในการประเมินและจัดกลุ่มตามค่าความดันโลหิต รวมถึงใช้กำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการจัดการตนเองด้านการรับประทายยาในทุกขั้นตอนของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทายยาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทายยาต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทายยาและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ที่กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองนำไปสู่การแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดป้องกันภาวะโรค 7 สี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ที่มุ่งเน้นให้มีการใช้สีบอกถึงการจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรค โดยใช้หลักเกณฑ์การเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2008) ระดับ 1 และระดับ 2 ดังนี้

1. แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ดังนี้

1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการควบคุมตนเองทั้งพฤติกรรมภายในและภายนอกที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ช่วยให้เกิดความตระหนักต่อพฤติกรรมของตนเองมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสังเกตตนเอง (self-observation) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตและรับรู้ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองทำให้ทราบผลของพฤติกรรมเป้าหมาย และเป็นข้อมูลที่ใช้ในการบันทึกพฤติกรรมตนเองช่วยให้เกิดการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม และ (2) การบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording) มีเป้าหมายเพื่อเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ทำให้ทราบผลของพฤติกรรมจัดการตนเองและเป็นข้อมูลย้อนกลับในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการประเมินผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมาย

3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เป็นการที่บุคคลกำหนดเกณฑ์ ลักษณะของการเสริมแรงตนเอง และปฏิบัติตามการเสริมแรงตนเองตามที่กำหนดไว้จากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการประเมินตนเอง ได้แก่ แรงเสริมด้านบวกเมื่อสามารถปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และแรงเสริมด้านลบเมื่อไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการจัดการตนเองทั้ง 3 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมรับประทายยาของตนเองมากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. แนวคิดการใช้ยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เพื่อควบคุมค่าความดันโลหิต โดยประยุกต์ใช้ผลของการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับหลักการ用药ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ซึ่งเป็นแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหลักฐานระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง (นันทิกานต์และคณะ, 2558; สุพิณญาและคณะ, 2556) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2556)

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มาใช้ในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการใช้สีเพื่อประเมินและบอกถึงการจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรค สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มตามความรุนแรงของค่าความดันโลหิต ได้แก่ กลุ่มปกติ คือ สีขาว กลุ่มเสี่ยง คือ สีเขียวอ่อน กลุ่มป่วยแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0-3 และกลุ่มโรคแทรกซ้อน คือ สีดำ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มาใช้ในการประเมินและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามค่าความดันโลหิตในการดำเนินโปรแกรม รวมถึงใช้กำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

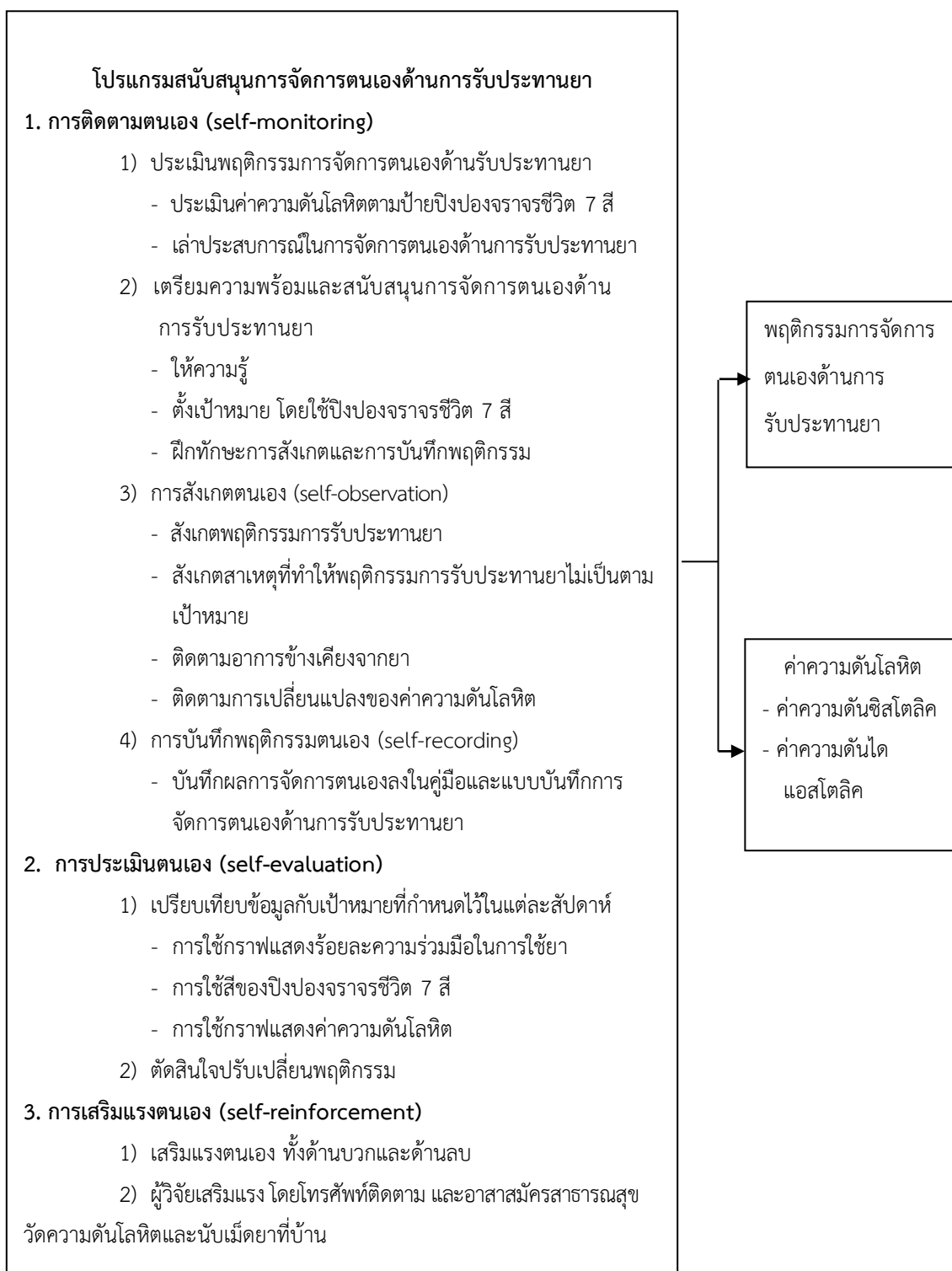
- 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ และเตรียมความพร้อมนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินค่าความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี และเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทาน (2) การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยให้ความรู้ ตั้งเป้าหมายพฤติกรรม จำลองสถานการณ์ การฝึกทักษะการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย (3) การสังเกตตนเอง (self-observation) โดยสังเกตพฤติกรรมรับประทานของตนเอง เผื่อระวังติดตามอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงของสีค่าความดันโลหิตจากกราฟและป้ายป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี และ (4) การบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording) เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในการประเมินตนเอง

2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) กิจกรรมในขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลการติดตามตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้ข้อมูลย้อนกลับกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจัดการประทานยาตามเป้าหมายนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมาย เพื่อให้สี่ของปิงปองจรจรชีวิต 7 สีสี่ขึ้นและความรุนแรงของค่าความดันโลหิตลดลง

3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) กิจกรรมในขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยกลุ่มตัวอย่างกำหนดแรงเสริมทั้งด้านบวกและด้านลบความต้องการของตนเอง รวมทั้งผู้วิจัยเสริมแรงโดยการติดตามทางโทรศัพท์ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การประเมินค่าความดันโลหิตและนับเม็ดยาที่บ้าน

การนำแนวคิดการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามาใช้ร่วมกับแนวคิดปิงปองจรจรชีวิต 7 สี และหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาได้ต่อเนื่องเป็นเวลานานขึ้น และเพิ่มโอกาสการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้มากขึ้น

ทั้งนี้กรอบแนวคิดการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

นิยามศัพท์

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ ร่วมกับหลักการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี่มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) โดยการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านรับประทานยา การเตรียมความพร้อมและจัดกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเองด้านการรับประทานยา (self-recording) (2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลการติดตามตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละสัปดาห์ และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และ (3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการกำหนดลักษณะของการเสริมแรงทั้งด้านบวกและด้านลบด้วยตนเอง และการเสริมแรงจากผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้านรับประทานยา ประกอบด้วย กระบวนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 3 ขั้นตอน คือ การประเมินตนเอง การติดตามตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกซ์-บายส์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อย และปฏิบัติสม่ำเสมอ ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในระดับดีกว่าคะแนนรวมน้อย

ค่าความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ตามหลักการวัดความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติที่ผ่านการตรวจสอบและทดสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์จังหวัดสงขลา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ลงทะเบียนรายชื่อกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (NCD clinic) ของโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง (30-90 เตียง) ในอำเภอหรือเสาะ และอำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว และนัดมาตรวจติดตามใน 1 สัปดาห์ถัดมา ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวทางการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงภายหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มีรูปแบบชัดเจน สอดคล้องกับบริบทความต้องการของผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังควรมีแนวทางของการมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตเรื้อรังต่ำ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย

3. พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ โดยคำนึงถึงหลักการรับประทานยาของโรคนั้น ๆ รวมทั้งการปรับวิธีการหรือกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทจริงของผู้ป่วย

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนแนวคิด หลักการ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในศึกษา ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและการควบคุมโรค
 - 1.1 ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 1.2 การประเมินภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 1.3 การแบ่งความรุนแรงของค่าความดันโลหิตโดยใช้ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี
 - 1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 1.5 ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 1.6 เป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
2. การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 2.1 แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
3. การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.2 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
4. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและการควบคุมโรค

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากขาดการติดตามตนเองจนมีผลต่อการควบคุมค่าความดันโลหิต โดยภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนเป็นภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตชนิดหนึ่ง แม้ยังไม่มีผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญ แต่หากไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการรักษาได้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านคุณภาพชีวิตและการสูญเสียชีวิต ทั้งนี้เอกสารจากวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและการควบคุมโรคในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน การประเมินภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน การแบ่งความรุนแรงของค่าความดันโลหิตโดยใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน และเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน มีรายละเอียดดังนี้

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (hypertensive urgency) เป็นภาวะที่ร่างกายมีค่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติมากในระยะเวลาสั้นและรวดเร็ว (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) โดยมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอทแต่ไม่พบผลเสียต่ออวัยวะสำคัญ ซึ่งจะพบได้ทั้งมีอาการแสดงหรือไม่มีอาการแสดง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

การประเมินภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนใช้แนวทางเดียวกับการประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

1. ประเมินความรุนแรงของค่าความดันโลหิต ซึ่งได้จำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ดังนี้

การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

ประเภท	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	และ	ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ดีที่สุด	< 120	และ	< 80
ปกติ	120 – 129	และ/หรือ	80 - 84
กลุ่มเสี่ยง	130 – 139	และ/หรือ	85 - 89
ระดับ 1 ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99
ระดับ 2 ความดันโลหิตสูงปานกลาง	160 - 179	และ/หรือ	100 - 109
ระดับ 3 ความดันโลหิตสูงรุนแรง	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110

ที่มา “การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป” โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558

2. ประเมินและค้นหาความเสียหายของอวัยวะสำคัญ (target organ damage: TOD) ได้แก่ (1) หัวใจ ตรวจพบ หัวใจห้องซ้ายโต หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจล้มเหลว (2) สมอง ตรวจพบ โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว สมองเสื่อม (3) ไต ตรวจพบ โรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ขาบวมร่วมกับภาวะซีดเรื้อรัง และ (4) ตา ตรวจพบ การเปลี่ยนแปลงที่จอประสาทตา ได้แก่ การตรวจพบขุ่นขาวในตาเลือดออก ขั้วประสาทตาบวม ซึ่งจะส่งผลให้ตามัวหรือมองไม่เห็นชั่วคราว

3. ประเมินและตรวจโรคที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน และประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า

4. ประเมินตรวจหาโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิที่อาจรักษาต้นเหตุได้ โดยข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ เช่น ค่าความดันโลหิตขึ้นลงในระยะเวลาอันสั้นร่วมกับอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพัก ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวทางการประเมินภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

การแบ่งความรุนแรงของค่าความดันโลหิตโดยใช้ป้องกันโรคหัวใจ 7 สี่

แนวคิดป้องกันโรคหัวใจ 7 สี่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) มุ่งเน้นให้ใช้สีบอกถึงการจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรค สำหรับโรคความดันโลหิตสูงมีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มตามความรุนแรงของค่าความดันโลหิตสอดคล้องกับการแบ่งค่าความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 ดังนี้

1. กลุ่มปกติ คือ สีขาว เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2. กลุ่มเสี่ยง คือ สีเขียวอ่อน เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 60-89 มิลลิเมตรปรอท

แนวทางการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรค และคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. กลุ่มป่วย แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

3.1 ระดับ 0 คือ สีเขียวเข้ม เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 89 มิลลิเมตรปรอท

3.2 ระดับ 1 คือ สีเหลือง เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 90-99 มิลลิเมตรปรอท

แนวทางการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มป่วยระดับ 0 และ 1 ที่มีความเสี่ยงน้อย คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค ร่วมกับติดตามค่าความดันโลหิตอย่างน้อย 2-3 เดือนต่อครั้ง และความเสี่ยงความปานกลาง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค และติดตามค่าความดันโลหิตอีก 2-4 สัปดาห์

3.3 ระดับ 2 คือ สีส้ม ค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับ 160-179 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 100-109 มิลลิเมตรปรอท

แนวทางการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มป่วยระดับ 2 ที่มีความเสี่ยงปานกลาง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค ร่วมกับติดตามค่าความดันโลหิตภายใน 1 เดือน และความเสี่ยงสูง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค ร่วมกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง

3.4 ระดับ 3 คือ สีแดง เป็นผู้ป่วยที่มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

แนวทางการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระดับ 3 คือ การรับประทานยา โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค และติดตามค่าความดันโลหิตภายใน 1 สัปดาห์

2. กลุ่มโรคแทรกซ้อน คือ สีดำ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเกี่ยวกับโรคหัวใจ สมอง ไต และตา

แนวทางการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มโรคแทรกซ้อน คือ การรับประทานยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค และติดตามค่าความดันโลหิตตามความรุนแรงของค่าความดันโลหิต

จากการจำแนกความรุนแรงของค่าความดันโลหิตดังกล่าวทั้งของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 และแนวคิดป้องกันจรรยาจริยชีวิต 7 สี ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 จะเห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระดับ 3 หรือสีแดง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และติดตามการรักษาใน 1 สัปดาห์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดป้องกันจรรยาจริยชีวิต 7 สี ในการประเมินและแบ่งความรุนแรงของค่าความดันโลหิต

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

โรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) มีดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ได้แก่

1.1. เพศ พบว่า เพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง เนื่องจาก เพศชายมักขาดความตระหนักและความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศหญิง (Albus & Matthes, 2014)

1.2. อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้นค่าความดันโลหิตจะสูงขึ้น โดยค่าความดันโลหิตจะมีเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา โดยจะมีความเสื่อมของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นส่งผลให้ค่าความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุที่มากขึ้น (นันทิกานต์และคณะ, 2558)

1.3. พันธุกรรมหรือประวัติครอบครัว ผู้ที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติในครอบครัว (Wang et al., 2015)

1.4. เชื้อชาติ โดยพบความดันโลหิตสูงในผิวดำมากกว่าผิวขาว (ปกรณ, 2554)

2. ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

2.1. น้ำหนัก ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วนโดยเฉพาะบริเวณส่วนเอว หรือส่วนบนของร่างกายจะมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติจะส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าความดันโลหิต (Wang et al., 2015)

2.2. ความเครียด เมื่อบุคคลเกิดความกังวลจะส่งผลให้ร่างกายกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกที่มีผลต่อการเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ทำให้ความดันหลอดเลือดแดงและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น (เสาวนีย์, 2556) โดยขณะที่ได้รับความเครียดอาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2.3. การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียม ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณระดับโซเดียมในร่างกายส่งผลให้ร่างกายมีการดูดกลับของน้ำเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่ามีภาวะกระตุ้นกลไกหดตัวของหลอดเลือดและระบบประสาทส่วนกลางมีผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วย (ผ่องพรรณ, 2556)

2.4. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินภายในบุหรี่จะกระตุ้นการหลั่งสารอีพิเนพริน และนอร์อีพิเนพรินส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและเร็วขึ้น นอกจากนี้ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว โดยหลังการสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นภายใน 15-30 นาที (จตุพร, 2551)

2.5. ระดับไขมันในเลือด พบว่า ระดับไตรกลีเซอไรด์มีผลต่อการทำงานของหลอดเลือด โดยระดับไขมันที่มากผิดปกติจะส่งผลให้การบีบตัวของหลอดเลือดซึ่งมีผลต่อค่าความดันโลหิต (Wang et al., 2015)

3. ปัจจัยแวดล้อม โดยค่าความดันโลหิตจะไม่เท่ากันตลอดวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเวลาและสภาพแวดล้อมนั้น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าความดันซิสโตลิกช่วงเช้าต่ำกว่าช่วงบ่าย และค่าความดันโลหิตขณะนอนหลับต่ำกว่าขณะตื่น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมีหลายประการ ซึ่งปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเองมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมชีวิตของบุคคลนั้น ๆ หากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้เหมาะสมจะทำให้ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตได้ แต่ในทางกลับกัน หากไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมโรคต่อไป

ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ได้แก่

1. การขาดยาและการหยุดยาเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อินทนนท์, 2556; Saguner et al., 2010; Vaidya & Ouellette, 2007; Vlcek et al., 2008) พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (Marik & Varon, 2007)

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตอย่างรวดเร็วในระยะเวลาสั้น (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555)

3. การใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีน มอร์ฟิน ผีน แล้วหยุดยาและอยู่ในระยะขาดยา (withdrawal) ซึ่งมักเกิดหลังจากหยุดเสพยาประมาณ 6-8 ชั่วโมง อาการจะมากที่สุดในวันที่ 2-3 และเกิดต่อเนื่อง 8-10 วัน ส่งผลต่อร่างกายกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติจนมีค่าระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (Vaidya & Ouellette, 2007)

4. โรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคเกี่ยวกับไต โรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ โรคเกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลาง และจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น (อินทนนท์, 2556; Vaidya & Ouellette, 2007) โดยโรคไตเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 50 ของความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ รองลงมา ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (ปกรณ, 2554)

ผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับการรับประทานยา คือ การขาดยา โดยมีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านการรับประทานยาซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังซ้ำและป้องกันผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายซึ่งจะมีผลรุนแรงตามมา

ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แม้เป็นภาวะที่ยังไม่พบผลเสียต่ออวัยวะสำคัญแต่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเรื้อรังเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน ซึ่งจะเกิดผลกระทบรุนแรงต่ออวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) โดยมีอวัยวะสำคัญได้รับอันตรายหนึ่งอวัยวะ ร้อยละ 76 สองอวัยวะ ร้อยละ 14 และสามอวัยวะ ร้อยละ 3 (อินทนนท์, 2556) ดังนี้

1. หัวใจ เป็นอวัยวะแรกที่ได้รับผลกระทบ และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ผนังหัวใจหนาตัวและยืดออกทำให้เกิดหัวใจโตและหัวใจวายได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจโตจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ภาวะน้ำท่วมปอด และการเสียชีวิตอย่างฉับพลัน (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2558; อินทนนท์, 2556)

2. สมอง ที่สำคัญได้แก่ ภาวะหลอดเลือดในสมองแตก และจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน คือ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งความเสี่ยงจะสูงขึ้นตามค่าความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; อินทนนท์, 2556)

3. ไต การตีบหรือตันของหลอดเลือดแดงจะส่งผลให้เลือดเลี้ยงไตไม่เพียงพอ หลอดเลือดไตเสื่อม ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง โดยโรคไตเป็นสาเหตุสำคัญที่พบบ่อยที่สุดของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในทางกลับกันความดันโลหิตที่สูงขึ้นก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดพยาธิสภาพที่ไตและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นจะยิ่งเพิ่มโอกาสการเกิดโรคไตและนับเป็นตัวบ่งบอกทำนายโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; อินทนนท์, 2556)

4. ตา ความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้หลอดเลือดแดงในตาเสื่อมลงอย่างช้า ๆ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จอประสาทตา เช่น พบปฏิกิริยาหลอดเลือด ขี้ขาวประสาทตาบวม ซึ่งจะส่งผลให้ตามัวหรือมองไม่เห็นชั่วคราว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; อินทนนท์, 2556)

จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าค่าความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นได้ส่งผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตาตามลำดับ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึง ร้อยละ 60-75 จากหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตกร้อยละ 20-30 และจากไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 5-10 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้น การควบคุมค่าความดันโลหิตที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจึงนับเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดผลกระทบดังกล่าว

เป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายสำคัญเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเป้าหมายของการควบคุมค่าความดันโลหิตและการเริ่มให้ยาขึ้นอยู่กับอายุ การมีโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; JNC8, 2014) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง

1.1. ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี เป้าหมาย คือ ค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

1.2. ผู้ป่วยอายุระหว่าง 60-80 ปี เป้าหมาย คือ การควบคุมค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140-150 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

1.3. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี เป้าหมาย คือ การควบคุมค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังทุกอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยไม่ได้เป็นโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยทุกอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังโดยอาจจะมีหรือไม่มีโรคเบาหวาน เป้าหมาย คือ การควบคุมค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

สำหรับเป้าหมายของค่าความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้ คือ การควบคุมให้ค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน

ปัจจุบันแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและการใช้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เป็นการเน้นเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่การเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงลดค่าความดันโลหิตที่จะส่งผลต่อปริมาณการให้ยา ประกอบด้วย

1.1. การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถลดค่าความดันซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม โดยการลดน้ำหนักลงร้อยละ 5 ขึ้นไปของน้ำหนักตัวตั้งต้นจะส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด

1.2. การรับประทานผัก ผลไม้ และอาหารไขมันต่ำตามแนวทางของหลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to stop Hypertension [DASH]) สามารถลดค่าความดันซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท โดยการรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวันสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆโดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.3. การจำกัดเกลือในอาหาร กล่าวคือ การรับประทานโซเดียมในอาหารให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัม สามารถลดค่าความดันซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท

1.4. การออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ จะสามารถลดค่าความดันซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

1.5. การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดค่าความดันซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท

1.6. การหยุดสูบบุหรี่ แม้ว่าไม่มีผลต่อการลดค่าความดันโลหิตโดยตรง แต่พบว่าสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ทั้งนี้ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเนื่องจากเป็นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย และจะสามารถทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต

2. การใช้ยาลดความดันโลหิต โดยผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าก่อนการเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; JNC8, 2014) คือ

2.1. กลุ่มเสี่ยงในระดับสูงและสูงมากจะได้รับยาทันที

2.2. กลุ่มเสี่ยงปานกลางหรือปานกลางถึงสูงจะได้รับยาเมื่อค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทหลังจากได้รับคำแนะนำอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2.3. กลุ่มเสี่ยงต่ำจะได้รับยาเมื่อค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทหลังได้รับคำแนะนำอย่างน้อย 1 เดือน

สำหรับการรักษาผู้ป่วยขณะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตนั้นแบ่งการรักษาตามชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555; อินทนนท์, 2556) คือ

1. ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับยาลดค่าความดันโลหิตทางหลอดเลือดอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ค่าความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็วและลดอันตรายต่ออวัยวะเป้าหมาย โดยใน 1 ชั่วโมงแรกดูแลให้ค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยลดลงร้อยละ 10-15 แต่ไม่ควรลดลงมากกว่าร้อยละ 25 เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ให้ลดค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 100-110 มิลลิเมตรปรอทในช่วง 2-6 ชั่วโมง และลดค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่ 24-72 ชั่วโมง

2. ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องรีบลดค่าความดันโลหิตลงอย่างรวดเร็วเนื่องจากจะส่งผลให้เกิดอันตรายได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย สมองขาดเลือดเฉียบพลัน ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบสงบเนื่องจากจะสามารถลดค่าความดันโลหิตได้อย่างน้อย 10-20 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ผู้ป่วยควรได้รับยาลดค่าความดันโลหิตชนิดรับประทานและติดตามค่าความดันโลหิตซ้ำหลังจากได้รับยาเป็นเวลา 3-6 ชั่วโมงและค่อย ๆ ลดค่าความดันโลหิตโดยเป้าหมายของการรักษา คือ การลดค่าความดันซิสโตลิกให้น้อยกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอทในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมง และนัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์

การควบคุมค่าความดันโลหิตโดยการใช้ยาลดความดันโลหิตมีแนวทางการปฏิบัติตามระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิต ได้แก่

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับ 1 และมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าในระดับต่ำถึงสูงให้เริ่มจากการใช้ยาชนิดเดียวก่อนหากไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายจึงเปลี่ยนชนิดยาและหรือค่อย ๆ เพิ่มยาชนิดที่ 2 และ 3 หรือเลือกใช้ยาคุใหม่จนเต็มขนาด

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ระดับ 2 และ/หรือมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าในระดับสูงถึงสูงมากจะเริ่มให้ยา 2 ชนิดรวมกันตั้งแต่แรก หากไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ให้เลือกใช้ยา 2 ชนิดคุใหม่ และค่อย ๆ เพิ่มยาจนเต็มขนาดและเพิ่มยาชนิดที่ 3 จนเต็มขนาดจนกระทั่งสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

สำหรับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นกลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตสูงมาก แนวทางการควบคุมโดยการใช้ยาและการปรับขนาดยาความดันโลหิตจะเริ่มให้ยา 2 ชนิดตั้งแต่แรก ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จึงค่อย ๆ เพิ่มยาจนเต็มขนาด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) โดยยาที่ใช้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตมี 5 กลุ่มหลัก (JNC8, 2014) ดังนี้

1. ยายับยั้งแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติงเอนไซม์ (Angiotensin-Converting enzyme inhibitors [ACEIs])

เป็นยาพื้นฐานชนิดแรกที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี และไม่มีเชื้อชาติเป็นชนผิวดำ เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ปลอดภัยและป้องกันการเกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญโดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตโดยรวม อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 9, 12, 14 ตามลำดับ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ยาที่เหมาะสมกับการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยและใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย ยกเว้นได้แก่ แคปโตพริล (Captopril) อีนาลาพริล (Enalapril) ลิซินาพริล (Lisinopril) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยากลับนี้ 2 ชนิด ได้แก่

1.1. แคปโตพริล (Captopril) ยาชนิดนี้เริ่มออกฤทธิ์ที่ 15-60 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 1-2 ชั่วโมง มีช่วงการออกฤทธิ์ที่ 6-12 ชั่วโมง และมีค่าครึ่งชีวิตน้อยกว่า 2 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) โดยต้องรับประทานยานี้ก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เนื่องจากอาหารอาจลดการดูดซึมของยา (Clayton & Stock, 2004) สำหรับอาการข้างเคียงจากยา แบ่งตามระบบ ดังนี้ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไข้ (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ความดันโลหิตต่ำขณะลุกยืน (3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง เบื่ออาหาร ท้องผูก ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน และ (4) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอเรื้อรังซึ่งพบได้มาก โดยการติดตามผู้ป่วย ได้แก่ ติดตามค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอาการไอเรื้อรังที่เกิดจากยา (Clayton & Stock, 2004; Lilley, Harrington, Snyder, Savoca, & Lake, 2007; Schilling et al., 2013)

1.2. อีนาลาพริล (Enalapril) ยาชนิดนี้เริ่มออกฤทธิ์ที่ 60 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 4-6 ชั่วโมง มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ 24 ชั่วโมง และมีค่าครึ่งชีวิตของยา 12 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) รับประทานยานี้ก่อนหรือหลังรับประทานอาหารก็ได้แต่ต้องรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกมื้อ (Clayton & Stock, 2004) สำหรับอาการข้างเคียงจากยา แบ่งตามระบบ ดังนี้ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน (3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และ (4) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอเรื้อรัง การติดตามผู้ป่วย ได้แก่ ติดตามค่าความดันโลหิต (Clayton & Stock, 2004; Lilley et al., 2007; Schilling et al., 2013)

ยายับยั้งแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (ACEIs) พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการไอเรื้อรังซึ่งมักเกิดขึ้นหลังการรักษา 1 อาทิตย์-6 เดือนและอาการจะหายไปเองใน 1-4 สัปดาห์หลังจากหยุดยา โดยยาแก้ไอไม่สามารถบรรเทาอาการได้

2. ยาปิดกั้นตัวรับสารแองจิโอเทนซิน 2 (Angiotensin receptor Blockers [ARBs])

ใช้เป็นยาทดแทนยาตัวยับยั้งแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (ACEIs) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้ เช่น อาการไอ นอกจากนี้ พบว่า สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่ากลุ่มยาตัวยับยั้งแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (ACEIs) ยากลุ่มนี้ได้แก่ อีโพรซาร์แทน (Eprosartan) แคนดีซาร์แทน (Candesartan) ลอซาร์แทน (Losartan) วาลซาร์แทน (Valsartan) เออบิซาร์แทน (Irbesartan) ในการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยากลุ่มนี้ 1 ชนิด ได้แก่

ลอซาร์แทน (Losartan) ยาชนิดนี้ไม่ทราบระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ที่ชัดเจน แต่ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 1 ชั่วโมง มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ 24 ชั่วโมง และมีค่าครึ่งชีวิตของยา 2 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) สำหรับอาการข้างเคียงจากยา แบ่งตามระบบ ดังนี้ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ บวม (3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ (4) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ตะคริว และ (5) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนต้น การติดตามผู้ป่วย ได้แก่ ติดตามค่าความดันโลหิต

ยาปิดกั้นตัวรับสารแองจิโอเทนซิน 2 (ARBs) พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลียจากความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน

3. ยาด้านเบต้า (Beta-Blockers)

ยากลุ่มนี้จะไม่ใช่เป็นยาขนานแรกในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แต่จะพิจารณาใช้เป็นยาขนานแรกเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดปกติ ผู้ป่วยที่อาจมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาทีติกมาก ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) เนื่องจากยามีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงเพิ่มการรับเลือดแดงจากหัวใจห้องบนซ้ายเข้ามาสู่หัวใจห้องล่างซ้ายและบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะร่างกายได้มากขึ้น โดยที่หัวใจไม่ต้องเร่งบีบตัวให้เร็วหรือออกแรงมากเกินไป ยานี้มีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยที่มีชีพจรเร็ว ทำให้ลดแรงดันเลือด นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดลดลงโดยยาบางชนิดมีผลตีต่อหน้าทีของหลอดเลือดหัวใจชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจได้ ลดการอุบัติการณ์เสียชีวิตแบบทันทีทันใด การเสียชีวิตโดยรวมทุกสาเหตุและ การเกิดภาวะหัวใจตายซ้ำ ยากลุ่มนี้ได้แก่ อะทีโนลอล (Atenolol) เมโทโพรลอล (Metoprolol) (ศิริอร, 2556) ในการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยากลุ่มนี้ ได้แก่

3.1. อะทีโนลอล (Atenolol) ยาชนิดนี้เริ่มออกฤทธิ์ที่ 1 ชั่วโมง ออกฤทธิ์ สูงสุดที่ 2-4 ชั่วโมง ระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ 24 ชั่วโมง และมีค่าครึ่งชีวิตของยา 6-7 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) รับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารก็ได้แต่ต้องตรงเวลาทุกมื้อ สำหรับอาการข้างเคียงจากยา แบ่งตามระบบดังนี้ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ความดันโลหิตต่ำขณะลุกยืน (3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย และ (4) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดขา (Clayton & Stock, 2004; Lilley et al., 2007; Schilling et al., 2013)

3.2. เมโทโพรลอล (Metoprolol) ยานี้เริ่มออกฤทธิ์ที่ 15 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 1 ชั่วโมง มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ 6-12 ชั่วโมง และมีค่าครึ่งชีวิต 3-7 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) รับประทานยานี้หลังอาหารตรงเวลาทุกมื้อ สำหรับอาการข้างเคียงจากยา แบ่งตามระบบ ดังนี้ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อ่อนเพลีย วิงเวียน (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ บวม ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน (3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ ถ่ายเหลว ท้องผูก แสบร้อนกลางอก และ (4) ระบบผิวหนัง ได้แก่ ผื่น (Clayton & Stock, 2004; Lilley et al., 2007; Schilling et al., 2013)

ยาด้านเบต้า (Beta-Blockers) พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ดังนั้นการติดตามผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับประทานยานี้จะต้องตรวจสอบอัตราการเต้นของหัวใจก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ถ้าหากน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาทีให้หยุดยามื้อนั้น และปรึกษาแพทย์เพื่อรับการลดขนาดยาอย่างปลอดภัย ทั้งนี้ห้ามหยุดยาโดยไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากการใช้ยากลุ่มนี้ติดต่อกันเป็นเวลานานแล้วหยุดยาในทันทีอาจเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptom) ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือ เสียชีวิตฉับพลัน นอกจากนี้ติดตามค่าความดันโลหิต และติดตามภาวะความดันโลหิตต่ำจากยา

4. ยาปิดกั้นแคลเซียม (Calcium channel blocker [CCB]) ยากลุ่มนี้ใช้เป็นยาชนิดแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีเชื้อชาติเป็นคน ผิวดำ และใช้เป็นยาชนิดที่ 2 ร่วมกับยากลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติงเอนไซม์หรือยากลุ่ม ปิดกั้นตัวรับสารแองจิโอเทนซิน 2 (ARBs) เมื่อไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย และหากใช้ร่วมกัน 2 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ใช้เป็นยาร่วมกับยาขับปัสสาวะเป็น 3 ชนิดรวมกันโดยยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงมีผลลดการทำงานของหัวใจ ลดปริมาณ การใช้ ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอัตราการเต้นของหัวใจและใช้ได้ดีแม้ใช้เพียงลำพังหรือใช้ร่วมกับ ยาชนิดอื่น ๆ ยากลุ่มนี้ ได้แก่ แอมโลดิปีน (Amlodipine) ไนเฟดิปีน (Nifedipine) ในการศึกษา นี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยากลุ่มนี้ ได้แก่

แอมโลดิปีน (Amlodipine) ยาชนิดนี้ไม่ทราบระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ที่ชัดเจน แต่ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 6-12 ชั่วโมง มีช่วงระยะเวลาออกฤทธิ์ที่ 24 ชั่วโมง และมีค่าครึ่งชีวิตของยา 30-50 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) รับประทานยานี้ตรงเวลาทุกมื้อ อาการข้างเคียงจากยาแบ่งตามระบบ ดังนี้ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ บวมน้ำ โดยเฉพาะบริเวณข้อเท้า (3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ ธาตุพิการอาหารไม่ย่อย และ (4) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ตะคริว (Clayton & Stock, 2004; Lilley et al., 2007; Schilling et al., 2013)

ยาปิดกั้นแคลเซียม (CCB) พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการบวมน้ำมักพบบริเวณข้อเท้ารอบๆ ตาตุ่ม (Ankle Edema) พบได้ 2-15% และจะพบบ่อยขึ้นเมื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้พบอัตราการเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 3 เท่า และพบบ่อยในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี โดยส่วนใหญ่จะบวมในระดับน้อยถึงปานกลาง และพบว่าผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 1 ที่จำเป็นต้องหยุดยา การบวมเป็นผลมาจากการขยายตัวของหลอดเลือดฝอยที่อวัยวะส่วนปลายของร่างกายไม่ได้เป็นผลจากการคั่งของโซเดียมและน้ำ ดังนั้นลักษณะการบวมจึงค่อนข้างตึงกดไม่บวม และไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวจึงใช้ยาขับปัสสาวะรักษาไม่ได้ผล การติดตามผู้ป่วย ได้แก่ ติดตามอาการบวมน้ำ โดยหากมีอาการบวมเพิ่มมากขึ้น มีลักษณะการบวมเหนือข้อเท้าและหรือร่วมกับบวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นให้พบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาเพิ่มเติม

5. ยาขับปัสสาวะ (diuretics)

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเรื่องไตเรื้อรัง เริ่มใช้เป็นยาชนิดแรกในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งอาจใช้เพียงชนิดเดียวหรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น ช่วยเพิ่มการขับโซเดียมออกทางปัสสาวะทำให้มีการขับน้ำออกจากร่างกายมากขึ้นและมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัวได้ในระยะยาวสามารถลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดและหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานยาในช่วงเช้าและพร้อมอาหาร ยากลุ่มนี้ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มไทอะไซด์ (Thiazide diuretic) ได้แก่ ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) คลอทาลิโดน (Clorthalidone) อินดาพามิด (Indapamide) (2) กลุ่มลูปไดยูรีติก (Loop diuretics) ได้แก่ ฟลูโรซีไมด์ (Furosemide) โทราซีไมด์ (Torasemide) และ (3) กลุ่มโพแทสเซียม สparing ไดยูรีติก (Potassium-sparing diuretics) ได้แก่ สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) อมิโลไรด์ (Amiloride) (ปกรณ, 2554) ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยากลุ่มนี้ 2 ชนิด ได้แก่

5.1. ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) ยาชนิดนี้เริ่มออกฤทธิ์ที่ 2 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดที่ 4-6 ชั่วโมง มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ 6-12 ชั่วโมง และมีค่าครึ่งชีวิตของยา 5.5-15 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) สำหรับอาการข้างเคียงจากยา แบ่งตามระบบ ดังนี้ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ

เมื่อลุกยืน (3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว และ (4) ระบบผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังอักเสบ ผื่นแพ้แสง (Clayton & Stock, 2004; Lilley et al., 2007; Schilling et al., 2013)

5.2. ฟลูโรซีไมด์ (Flurosemide) ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ โซเดียมและคลอไรด์ ทำให้มีการขับน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ ได้แก่ โซเดียม คลอไรด์ แมกนีเซียม และแคลเซียม ปกติมักเริ่มใช้ยานี้เมื่อมีอาการบวม น้ำหรือยังไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิต ได้ด้วยยา 2 ชนิดขึ้นไปได้ (ปกรณ, 2554) สำหรับอาการข้างเคียงจากยาแบ่งตามระบบ ดังนี้ (1) ระบบประสาท ได้แก่ เสียงในหู (2) ระบบหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน และ (3) ระบบผิวหนัง ได้แก่ ภาวะไวต่อแสง โดยอาการข้างเคียงร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ความดันโลหิตต่ำ และหูหนวก (Clayton & Stock, 2004; Lilley et al., 2007; Schilling et al., 2013)

ยาขับปัสสาวะ พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน (Orthostatic hypotension) โดยพบบ่อยร้อยละ 1-10 ดังนั้น การติดตามผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะ ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน และค่าความดันโลหิต

การเลือกใช้ยาและการปรับขนาดยาลดความดันโลหิตนั้น ประกอบด้วย ยา 5 กลุ่ม (JNC8, 2014) โดยให้เลือกใช้ยาที่อยู่ใน 4 กลุ่มหลักที่สามารถเสริมฤทธิ์กันได้ดี ได้แก่ ACEIs, ARBs, CCB และ diuretics โดยสามารถใช้เป็นยาเริ่มแรกและยาที่ให้ต่อเนื่องได้ แต่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับยาในกลุ่ม ARBs นอกจากนี้ ควรเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตสอง ชนิดที่รวมกันเป็นเม็ดเดียวกันในขนาดที่คงที่ (fixed-dose หรือ single-pill combination) มากกว่าการให้ยาสองชนิดรวมสองเม็ดเนื่องจากการลดจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวันจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่องนานขึ้น และเพิ่มโอกาสที่จะควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้มากขึ้น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; JNC8, 2014) นอกจากนี้การปรับลดยาความดันโลหิตสูงสามารถทำได้

จากข้อมูลประโยชน์ทางเภสัชศาสตร์เบื้องต้น จะเห็นได้ว่ายาลดความดันโลหิตสูงแม้จะมีประโยชน์ในการควบคุมค่าความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่อาการข้างเคียงจากยาซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป พบว่า ยังเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดยาเอง

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยา

อาการข้างเคียงจากยา นับเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาและส่งผลต่อความล้มเหลวในการควบคุมค่าความดันโลหิตจนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาสสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ (National Institutes of Health [NIH], 2010; WHO, 2003)

1. ระดับที่ 1 (grade 1) หรือ ระดับเล็กน้อย (mild) หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นและรบกวนผู้ป่วยหรือทำให้เกิดความไม่สุขสบายเล็กน้อย โดยมักเกิดขึ้นชั่วคราวใช้ระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง ไม่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ต่อไปโดยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรงมากขึ้น

2. ระดับที่ 2 (grade 2) หรือ ระดับปานกลาง (moderate) หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมโดยที่ไม่ต้องการการรักษาหรือต้องการรักษาเล็กน้อย ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจได้รับการปรับแผนการรักษาหรือให้การรักษาที่เหมาะสมตามอาการหรือประคับประคองอาการ

3. ระดับที่ 3 (grade 3) หรือ ระดับรุนแรง (severe) หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากจนทำให้ทนต่ออาการนั้นไม่ได้ ผู้ป่วยมักต้องการความช่วยเหลือ ควรหยุดใช้ยา และให้การรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสม

4. ระดับที่ 4 (grade 4) หรือ ระดับรุนแรงมาก (serious) หมายถึง อาการข้างเคียงจากยาที่ส่งผลให้เกิดความพิการถาวร หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือเสียชีวิต

จากการประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาดังกล่าว นำไปสู่การจัดระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเพิ่มความเข้าใจและใช้ในการตัดสินใจจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยการบรรยายและประกอบในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาโรคความดันโลหิตสูง
(NIH, 2010; WHO, 2003)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมค่าความดันโลหิตด้วยการใช้ยา ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากยาที่ใกล้เคียงกัน เช่น อาการไอเรื้อรัง บวม อ่อนเพลีย (นันทิกานต์, 2558) ซึ่งมียกระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาโรคความดันโลหิตตามระบบของร่างกาย ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ

1) จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ได้แก่ (1) ระดับเล็กน้อย คือ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง (2) ระดับปานกลาง คือ มีอาการให้เห็นชั่วคราวหรือนาน ๆ ครั้ง ความรุนแรงในระดับนี้ยังไม่ต้องการรักษาเพิ่มเติม (3) ระดับรุนแรง คือ เกิดอาการบ่อยมากขึ้น ผู้ป่วยต้องหยุดยาและเข้ารับการรักษารักษาอาการ และ (4) ระดับรุนแรงมาก คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะมาก ผู้ป่วยต้องหยุดยาและเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน

2) ภาวะหัวใจช้ากว่าปกติ ได้แก่ (1) ระดับเล็กน้อย คือ การเต้นของหัวใจ 50-54 ครั้งต่อนาที (2) ระดับปานกลาง คือ การเต้นของหัวใจ 45-49 ครั้งต่อนาที (3) ระดับรุนแรง คือ การเต้นของหัวใจน้อยกว่า 45 ครั้งต่อนาที ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และ (4) ระดับรุนแรงมาก คือ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาดูแลด้วยหัวใจเต้นผิดจังหวะในห้องฉุกเฉินหรือต้องนอนโรงพยาบาล

3) ภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ได้แก่ (1) ระดับเล็กน้อย คือ การเต้นของหัวใจ 101-115 ครั้งต่อนาที (2) ระดับปานกลาง คือ การเต้นของหัวใจ 116-130 ครั้งต่อนาที (3) ระดับรุนแรง คือ การเต้นของหัวใจมากกว่า 130 ครั้งต่อนาที และ (4) ระดับรุนแรงมากคือ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาดูแลด้วยหัวใจเต้นผิดจังหวะในห้องฉุกเฉินหรือต้องนอนโรงพยาบาล

2. ระบบทางเดินหายใจ พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการไอ ได้แก่

1) ระดับเล็กน้อย คือ อาการไอเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง ไม่กระทบกับชีวิตประจำวันและไม่ต้องการรักษาเพิ่มเติม อาจดูแลตนเองโดยการดื่มน้ำอุ่น

2) ระดับปานกลาง คือ อาการไอที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันเล็กน้อยถึงปานกลางอาจต้องรักษาด้วยยาแบบออกฤทธิ์เฉพาะที่

3) ระดับรุนแรง คือ อาการไอที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากหรืออาการไอที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษารักษาและปรับเปลี่ยนยา และ

4) ระดับรุนแรงมาก สำหรับอาการไอ พบว่า ไม่มีควมรุนแรงในระดับนี้

3. ระบบทางเดินอาหาร พบว่า อาการข้างเคียงที่พบ คือ

1) คลื่นไส้ ได้แก่ (1) ระดับเล็กน้อย คือ อาการคลื่นไส้ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายเล็กน้อยแต่ยังรับประทานอาหารได้ตามปกติ (2) ระดับปานกลาง คือ อาการคลื่นไส้ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายปานกลางและส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง รวมถึงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (3) ระดับรุนแรง คือ อาการคลื่นไส้ที่รู้สึกไม่สบายอย่างมาก รับประทานอาหารไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก และ (4) ระดับรุนแรงมาก คือ อาการ

คลื่นไส้ที่ส่งผลให้ตึมน้ำหรือเครื่องตึมน้ำน้อยมาก 2) อาเจียน ได้แก่ (1) ระดับเล็กน้อย คือ การอาเจียนที่ไม่มีผลต่อการทำงานหรือเกิด 1-2 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง (2) ระดับปานกลาง คือ การอาเจียน ที่มีผลต่อการทำงานเล็กน้อยหรือเกิดขึ้น 2 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง (3) ระดับรุนแรง คือ การอาเจียนที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันจนไม่สามารถทำงานได้ร่วมกับเวียนศีรษะ หน้ามืด เพลียมาก และ (4) ระดับรุนแรงมาก คือ การอาเจียนที่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากความดันโลหิตต่ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. ระบบประสาทส่วนกลาง พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ปวดศีรษะ ได้แก่ 1) ระดับเล็กน้อย คือ มีอาการปวดเล็กน้อยไม่รบกวนชีวิตประจำวัน 2) ระดับปานกลาง คือ มีอาการปวดชั่วคราวรบกวนการทำงานบ้างหรือต้องใช้ยาแก้ปวดช่วยสามารถทุเลาอาการปวดได้ 3) ระดับรุนแรง คือ มีอาการปวดรุนแรง ยังใช้ยาแก้ปวดที่แรงขึ้นรักษาได้ผล และ 4) ระดับรุนแรงมาก คือ ปวดรุนแรง ต้องใช้ยาแก้ปวดซ้ำหลายครั้ง

แม้ว่าการใช้ยาจะมีผลดีต่อการควบคุมค่าความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่การบริหารยาและความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยายังเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการหยุดยา ดังนั้น เพื่อการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างเหมาะสมเพื่อลดการหยุดยา

การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมเรียนรู้ และมีทักษะในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติที่จะในการเผชิญสถานการณ์และแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยไม่มีใครสามารถจัดการปัญหาได้นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ดังนี้

1. การติดตามตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม (self-observation) และการบันทึกพฤติกรรม (self-recording) เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในการเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้รับรู้ถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างเป็นเหตุและผล ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดำเนินการจัดการ และรับรู้ถึงอาการผิดปกติที่นำไปสู่การแก้ไขและการป้องกัน ทั้งนี้การฝึกสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมจนเกิดความเคยชินจะสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันช่วยให้ควบคุมพฤติกรรม

ของตนเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม ขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย การเลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เช่น พยาบาล แพทย์ การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น การฝึกให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด และเจ้าหน้าที่เป็นผู้สุ่มตรวจสอบถึงความแม่นยำของการบันทึก และการประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการติดตามตนเอง ได้แก่ ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรมของตนเองและความยากง่ายของพฤติกรรมที่ทำโดยหากพฤติกรรมเป้าหมายทำได้ง่ายประสิทธิภาพในการติดตามตนเองก็จะเพิ่มขึ้น

2. การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการประเมินผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการนำข้อมูลจากขั้นตอนการติดตามตนเองหาสาเหตุที่ไม่สามารถทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ จนกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือคงพฤติกรรมจัดการตนเองที่สำเร็จนั้นไว้

3. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เป็นกระบวนการจูงใจให้บุคคลมีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โดยการสนับสนุนให้บุคคลกำหนดเกณฑ์ ลักษณะของการเสริมแรงตนเองและปฏิบัติตามการเสริมแรงตนเองที่กำหนดไว้ ได้แก่ เสริมแรงด้านบวกเมื่อบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเสริมแรงด้านลบเมื่อบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ การเสริมแรงตนเองเป็นกระบวนการสนับสนุนให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจดำเนินการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเภทการเสริมแรงมีหลายชนิด เช่น ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ ตัวเสริมแรงทางสังคม ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม ตัวเสริมแรงภายใน และตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รถกร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลิกค์-บายส์ มีการนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างหลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ ดังเช่น การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมที่ 4, 8, และ 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยเอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี, ฐิติอาภา, และสายชล, 2557) นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม และค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อังคณา, น้ำอ้อย, และวารินทร์, 2557) จะเห็นได้ว่า แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ สามารถ

ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการตนเองและบุคลากรทางการแพทย์เป็นเพียงผู้กระตุ้นและให้การสนับสนุนทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองตามเป้าหมายในการควบคุมโรคต่อไประยะยาว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านการรับประทุษานยา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านการรับประทุษานยา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านการได้รับแรงเสริมทางบวก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

1.1. เพศ พบว่า เพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทุษานยามากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะมีความละเอียดและความตั้งใจในการติดตามดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า (Albus & Matthes, 2014)

1.2. อายุ พบว่า ผู้ป่วยน้อยกว่า 60 ปี มีการจัดการตนเองในการรับประทุษานยาน้อยกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี เนื่องจากผู้ป่วยที่อายุน้อยมักไม่ใส่ใจและขาดความตระหนักต่อความรุนแรงของโรค รวมทั้งขาดการติดตามตนเองเพราะโรคความดันโลหิตสูงอาจไม่แสดงอาการ (Albus & Matthes, 2014) นอกจากนี้ วิทยาลัยผู้ใหญ่ตอนต้นอาจมีการยอมรับต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าวัยผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุจึงส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ปวีตรา, วิชชุดา, วันเพ็ญ, ศรีนรินทร์, และวีรณูช, 2558)

1.3. สถานภาพ พบว่า การอยู่คนเดียว เป็นสาเหตุของการไม่รับประทุษานยาลดความดันโลหิต (Karakurt & Kasikci, 2012) ซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการจัดการตนเองด้านการรับประทุษานยามากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรืออยู่คนเดียวเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับแรงสนับสนุนและการดูแลจากครอบครัว (Albus & Matthes, 2014; Allaire et al, 2011) โดยบุคคลที่ให้การสนับสนุนมากที่สุดในครอบครัว คือ คู่สมรส (สุมาพรและคณะ, 2556) การกระตุ้นเตือนจากคู่สมรสจึงทำให้มีการจัดการตนเองและเป็นแรงเสริมให้เกิดความมั่นใจในการรับประทุษานยา (สุมาพร, มณีรัตน์, และนรินทร์, 2556; Danial & Veiga, 2013)

1.4. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรับประทุษานยา รวมถึงมีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้มากกว่า (Albus & Matthes, 2014) โดยมีการตรวจติดตามตนเองตามนัด ส่งผลความร่วมมือในการรับประทุษานยา (Karakurt & Kasikci, 2012; Danial & Veiga, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพรและคณะ (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตัวเองในระดับดี

1.5. ความตระหนัก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาหายขาดโดยไม่ต้องรับประทานยาและสามารถหยุดรับประทานยาเองได้เมื่อไม่มีอาการแสดงจากโรคหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย รวมทั้งไม่เข้าใจวิธีรับประทานยาที่ถูกต้องและปรับขนาดยาด้วยตนเอง (สุนันทา, 2556; Albus & Matthes, 2014) นอกจากนี้ การลืมและไม่ใส่ใจในการรับประทานยาเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่รับประทานยาลดความดันโลหิต (Karakurt & Kasikci, 2012)

1.6. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านบวกต่อการรับประทานยาจะเป็นการเสริมแรงด้านบวกทำให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของยศพลและคณะ (2556) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เชื่อต่อการรักษาด้วยยาจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เชื่อว่าโรคสามารถรักษาด้วยยาได้ (Tibaldi et al., 2009) และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ยศพลและคณะ, 2557)

2. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

2.1. การได้รับคำปรึกษาพยาบาลและแบบกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อย่างดีและความเข้าใจนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง (Albus & Matthes, 2014)

2.2. การมารับบริการและระยะเวลาตรวจรักษา พบว่า ความรวดเร็วในบริการจะเพิ่มแรงจูงใจในรักษาตามนัด (Albus & Matthes, 2014) และความพึงพอใจในการเข้าบริการจะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (นันทิกานต์, 2558)

2.3. การได้รับการติดตามดูแล เป็นการกระตุ้นเตือนความทรงจำของผู้ป่วยและสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน วิธีการที่นิยมใช้ ได้แก่ การโทรศัพท์ (กิรณาและคณะ, 2556; ขนิษฐา, 2557; สุพิณญาและคณะ, 2556) การเยี่ยมบ้าน (สุพิณญาและคณะ, 2556) การส่งไปรษณียบัตร (จารุณีและคณะ, 2555) ทั้งนี้ การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีความเป็นระบบจะส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับประทานยาได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Albus & Matthes, 2014)

3. การได้รับการเสริมแรงทางบวก

เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการค้นหาปัญหาเกิดความตระหนักและลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนและการส่งเสริมการจัดการตนเอง (ยุทธชัย, 2556)

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา

ระยะเวลาในการรับประทานยาที่นาน จำนวนยาที่ได้รับหลายชนิด จำนวนปริมาณเม็ดยาที่รับประทานต่อมื้อ และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ลดลง (คันสนีย์, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทั้ง 4 ประการ มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสมและสามารถแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา และการได้รับการเสริมแรงจะเพิ่มทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานยานำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจะมีผลต่อการควบคุมโรค สอดคล้องกับการศึกษาของยศพลและคณะ (2556) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง

การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ทำให้รู้ถึงขอบเขตพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และแผนการรักษาในการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาไม่ถูกชนิดยา การรับประทานยาไม่ถูกขนาดยา การใช้เวลาที่ไม่เหมาะสม และการใช้ยาไม่ครบจำนวนมื้อตามแผนการรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประกอบด้วย

1. วิธีการวัดทางตรง ได้แก่

1.1. การวัดระดับยาในเลือด เป็นการวัดระดับความเข้มข้นของขนาดยาเมื่อระดับยาในเลือดคงที่ ซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการวัดผล ข้อเสีย คือ อาจมีการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกับกระบวนการเมตาบอลิซึมอาจทำให้ได้ผลที่ได้ไม่แน่นอนและมีค่าใช้จ่ายสูง (นันทิกานต์, 2558; Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราตรี, 2554)

1.2. การวัดปริมาณของยาในปัสสาวะ น้ำลาย อุจจาระและลมหายใจ ข้อดีคือผลการประเมินน่าเชื่อถือ สำหรับข้อเสีย คือ ยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูง (นันทิกานต์, 2558)

1.3. การสังเกตการณ์การรับประทานยาของผู้ป่วยโดยตรง พบว่า ผลการประเมินมีความถูกต้องมากที่สุด ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยสามารถซ่อนเม็ดยาไว้ในปากแล้วค่อยคายออกมาภายหลังได้ วิธีนี้อาจไม่สะดวกในการปฏิบัติสำหรับผู้สังเกตเนื่องจากจำเป็นต้องสังเกตผู้ป่วยขณะรับประทานยาทุกครั้ง (Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราตรี, 2554)

2. วิธีวัดทางอ้อม

2.1. การรายงานด้วยตนเอง โดยการตอบแบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ หรือแบบสอบถาม การประเมินวิธีนี้นิยมใช้มากที่สุด ข้อดี คือ ทำง่าย สะดวก ค่าใช้จ่ายน้อย และทราบผลทันที สำหรับข้อเสีย คือ ผลการประเมินมีโอกาสคลาดเคลื่อนได้ง่ายเนื่องจากอาจตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง (นันทิกานต์, 2558; Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราตรี, 2554)

2.2. การนับเม็ดยา โดยการนับยาที่เหลือเปรียบเทียบกับจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา ข้อดี คือ เป็นการวัดปริมาณเม็ดยาที่ง่ายต่อการแสดงผล ข้อเสีย คือ มีโอกาสคลาดเคลื่อนจากยาสูญหาย ตกหล่นและการเก็บช้อนไว้ของผู้ป่วย (นันทิกานต์, 2558; Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราตรี, 2554)

2.3. การมารับยาตามนัด โดยวัดจากการมารับบริการตามนัดหรือจากประวัติการมารับบริการตามนัด ข้อดีคือ ง่าย เนื่องจากสามารถติดตามได้จากประวัติการรักษาและการรับยา ข้อเสีย คือ ไม่สามารถวัดการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ว่าการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา (นันทิกานต์, 2558; Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราตรี, 2554)

2.4. การวัดผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการวัดผลที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา เช่น ค่าความดันโลหิต ข้อเสีย คือ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากอุปกรณ์ที่ไม่ได้มาตรฐานและผลจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (ชนิษฐา, 2557; นันทิกานต์, 2558)

2.5. การติดตามทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการใช้แผ่นบันทึกข้อมูลผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์เพื่อบันทึกวันและเวลาในการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อดี คือ เที่ยงตรง ข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายสูง (นันทิกานต์, 2558; Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราตรี, 2554)

2.6. การบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง เช่น แบบบันทึกการรับประทานยา (กิรณาและคณะ, 2557; ชนิษฐา, 2557; สุพิณญาและคณะ, 2556) การบันทึกไดอารี่ ข้อดี คือ ผู้ป่วยมีการติดตามการรับประทานยาของตนเองอย่างต่อเนื่อง และจดจำในการรับประทานยาได้ดีขึ้น ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการบันทึก และมีการแก้ไขข้อมูลได้ง่าย (Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราตรี, 2554)

จะเห็นได้ว่า การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามีหลายวิธี โดยแต่ละรูปแบบมีข้อดีและมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา คือ (1) การรายงานด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลิก-บายส์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา (2) การนับเม็ดยา นำมาคำนวณหาร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา และ (3) การวัดผลทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต

การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง

การทบทวนหลักการเชิงประจักษ์มาใช้พัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2008) เพื่อคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 และ 2 ดังนี้

1. หลักฐานระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) การทบทวนงานวิจัยหลายงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันหรือปัญหาวิจัยเดียวกันของงานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomized control trial [RCT]) ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ใช้หลักฐานระดับ 1 จำนวน 6 เรื่อง (Demonceau et al., 2013; Glynn, Murphy, Smith, Schroeder, & Fahey, 2010; McLean et al., 2016; Rujawatthanakorn, Panpakdee, Malathum, & Tanomsup, 2011; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; Uhlig, Patel, Ip, Kitsios, & Balk, 2013)

2. หลักฐานระดับ 2 เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากการวิจัยแบบทดลองขนาดเล็ก และ มีช่วงเวลาของความเชื่อมั่นที่กว้าง หรือการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ใช้หลักฐานระดับ 2 จำนวน 7 เรื่อง (กิรณาและคณะ, 2556; ขนิษฐา, 2557; จารุณี, อรสา, และชีวรัตน์, 2555; ธนพร, ชลิตา, และวิริยา, 2555; นันทิกานต์และคณะ, 2558; เบญจมาศและคณะ, 2555; สุพินญาและคณะ, 2556)

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมรับประทานยาและลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งเป็นหลักฐานระดับ 1 จำนวน 6 เรื่อง และหลักฐานระดับ 2 จำนวน 7 เรื่อง สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

1. กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม
แนวคิด/ทฤษฎีในการพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ การจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (ขนิษฐา, 2557; สุพินญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1) การดูแลตนเองของโอเร็ม (จารุณีและคณะ, 2555; ธนพรและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2; Rujawatthanakorn et al., 2011; หลักฐานระดับ 1) การจัดการตนเองของลอริก (เบญจมาศและคณะ, 2555) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรซาสกา (กิรณาและคณะ, 2556; นันทิกานต์และคณะ, 2558; หลักฐานระดับ 2)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า โปรแกรมในการทดลองมีการประยุกต์ใช้แนวคิด/ทฤษฎีที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมมารับประทานยาและควบคุมค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) เนื่องจาก แนวคิดดังกล่าวเน้นให้บุคคลเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อนำไปสู่การแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด นอกจากนี้ แนวคิดการจัดการตนเองผ่านการทดสอบประสิทธิผลแล้วได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โดยจากหลักฐานระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง และ หลักฐานระดับ 2 จำนวน 2 เรื่องดังกล่าวที่สนับสนุนแนวคิดการจัดการตนเอง พบว่า การประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถช่วยให้เกิดการปรับพฤติกรรมด้านต่าง ๆ นำไปสู่การควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา แต่กิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้านพร้อมกัน และยังไม่พบว่ามี การสนับสนุนการจัดการตนเองเรื่องยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ทั้งนี้ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีการจัดการตนเองด้านรับประทานยาที่ถูกต้องเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตและแนวคิดการจัดการตนเองจะสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการรับผิดชอบตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้น และควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

2. รูปแบบและกิจกรรมในโปรแกรม

2.1. ลักษณะการดำเนินโปรแกรม พบว่า มีการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ แบบกลุ่มใหญ่พร้อมกัน (Thutsaringkarnsakul et al., 2012; ระดับหลักฐาน 1) กลุ่มละ 4-10 คน ระยะเวลาครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง (จารุณีและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2) กลุ่มละ 6-7 คน ระยะเวลาครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง (Rujawatthanakorn et al., 2011; หลักฐานระดับ 1) กลุ่มละ 10-15 คน ระยะเวลาครั้งละประมาณ 1.5-2 ชั่วโมง (เบญจมาศและคณะ, 2555) กลุ่มละ 14-15 ระยะเวลาครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง (สุพินญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) และรายบุคคลร่วมกับรายกลุ่ม โดยประเมินและฝึกทักษะเป็นรายบุคคลและให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน (ขนิษฐา, 2557; หลักฐานระดับ 2)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินโปรแกรมเป็นรายกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 4-15 คน และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งอยู่ในช่วง 1-3 ชั่วโมง โดยแบบกลุ่มใหญ่และกลุ่มละ 6-7 คน ดำเนินกิจกรรมครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง มีหลักฐานระดับ 1 สนับสนุน จำนวน 1 เรื่อง

ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมเป็นรายบุคคล เนื่องจากมีหลักฐานระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง (ชนิษฐา, 2557) ที่ใช้แนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และ แกลิค-บายส์ ที่มีกิจกรรมการประเมินทักษะเป็นรายบุคคล ร่วมด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยไม่สามารถกำหนดล่วงหน้าได้ และระยะเวลาภายหลังการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา นอกจากนี้ การพยาบาลแบบปกติของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินส่วนใหญ่เน้นให้การดูแลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจึงประยุกต์กิจกรรมในโปรแกรมเป็นแบบรายบุคคล และใช้เวลาประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการพยาบาลตามปกติและช่วงเวลาการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง

2.2. กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา พบว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

2.2.1. การประเมินตนเอง พบว่า มีการประเมินตนเองก่อนเริ่มกิจกรรม ทุกครั้งโดยการประเมินตนเองมี 2 ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ (1) การประเมินตัวแปรตามของโปรแกรม ก่อนการทดลอง โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการกำกับตนเอง (สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) แบบสอบถาม แบบบันทึกค่าความดันโลหิต (กิรณาและคณะ, 2556; ชนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; ธนพรและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2) แบบประเมินปัจจัยด้านยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แบบประเมินความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง แบบวัดแรงจูงใจในการรับประทานยา (กิรณาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) การประเมินความรุนแรงของค่าความดันโลหิต (นันทิกานต์และคณะ, 2558; สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) แบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (เบญจมาศและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2) (2) การประเมินเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองที่ผ่านมานำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง โดยการอภิปรายกลุ่ม (สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2; Rujiwatthanakorn et al., 2011; หลักฐานระดับ 1) พุดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา (กิรณาและคณะ, 2556; จารุณีและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; ระดับหลักฐาน 1)

2.2.2. การเตรียมความพร้อม พบว่า กิจกรรมมีความใกล้เคียงกัน ได้แก่

(1) การให้ความรู้ โดยเนื้อหาสาระสำคัญ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ภาวะเสี่ยง ทักษะการจัดการตนเอง และส่วนที่ 2 คือ การใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย การใช้ยาและอาการข้างเคียง จากยา (ชนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; ธนพรและคณะ, 2555; นันทิกานต์และคณะ, 2558; เบญจมาศและคณะ, 2555; สุพิณญาและคณะ, 2556; Glynn et al., 2010; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; ระดับหลักฐาน 1) การแนะนำการใช้ยาล่าสุด (Demonceau et al., 2013) (2) การกำหนดเป้าหมาย พบว่า สอดคล้องกับตัวแปรตามของโปรแกรมที่ต้องการประเมิน (ชนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; นันทิกานต์และคณะ, 2558; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1) (3) การฝึกทักษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการติดตามตนเอง ได้แก่ การสังเกตตนเองและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (กิริณาและคณะ, 2556; ชนิษฐา, 2557; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1) การกำกับตนเอง (สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) การประเมินปัญหา (ชนิษฐา, 2557; หลักฐานระดับ 2) การอยู่กับโรคความดันโลหิตสูง (Rujiwatthanakorn et al., 2011; หลักฐานระดับ 1)

2.2.3. การปฏิบัติการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การติดตามค่าความดันโลหิตใกล้บ้านด้วยตนเอง (ชนิษฐา, 2557; หลักฐานระดับ 2) การวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเอง (Uhlig et al., 2013; หลักฐานระดับ 1) การติดตามตนเอง (Glynn et al., 2010) และการปฏิบัติตามขั้นเตรียมความพร้อม (Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1)

2.2.4. การประเมินผล พบว่า ประเมินตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ของโปรแกรม ดังนี้ ค่าความดันโลหิต (ชนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; นันทิกานต์และคณะ, 2558; เบญจมาศและคณะ, 2555; สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2; Glynn et al., 2010; McLean et al., 2016; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1) การจัดการตนเอง (Uhlig et al., 2013; หลักฐานระดับ 1) การรับประทานยา (กิริณาและคณะ, 2556; นันทิกานต์และคณะ, 2558; หลักฐานระดับ 2; Demonceau et al., 2013; หลักฐานระดับ 1) ความรู้ (กิริณาและคณะ, 2556; ธนพรและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2; Rujiwatthanakorn et al., 2011; หลักฐานระดับ 1) พฤติกรรมสุขภาพ (ชนิษฐา, 2557; ธนพรและคณะ, 2555; เบญจมาศและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1) พฤติกรรมกำกับตนเอง ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) แรงจูงใจในการรับประทานยา (กิริณาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (จารุณีและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 กระบวนการที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินตนเอง การเตรียมความพร้อม การปฏิบัติการ และการประเมินผล

ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอนเป็นส่วนประกอบในขั้นการติดตามตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยประเมินตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ของโปรแกรม ได้แก่ ค่าความดันโลหิต พฤติกรรมด้านสุขภาพเน้นด้านการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องตามการสนับสนุนของหลักฐานระดับ 1

2.3. การติดตามและการกระตุ้นเตือน

การเพิ่มพฤติกรรมมารับประทานยาและควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย พบว่า ส่วนใหญ่มีการติดตามและการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย ได้แก่ การโทรศัพท์ ได้แก่ 1 และ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที (โปรแกรม 4 สัปดาห์) (กิริณาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) การโทรศัพท์ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง (โปรแกรม 12 สัปดาห์) (สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) ส่งไปรษณียบัตร เดือนละครั้ง (โปรแกรม 6 เดือน) (จารุณีและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2) การโทรศัพท์ (ไม่ระบุ) (ชนิษฐา, 2557; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การติดตามและกระตุ้นเตือนที่นิยมใช้ ได้แก่ การโทรศัพท์ โดยความถี่ในการโทรศัพท์ติดตามอยู่ระหว่าง 1 สัปดาห์ต่อครั้ง-3 เดือนต่อครั้ง และใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 15-20 นาที ซึ่งในแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามและประเมินผลการจัดการตนเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง หาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง และให้แรงเสริมทางสังคมโดยผู้วิจัยชื่นชมและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมต่อไป

ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ในการติดตามและกระตุ้นเตือน เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง (Thutsaringkarnsakul et al., 2012) และหลักฐานระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง (กิริณาและคณะ, 2556; ชนิษฐา, 2557) สนับสนุนกิจกรรมนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ความถี่ในการโทรศัพท์ติดตามเพียง 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 3 นาน 15-20 นาที เป็นสัปดาห์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านโดยไม่มาพบผู้วิจัย ร่วมกับได้รับการติดตามค่าความดันโลหิตและการนับเม็ดยาของตนเองจากอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และสามารถสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้ สอดคล้องกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นและผลการวิจัยที่พบว่าการติดตามโดยใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยควบคุมค่าความดันโลหิตได้ (McLean et al., 2016; หลักฐานระดับ 1) และแนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพปี 2558 (กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ที่ให้จัดระบบเตือนหรือติดตามผลการจัดการตนเองของผู้รับบริการเพื่อการวางแผนต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทีมสหวิชาชีพ

2.4. ระยะเวลาของการเข้าโปรแกรม

ระยะเวลาของการเข้าโปรแกรมอยู่ระหว่าง 4 สัปดาห์ถึง 6 เดือน ดังนี้ 4 สัปดาห์ (กิรณาและคณะ, 2556; ธนพรและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2) 8 สัปดาห์ (นันทิกานต์และคณะ, 2558; หลักฐานระดับ 2) 10 สัปดาห์ (Rujiwatthanakorn et al. 2011; หลักฐานระดับ 1) 12 สัปดาห์ (ขนิษฐา, 2557; สุพินญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; Uhlig et al., 2013; หลักฐานระดับ 1) 13 สัปดาห์ (เบญจมาศและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2) และ 6 เดือน (จารุณีและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ระยะเวลาที่ในการดำเนินโปรแกรมที่ใช้มากที่สุด คือ 12 สัปดาห์ ซึ่งมีหลักฐานระดับ 1 สนับสนุนจำนวน 2 เรื่อง หลักฐานระดับ 2 สนับสนุนจำนวน 2 เรื่อง รองลงมาได้แก่ 4 สัปดาห์ ซึ่งมีหลักฐานระดับ 2 สนับสนุนจำนวน 2 เรื่อง

ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ ซึ่งแม้จะไม่มีหลักฐานระดับ 1 สนับสนุนและมีหลักฐานระดับ 2 สนับสนุนเพียง 2 เรื่อง (กิรณาและคณะ, 2556; ธนพรและคณะ, 2555) แต่พบว่า รูปแบบกิจกรรมมีความคล้ายคลึงกับโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และระยะเวลาการดำเนินการโปรแกรมของนันทิกานต์และคณะ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันในผู้สูงอายุ muslim ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ แม้จะเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ แต่เป็นแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (single-subject time-series design) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมในโปรแกรมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และผลการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่องดังกล่าว สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาได้

3. สื่อประกอบกิจกรรม

สื่อ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและมีทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเป้าหมาย โดยสื่อประกอบกิจกรรมที่ใช้ ได้แก่ คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง (กิรณาและคณะ, 2557, ขนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; เบญจมาศและคณะ, 2555; สุพินญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) การใช้ปฏิทินยา สัญลักษณ์แทนมือยา และป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี (นันทิกานต์และคณะ, 2558; หลักฐานระดับ 2) ต้นไม้สี (สุพินญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) วิดีทัศน์หรือวิดีโอตัวอย่าง (ขนิษฐา, 2557; นันทิกานต์และคณะ, 2558; หลักฐานระดับ 2) สื่อรูปภาพ (จารุณีและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2) แผนพับความรู้ (กิรณาและคณะ, 2557; หลักฐานระดับ 2)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบสื่อประกอบกิจกรรมที่ใช้มีความหลากหลายและใกล้เคียงกันที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง ซึ่งมีหลักฐานระดับ 2 สนับสนุนจำนวน 5 ชิ้น

ในโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ (1) คู่มือและแบบบันทึกการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง (2) ป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี เพื่อใช้สีของป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี ในการประเมินความรุนแรงของค่าความดันโลหิตและตั้งเป้าหมายพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสามารถสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างได้ชัดเจนและสร้างความเข้าใจถึงความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ ผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบสื่อจากสื่อรูปภาพและวิดีโอตัวอย่าง ปรับเปลี่ยนเป็นการจำลองสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในความรุนแรงของโรคช่วยเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษา เกี่ยวกับผลของโปรแกรมจัดการตนเองด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน พบว่า การแสดงบทบาทสมมติสามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจและเพิ่มความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อรอนงค์, 2558)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโปรแกรมมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน และมุ่งเน้นการเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย สำหรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยา นับเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตามเป้าหมาย ทั้งนี้การเพิ่มพฤติกรรมรับประทานยาควรใช้หลายวิธีร่วมกันตามความเหมาะสมของบริบท (Conn et al., 2009; Hacıhasanoglu & Gozum, 2011; Lau et al., 2010) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเจนและคริสเตน (2014) เกี่ยวกับการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า โปรแกรมที่ได้ผลดีจำนวน 12 จาก 21 เรื่อง มีกิจกรรมส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่า 1 อย่าง จึงแสดงให้เห็นว่า การนำกิจกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกันตั้งแต่ 2 วิธีขึ้นไป จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองนำไปสู่การแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประยุกต์แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (นันทิกานต์และคณะ, 2558; สุพิณญาและคณะ, 2556) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ นำมาใช้สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเป็นหลักในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยโปรแกรมมีรูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ (กิรณาและคณะ, 2556; ชนพรและคณะ, 2555; นันทิกานต์และคณะ, 2558; หลักฐานระดับ 2) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อยภายใต้แนวคิดการจัดการตนเอง 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การติดตามตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

1.1. การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและประเมินค่าความดันโลหิตเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของค่าความดันโลหิต โดยการให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินค่าความดันโลหิตด้วยตนเองโดยใช้ป้ายป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (นันทิกานต์และคณะ, 2558; สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2) การค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาโดยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ผ่านมา (กิรณาและคณะ, 2556; จารุณีและคณะ, 2555; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; ระดับหลักฐาน 1)

1.2. การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและการใช้ยา (ชนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; ชนพรและคณะ, 2555; นันทิกานต์และคณะ, 2558; เบญจมาศและคณะ, 2555; สุพิณญาและคณะ, 2556; Demonceau et al., 2013; Glynn et al., 2010; Rujiwatthanakorn et al., 2011; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1) โดยการให้ความรู้โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองตามประเด็นพร้อมกับผู้วิจัยส่งเสริมความรู้ตามคู่มือและแบบบันทึก (กิรณาและคณะ, 2557; ชนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; เบญจมาศและคณะ, 2555; สุพิณญาและคณะ, 2556; หลักฐานระดับ 2)

(2) การตั้งเป้าหมาย (ขนิษฐา, 2557; จารุณีและคณะ, 2555; นันทิกานต์และคณะ, 2558 ; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1) (3) การฝึกทักษะการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง (กิริณา, วันทนา, และอรสา, 2556; ขนิษฐา, 2557; หลักฐานระดับ 2; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1)

1.3. การสังเกตตนเอง (self-observation) โดยสังเกตพฤติกรรมการรับประทานยา ได้แก่ กินยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา กินยาทุกมื้อ สังเกตสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมรับประทานยาไม่เป็นตามเป้าหมาย เผื่อระวังติดตามอาการข้างเคียงจากยาและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะความดันโลหิตของตนเอง (Glynn et al., 2010; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1)

1.4 การบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording) โดยบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาลงในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง (Glynn et al., 2010; Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1)

2. การประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยการประเมินผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายระยะสั้นที่กำหนดไว้รายสัปดาห์ และเป้าหมายระยะยาวที่กำหนดไว้เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้ผลการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าความดันโลหิต และสีของปมป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ส่งผลการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อให้อยู่ในกลุ่มที่ดีขึ้น และความรุนแรงของค่าความดันโลหิตลดลง (นันทิกานต์และคณะ, 2558; สุพิณญาและคณะ, 2556)

3. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมกำหนดการเสริมแรงตามความต้องการของตนเองในแต่ละสัปดาห์ เพื่อสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเสริมแรงจากภายนอก ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างติดตามค่าความดันโลหิตและการนับเม็ดยาของตนเองที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (ขนิษฐา, 2557; หลักฐานระดับ 2; Uhlig et al., 2013; หลักฐานระดับ 1) และผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 นาน 15-20 นาที (Thutsaringkarnsakul et al., 2012; หลักฐานระดับ 1)

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังในตัวผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง มีความรุนแรงของค่าความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มป่วยระดับ 3 หรือ กลุ่มสีแดง ที่มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท และยังไม่มีการควบคุมความดันโลหิตสูงจนเกิดภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะเป้าหมายสำคัญ แต่หากเกิดความล้มเหลวในการควบคุมค่าความดันโลหิตจนเกิดภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ตา ไต และอาจทำให้เสียชีวิตได้ สาเหตุสำคัญของภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ได้แก่ การขาดยา เป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง คือ การลดค่าความดัน ซิสโตลิกให้น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และลดค่าความดันไดแอสโตลิกให้น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยเน้นการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เนื่องจาก ผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจำเป็นต้องรับประทานยาตั้งแต่ 2 ชนิดรวมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิต ดังนั้น พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อค่าความดันโลหิต ซึ่งการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ดี จะทำให้เกิดการตัดสินใจแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาไปสู่การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสมด้วยตนเอง เพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และส่งผลกระทบต่อค่าความดันโลหิต รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตเรื้อรังซ้ำ

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ประยุกต์ใช้แนวคิดจัดการตนเองของ แคนเฟอร์และเกล็ด-บายส์ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ส่วน ได้แก่ (1) การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงความรุนแรงของค่าความดันโลหิต ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาที่ผ่านมา โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี และเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ผ่านมา (2) การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง โดยใช้รูปแบบที่ให้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเองโดยตรวจสอบตามประเด็น ร่วมกับการได้รับความรู้โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การตั้งเป้าหมายพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่จะส่งผลกระทบต่อค่าความดันโลหิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวโดยใช้สีของป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี การฝึกทักษะการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย (3) การสังเกตตนเอง (self-observation) โดยสังเกตพฤติกรรมการรับประทานยา ได้แก่ กินยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา กินยาทุกมื้อ สังเกตสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมการรับประทานยาไม่เป็น

ตามเป้าหมาย เป้าประสงค์ตามอาการข้างเคียงจากยาและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะความดันโลหิตของตนเอง (4) การบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording) โดยบันทึกการจัดการตนเองลงในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยประเมินผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ในแต่ละสัปดาห์โดยใช้สีและกราฟสีป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ส่งผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ดีขึ้น เพื่อให้มีสีที่ลดลงและความรุนแรงของค่าความดันโลหิตลดลง 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดแรงเสริมของตนเองในแต่ละสัปดาห์ตรงกับความต้องการเพื่อทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ร่วมกับการเสริมแรงจากภายนอก ได้แก่ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 3 นาน 15-20 นาที และการให้กลุ่มตัวอย่างติดตามค่าความดันโลหิตของตนเองที่ อสม.ไปวัดให้ที่บ้าน โดยโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติตามเกณฑ์คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ดังภาพ 2

กลุ่มทดลอง	O1	$X_r + X_c$	O2
กลุ่มควบคุม	O3	X_c	O4

ภาพ 2 รูปแบบการวิจัย

O1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตก่อนการทดลอง (pretest) ของกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตหลังการทดลอง (posttest) ของกลุ่มทดลอง

O3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตก่อนการทดลอง (pretest) ของกลุ่มควบคุม

O4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตหลังการทดลอง (posttest) ของกลุ่มควบคุม

X_r หมายถึง โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

X_c หมายถึง โปรแกรมการดูแลตามปกติตามเกณฑ์คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ การให้บริการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการติดตาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง 1 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (30-90 เตียง) ในภาคใต้ตอนล่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเรื้อรัง พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี (Tisdale, Huang, & Borzak, 2004) ร่วมกับข้อมูลจากการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยมากกว่า 60 ปี (รายงานผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต โรงพยาบาลรือเสาะ, 2558)

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตร (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) และได้รับการพยาบาลตามปกติให้พ้นระยะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจนมีอาการคงที่จนสามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล และมารับบริการตามนัดที่ 1 สัปดาห์ถัดไป โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายเก่าที่ผ่านคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพของโรงพยาบาล

3. ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าไม่มีภาวะที่แสดงถึงการทำลายอวัยวะเป้าหมาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) เช่น หัวใจล้มเหลว ไตเสื่อมหน้าที่ เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ

4. มีประวัติการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการขาดยาในวันที่มารับบริการด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โดยประเมินจากการรายงานด้วยตัวเองของผู้ป่วย ได้แก่ การสอบถามประวัติการรับประทานยา และการมารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

6. รู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา

1. ระหว่างดำเนินโปรแกรมมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

2. มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่ตรวจพบระหว่างการทดลอง เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมหน้าที่ เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ

3. ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามโปรแกรมตั้งแต่ 1 ครั้งเป็นต้นไป

4. ไม่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้

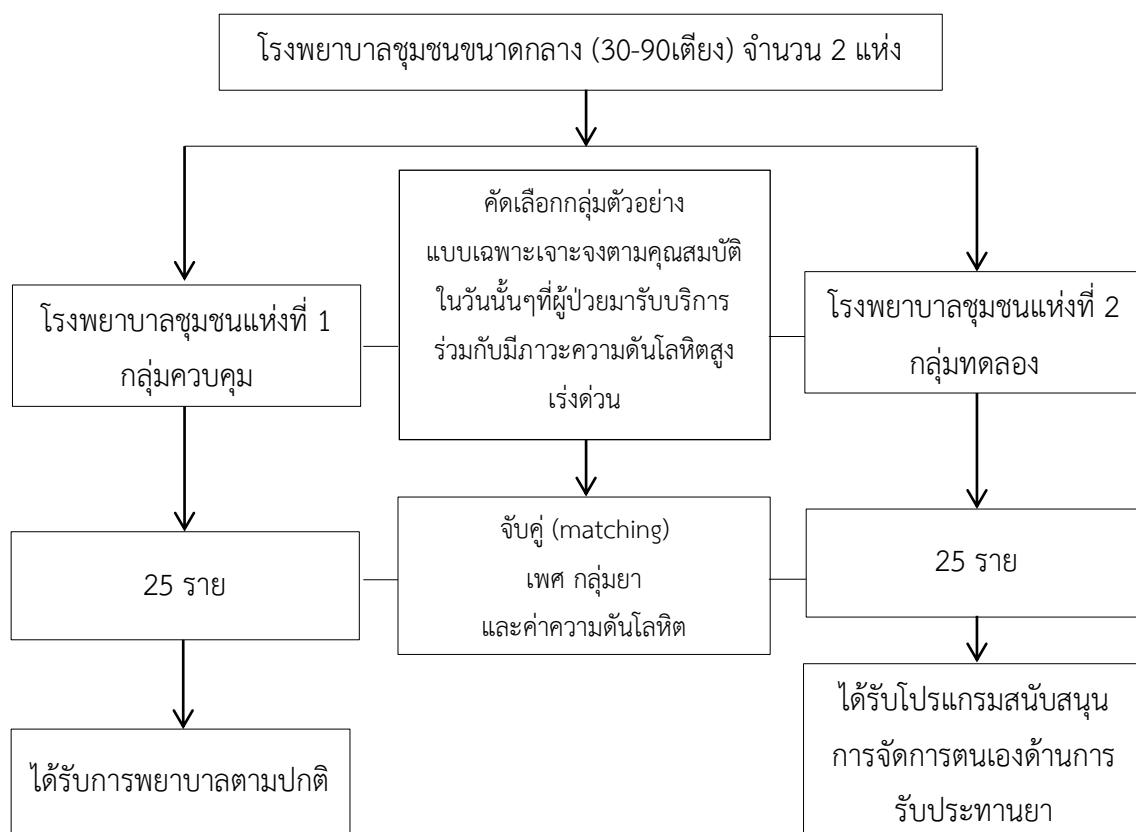
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยหาขนาดอิทธิพล (effect size) ของงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน คือ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (นันทิกานต์และคณะ, 2558) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.8 เปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 รายต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คนและกลุ่มทดลอง 25 คน รวม 50 คน ซึ่งไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดถูกคัดออกตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีขั้นตอนและวิธีการดังนี้

1. เลือกโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง ที่ให้บริการในระดับเดียวกันโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ คือ ขนาดกลาง (30-90 เตียง) (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 แห่งมีความคล้ายคลึงกันด้านบริบท ได้แก่ องค์กรประกอบของสถานพยาบาล ลักษณะการให้บริการด้านสุขภาพ และการรักษาโรค และเนื่องด้วยข้อจำกัดด้านความปลอดภัยของการทดลองในพื้นที่เสี่ยงของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ดังนั้นจึงกำหนดให้กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปฏิบัติงาน และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มตัวอย่างต่างพื้นที่ปฏิบัติงานซึ่งห่างกันเป็นระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยเริ่มดำเนินการกลุ่มควบคุมในโรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 1 จำนวน 25 รายก่อน หลังจากนั้นเริ่มดำเนินโปรแกรมกลุ่มทดลองในโรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 2 จำนวน 25 ราย โดยการจับคู่ (matching) ให้กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในด้านเพศ ระดับค่าความดันโลหิต และกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยปี 2558 โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังตัวร่วมกับการพยาบาลตามปกติ รวมจำนวนทั้งหมด 50 ราย ทั้งนี้ในการทดลองไม่มีการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังภาพ 3



ภาพ 3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย
 - 1.1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และผู้ดูแลในการรับประทานยา
 - 1.2. ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน การพบแพทย์เพื่อรับยาครั้งล่าสุด การนัดรับยาครั้งต่อไป และยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา จำนวน 20 ข้อ คำถามมีความครอบคลุมกระบวนการจัดการตนเอง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ด้านการติดตามตนเอง จำนวน 8 ข้อ ด้านการประเมินตนเอง 6 ข้อ และด้านการเสริมแรงตนเอง 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้ง 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนี้

3 คะแนน-ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 6-7 วันต่อสัปดาห์

2 คะแนน-ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 3-5 วัน ต่อสัปดาห์

1 คะแนน-ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 1-2 วัน ต่อสัปดาห์

0 คะแนน-ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาตามข้อนั้นเลย

คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในระดับดีกว่าคะแนนรวมน้อย

3. แบบบันทึกค่าความดันโลหิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้บันทึกค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเข้าโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ แปรผลตามค่าที่บันทึกจริง

4. แบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อใช้ในการบันทึกค่าร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา และสนับสนุนผลการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเข้าโปรแกรม โดยใช้สูตรคำนวณร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา (นันทิกานต์, 2558) ดังนี้

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายไป} - \text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายเหลือ}) - (\text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ} - \text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายเหลือ})}{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับทานใน 1 วัน} * \text{จำนวนวันที่มารับยา})}$$

การแปลผล ระดับความร่วมมือในการใช้ยา

ร้อยละ 100	มีความร่วมมือในการใช้ยา ดีมาก
ร้อยละ 80-99	มีความร่วมมือในการใช้ยา ปานกลาง
น้อยกว่าร้อยละ 79	มีความร่วมมือในการใช้ยา ต่ำ

5. เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติยี่ห้อออมนอน รุ่น HEM 7130 (Omron) ทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างเที่ยงตรง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์จังหวัดสงขลา ประจำเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ
2. แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ประกอบด้วย (1) คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม (2) รายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรม และ (3) แผนภูมิการใช้โปรแกรม และแผนภูมิการใช้สื่อ-อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม (ภาคผนวก ข)
3. แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง ประกอบด้วยแผนการดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง (ภาคผนวก ข)
4. คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี จำนวน 1 เล่ม เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) คำแนะนำการใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา (2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ได้แก่ การประเมินค่าความดันโลหิตในปัจจุบัน การประเมินภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง อาการของภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง การใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง การจัดการอาการข้างเคียงจากยา และ (3) การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ได้แก่ ปฏิทินบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา กราฟแสดงร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาเปรียบเทียบกับรายสัปดาห์ กราฟแสดงค่าความดันโลหิตโดยใช้ป้องกันจราจรชีวิต 7 สีเปรียบเทียบกับรายสัปดาห์ และผลสรุปการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในช่วง 4 สัปดาห์ (ภาคผนวก ข) ซึ่งคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยานี้ ผู้วิจัยใช้เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง และบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

4. สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ ป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยมุ่งเน้นให้มีการใช้สื่อไปถึงกลุ่มตามความรุนแรงของค่าความดันโลหิต และสถานการณ์จำลองภาวะหลอดเลือดในสมองแตก (ภาคผนวก ข)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน (ภาคผนวก ก) โดยตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสม ความชัดเจนของโปรแกรม และความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และมีความเห็นตรงกันว่ามีความถูกต้อง เหมาะสม และชัดเจน พบว่า มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพิ่มเติมคือ การระบุเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยให้ชัดเจน การระบุบทบาทและหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน การอบรมและประเมินทักษะของอาสาสมัครเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิตและการนับเม็ดยาให้ถูกต้อง การเพิ่มรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมให้สามารถเข้าใจกระบวนการดำเนินกิจกรรมได้อย่างชัดเจน และการปรับลดระยะเวลาการทำกิจกรรมแต่ละครั้งให้น้อยลง สำหรับคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามีข้อเสนอแนะปรับปรุงเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาทั่วไปแต่ใช้ประกอบการอธิบายภาพยาได้ การใช้ภาษาเป็นเชิงวิชาการมากขึ้น และปรับสีของคู่มือให้มีความชัดเจนน้อยลง (ภาคผนวก ข) และจากการประเมินความเป็นไปได้ของ การนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพจำนวน 5 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่า มีความง่าย เหมาะสม และสามารถนำโปรแกรมไปปฏิบัติได้จริง โดยมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพิ่มเติม คือ การเตรียมเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอและสอดคล้องกับบริบท การให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ทุกครั้ง การปรับลดระยะเวลาการทำกิจกรรมแต่ละครั้งให้น้อยลง การเน้นย้ำให้

เห็นถึงความจำเป็นในการใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่อาจเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ผู้ป่วย (ภาคผนวก ซ)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หาความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงและคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย ในโรงพยาบาลชุมชนอีกแห่งหนึ่ง ในอำเภอใกล้เคียง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75

2. เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติยี่ห้อออมนรอน (Omron) รุ่น HEM 7130 ทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างเที่ยงตรง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์จังหวัดสงขลา เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2017-NSt 012 และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 แห่งในจังหวัดนราธิวาสที่ดำเนินการศึกษา มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของงานวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วม หากผู้ป่วยมีความยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยให้ลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และได้รับการดูแลรักษาตามปกติ หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางร่างกายและจิตใจขณะเข้าร่วมโปรแกรม สามารถบอกผู้วิจัยถึงอาการที่เกิดขึ้นและจะให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างทันที มีการปกปิดข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ โดยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และสำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำรวมทั้งคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง ดังนี้
 - 1.1. การเตรียมตัวด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรม และเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - 1.2. สร้างเครื่องมือที่เป็นองค์ประกอบของโปรแกรม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา แนวทางการใช้โปรแกรม แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี
 - 1.3. เตรียมเครื่องมือ-อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ปากกาเคมี กระดาษฟลิปชาร์ต และถุงเมล็ดถั่วเขียว
 - 1.4. เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 แห่ง ซึ่งเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้
 - 2.1. พยาบาลผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน มีหน้าที่เก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา และวัดความดันโลหิตร่วมกับประเมินความรุนแรงของค่าความดันโลหิตตามป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยพยาบาลผู้ช่วยวิจัยต้องเข้าทำกิจกรรมทุกครั้งจำนวน 4 ครั้งตามโปรแกรม ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ช่วยวิจัย ดังนี้ (1) ชี้แจงการดำเนินโปรแกรม วัตถุประสงค์และบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโปรแกรมในแต่ละครั้ง (2) อธิบายเกี่ยวกับการคิดร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาและการประเมินความรุนแรงของความดันโลหิตโดยใช้ป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี (3) ประเมินทักษะการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ดังนี้ (1) ให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการดื่มชาหรือกาแฟ การสูบบุหรี่ก่อนการวัดความดัน

โลหิต 30 นาทีโดยให้สอบถามทุกครั้ง (2) ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพัก 5 นาที ขณะวัดห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุย แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ (3) วัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติกับแขนข้างที่ใช้งาน น้อยกว่าโดยพันผ้าที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตรและให้กึ่งกลางของถุงลมวางอยู่บน หลอดเลือดแดง แล้วกดเริ่มการวัดความดันโลหิต วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาทีจาก แขนเดียวกัน และทำเดียวกัน นำผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย โดยต้องผ่านการประเมินทักษะใน การวัดค่าความดันโลหิตทุกข้อ (ภาคผนวก ฉ)

2.2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 13 คน ที่ดูแล กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้นจาก สถานบริการสุขภาพภายหลังรับบทบาทเป็นอสม. อย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถวัดค่าความดันโลหิตได้ บทบาทหน้าที่ในโปรแกรม คือ นับเม็ดยาและวัดความดันโลหิตให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่บ้านแทนผู้วิจัยใน สัปดาห์ที่ 3 เท่านั้น ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของ อสม. เป็นรายบุคคล ดังนี้ (1) ประสานงานกับอสม. ที่รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตามเขตพื้นที่มอบหมายเข้าร่วมชี้แจงการดำเนินโปรแกรม (2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การนับเม็ดยาตามคู่มือ และแบบบันทึก รวมทั้งวัดความดันโลหิตในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันกับช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มาเข้าโปรแกรมที่โรงพยาบาล โดยให้ อสม. บันทึกค่าความดันโลหิตแบบบันทึกค่าความดันโลหิต และ จำนวนเม็ดยาที่นับได้ในแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา หลังจากนั้นแจ้งผลทางโทรศัพท์ แก่ผู้วิจัยทันทีภายในวันนั้น (3) ให้ความรู้และฝึกทักษะการวัดค่าความดันโลหิตที่ถูกต้องตามเกณฑ์ของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น (4) ประเมินความรู้และทักษะการวัดความดัน โลหิต โดยต้องอสม.ต้องผ่านทักษะการวัดค่าความดันโลหิตทุกข้อ (ภาคผนวก ฉ) และ (5) การเตรียม เครื่องวัดความดันโลหิตที่อสม.นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้ อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้โดยตรง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์ วิศวกรรมกรรมแพทย์จังหวัดสงขลา เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

3. ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเพื่อเข้าร่วม โปรแกรม

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย การเก็บรักษาความลับและ การยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อใน ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบกิจกรรมเป็นรายบุคคลในการดำเนินการทดลอง เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีการเข้ารับการรักษาที่ไม่พร้อมกันและไม่สามารถประมาณช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนได้ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเข้าร่วมการทดลองได้

1. การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

1.1. กลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1.2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดความดันโลหิต ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา บันทึกผลในแบบบันทึกค่าความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1

1.3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติภายใต้คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพของโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1-4 ประกอบด้วย ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ การให้บริการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการติดตาม

1.4. กลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดความดันโลหิต ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา บันทึกผลในแบบบันทึกค่าความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา (post-test) ในสัปดาห์ที่ 4

1.5. ผู้วิจัยให้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา พร้อมส่งเสริมความรู้ตามคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และมอบของรางวัลเพื่อเป็นตัวอย่างการเสริมแรงภายนอกแก่กลุ่มตัวอย่างในปฏิบัติการจัดการตนเองตามคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2. การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินก่อนการทดลองและดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง รายละเอียดต่อไป

พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

1. วัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

3. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา

ผู้วิจัย ใช้เวลา 50 นาที

1. จัดกิจกรรมที่ 1 “รู้ตัวเอง รู้ปัญหา” ใช้เวลา 10 นาที โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1.1. กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อค้นหาสาเหตุ ปัญหา และอุปสรรคในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ผ่านมา

1.2. สรุปประเด็นสาเหตุ ปัญหา และอุปสรรคบันทึกลงในกระดาษฟลิปชาร์ต

2. จัดกิจกรรมที่ 2 “รู้ที่มา หาทางแก้” ใช้เวลา 40 นาที โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

2.1. เตรียมความพร้อมและสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ เพิ่มความตระหนักในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประกอบด้วย

2.1.1. แจกคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2.2.2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง การใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยใช้รูปแบบที่ให้มีส่วนร่วมใน การประเมินตนเองโดยตรวจสอบตามประเด็น ร่วมกับการได้รับความรู้โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2.1.3 กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยร่วมกันตั้งเป้าหมายระยะยาว คือ สิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และระยะสั้นคือสัปดาห์ละครั้ง โดยกำหนดให้มีการประเมินผลเป็นรายสัปดาห์ คือ ต้องมีร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น และต้องควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีขึ้นโดยประเมินผลจากป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี ต้องเปลี่ยนสีจากแดงเป็นสีส้ม สีเหลือง และสีเขียวตามลำดับ และให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเป้าหมายของตนเองในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2.1.4 กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรม เป้าหมายด้วยตนเอง ประกอบด้วย สังเกตพฤติกรรมการรับประทานยาด้วยตนเอง (self-observation) ได้แก่ กินยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา กินยาทุกมื้อ สาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมรับประทานยาไม่เป็นตามเป้าหมาย ฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและติดตามอาการข้างเคียงจากยา ทักษะการตัดสินใจปฏิบัติการจัดการอาการด้วยตนเองตามระดับความรุนแรงตามที่ระบุในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และติดตามค่าความดันโลหิตของตนเอง และบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording) โดยบันทึกพฤติกรรมรับประทานยา และบันทึกค่าความดันโลหิตในคู่มือและแบบบันทึกด้านการรับประทานยา และฝึกการนำเอาข้อมูลที่ได้จากการติดตามพฤติกรรมด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ตั้งเป้าหมายไว้

2.1.5 กลุ่มตัวอย่างคิดแรงเสริมแก่ตนเองด้านบวกในกรณีที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายและแรงเสริมด้านลบเมื่อดำเนินการไม่เป็นตามเป้าหมาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับพฤติกรรมและความต่อเนื่องในการจัดการตนเองบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

3. ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1

3.1. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ กินยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลาในแต่ละมื้อครบทุกมื้อตามแผนการรักษา โดยบันทึกเวลาและการรับประทานยาในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทุกมื้อที่รับประทานยา

3.2. สังเกตปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานยาที่ไม่เป็นตามเป้าหมายและบันทึกลงในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทันทีที่เกิดพฤติกรรมหรือวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน กรณีที่ไม่สามารถบันทึกได้ทันที

3.3. ติดตามอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ไอเรื้อรัง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ และอาการบวม รวมถึงการจัดการอาการตนเองตามระดับความรุนแรงตามคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยให้สังเกตและบันทึกลงในแบบติดตามอาการข้างเคียงจากยาทุกวัน วันละ 1 ครั้งก่อนนอน

3.4. นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่ได้นำไปสู่การค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง กำหนดเป้าหมายและแนวทางการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อไป

3.5. กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองตามที่กำหนดไว้

4. นัดอีก 1 สัปดาห์ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 โดยให้นำยาที่รับประทานทั้งหมดมาด้วย

ครั้งที่ 2 (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1) ทำการประเมินระหว่างเข้าโปรแกรม และดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

1. วัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินค่าความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายปิงปองจราจรชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

2. ประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

ผู้วิจัย ใช้เวลา 35 นาที

1. จัดกิจกรรมที่ 3 “รู้ว่าคุณค่าความดันได้แน่ ห้ามแพ้ใจตนเอง” โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1.1. กลุ่มตัวอย่างร่วมตรวจสอบการบันทึกคู่มือและแบบบันทึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกำหนดไว้ในครั้งที่ 1

1.2. กลุ่มตัวอย่างประเมินและสะท้อนผลการปฏิบัติการจัดการตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกระตุ้นให้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานยาเปรียบเทียบกับข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในครั้งที่ 1 และบอกถึงวิธีการที่นำไปใช้แล้วได้ผลบันทึกปัญหาใส่ในกระดาษฟลิปชาร์ต

1.3. กลุ่มตัวอย่างจำลองสถานการณ์ภาวะหลอดเลือดในสมองแตกและร่วมสรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม เพื่อให้รับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และเกิดความตระหนักแรงจูงใจในการรับประทานยา

1.4. กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มทักษะในการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

1.5. กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบตามที่วางไว้

1.6. กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายและการเสริมแรงตนเองในการจัดการตนเองในครั้งต่อไป จากนั้นบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2. นัด 1 สัปดาห์ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 โดยให้นำยาที่รับประทานทั้งหมดมาโรงพยาบาล

3. กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) ทำการประเมินระหว่างเข้าโปรแกรม และดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การกระตุ้นและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

1. วัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินค่าความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

2. ประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

ผู้วิจัย ใช้เวลา 20 นาที

1. จัดกิจกรรมที่ 4 “รู้วาลความดันได้แน่ ห้ามแพ้ใจตนเอง” โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1.1. กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบการบันทึกคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ข้อมูลการประเมินย้อนกลับ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกำหนดไว้ในครั้งที่ 2

1.2. กลุ่มตัวอย่างประเมินและสะท้อนผลการปฏิบัติการจัดการตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกระตุ้นให้ค้นหาปัญหา และอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานยาเปรียบเทียบกับข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในครั้งที่ 1 และ 2 และบอกถึงวิธีการที่นำไปใช้แล้วได้ผลบันทึกปัญหาใส่ในกระดาษฟลิปชาร์ต

1.3. กลุ่มตัวอย่างเป็นหลักในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหา และอุปสรรคต่อการรับประทานยา พูดให้กำลังใจเน้นย้ำให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญในการจัดการตนเอง และกระตุ้นเตือนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.4. กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบตามที่วางไว้

1.5. กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายและการเสริมแรงตนเองในการจัดการตนเองครั้งต่อไป จากนั้นบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

1.6. กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 และ นัด 2 สัปดาห์เพื่อรับยาและเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 โดยนำยาที่รับประทานทั้งหมดมาโรงพยาบาลด้วย

1.7. กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามจากผู้วิจัยและอสม. ในสัปดาห์ที่ 3 โดยอสม. ติดตามค่าความดันโลหิตและนับเม็ดยาที่บ้าน และผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยา สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคพร้อมให้คำแนะนำ รวมทั้งแจ้งผลการประเมิน

ความรุนแรงของค่าความดันโลหิตโดยใช้ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี และร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา จากค่าความดันโลหิตและการนับเม็ดยาที่ได้จากออส. ครั้งละ 15-20 นาที

ครั้งที่ 4 ทำการประเมินหลังเข้าการทดลอง และประเมินผลการดำเนินการจัดการตนเองที่ผ่านมา และสิ้นสุดการทำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาใช้เวลา ประมาณ 30 นาที

ผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

1. วัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินค่าความดันโลหิต ด้วยตนเองตามป้ายปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิต และแบบบันทึก ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

2. กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

3. กลุ่มตัวอย่างประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

ผู้วิจัย ใช้เวลา 20 นาที

1. กลุ่มตัวอย่างประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยค้นหา ปัญหา และอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

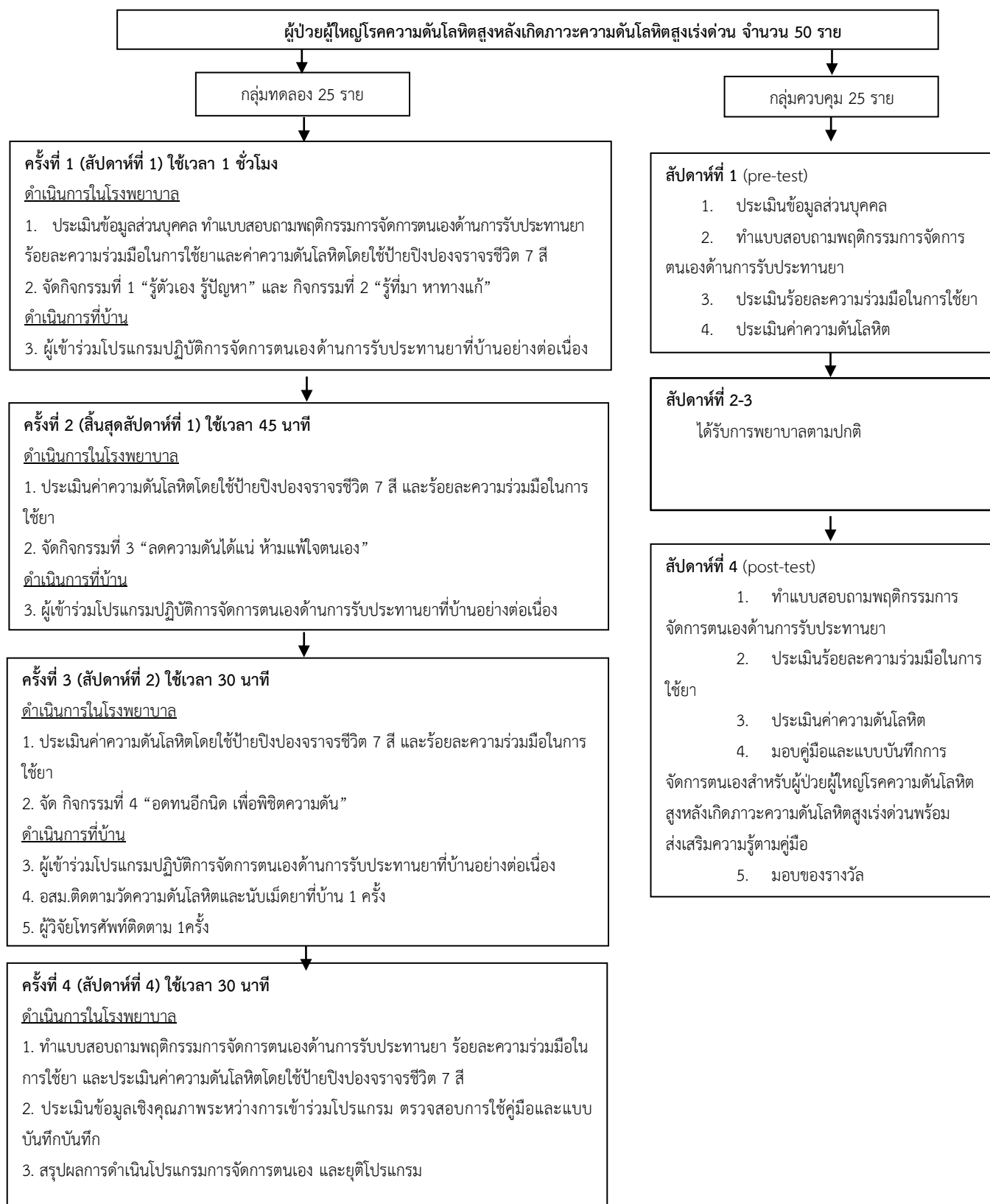
2. ร่วมตรวจสอบคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองกับผู้วิจัย

3. สรุปผลการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง

4. มอบของรางวัลแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน เพื่อเป็นการเสริมแรงภายนอกจากผู้วิจัย ให้มีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

5. ปิดการดำเนินโปรแกรม

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาใน ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน สามารถสรุปได้ดังภาพ 4



ภาพ 4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลในการรับประทานยา และยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นข้อมูลระดับนามมาตรา ใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ส่วนข้อมูลที่อยู่ในระดับมาตราส่วนขึ้นไป ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน และการใช้ยา (จำนวนมือและจำนวนเม็ดยา) วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีอิสระ (Independent t-test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนและหลังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired-t test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent-t test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติที่ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1) ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p > .05$) (ภาคผนวก ค)

2) ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Homogeneity of variance) ระหว่างข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเลวิน (Levene's test) พบว่า ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ภาคผนวก ค)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิต

1.1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

1.2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

1.3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมินผลของกิจกรรมตามโปรแกรม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของตนเองต่อเดือน และผู้ดูแลในการรับประทานยา โดยกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังตัวร่วมกับการพยาบาลตามปกติ) จำนวน 25 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.40 ปี (SD=6.80) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 96 ระดับการศึกษา คือ ชั้นประถมศึกษาร้อยละ 72 ประกอบอาชีพเกษตรกรหรือทำสวนร้อยละ 72 รายได้เฉลี่ย 9,160 บาทต่อเดือน (SD=4099.5) และทุกคนเป็นผู้ดูแลตนเองในการรับประทานยา สำหรับกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ) จำนวน 25 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.04 ปี (SD=7.47) ทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา คือ ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68 ประกอบอาชีพเกษตรกรหรือ ทำสวนร้อยละ 68 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 9,592 บาท (SD=3974.28) และทุกคนเป็นผู้ดูแลตนเองในการรับประทานยา

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของตนเองต่อเดือน และผู้ดูแลในการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ ($N=50$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.00 ^a	1.00
ชาย	9	36	9	36		
หญิง	16	64	16	64		

^a Pearson Chi-square

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)	(M=48.40, SD=6.80) (min=32, max=59)		(M=47.04, SD=7.47) (min=33, max=59)		.67 ^b	.50
18-45	8	32	13	52		
46-59	17	68	12	48		
สถานภาพสมรส					.50 ^c	1.00
คู่	24	96	25	100		
หย่า	1	4	0	0		
ระดับการศึกษา					.33 ^c	.67
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	23	92	21	84		
ประถมศึกษา	18	72	17	68		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4	2	8		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	16	2	8		
- ปริญญาตรี	2	8	4	16		
อาชีพ					.50 ^c	1.00
- ไม่ประกอบอาชีพ	2	8	1	4		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2	8	1	4		
- ประกอบอาชีพ	23	92	24	96		
รับจ้าง	4	16	3	12		
เกษตรกรรม/ทำสวน	18	72	17	68		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	1	4	4	16		

^b Independent t-test, ^c Fisher's Exact Test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ (บาท) ต่อเดือน	(M=9160, SD=4099.59) (min=3000, max=20000)		(M=9592, SD=3974.28) (min=6000, max=20000)		-.38 ^c	.71
≤5,000	3	12	1	4		
5,001-10,000	17	68	18	72		
10,001-15,000	3	12	4	16		
15,001-20,000	2	8	2	8		
ผู้ดูแลในการ รับประทานยา						
ตนเอง	25	100	25	100		

^b Independent t-test, ^c Fisher's Exact Test

2. ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย

ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ระยะเวลาในการรักษา ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน และยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเท่ากับ 6.16 ปี (SD=3.14) ค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 158.40 มิลลิเมตรปรอท (SD=12.03) และค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 88.52 มิลลิเมตรปรอท (SD=9.35) ร้อยละ 72 ของกลุ่มทดลองได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 ชนิด โดยร้อยละ 60 เป็นยากลุ่ม ACEI ร่วมกับ CCB รับประทานยาเฉลี่ยวันละ 1.24 มื้อ (SD=.44) เฉลี่ยวันละ 3.24 เม็ด (SD=.97) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเท่ากับ 4.84 ปี (SD=2.65) ค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 157.64 มิลลิเมตรปรอท (SD=12.53) และค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 88.04 มิลลิเมตรปรอท (SD=10.69) ร้อยละ 72 ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 2 ชนิด ซึ่งร้อยละ 60 เป็นยากลุ่ม ACEI ร่วมกับ CCB โดยรับประทานยาเฉลี่ยวันละ 1.32 มื้อ (SD=.48) และเฉลี่ยวันละ 2.76 เม็ด (SD=.83)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มในเรื่องระยะเวลาในการรักษา ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน และยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ลักษณะข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ (N=50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการรักษา	(M=6.16, SD=3.14)		(M=4.84, SD=2.65)		1.60 ^b	.12
โรคความดันโลหิตสูง (ปี)	(min=.03, max=11)		(min=.06, max=10)			
< 5 ปี	6	24	11	44		
5-10 ปี	16	64	14	56		
> 10 ปี	3	12	0	0		
ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	(M=158.40, SD=12.03)		(M=157.64, SD=12.53)		.22 ^b	.83
	(min=136, max=178)		(min=134, max=178)			
130 – 139	3	12	3	12		
140 - 159	9	36	9	36		
160 - 179	13	52	13	52		
ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	(M=88.52, SD=9.35)		(M=88.04, SD=10.69)		.17 ^b	.87
	(min=68, max=102)		(min=64,max=102)			
<84	8	32	13	52		
85 – 89	4	16	1	4		
90 – 99	5	20	6	24		
100 – 109	8	32	5	20		

^b Independent t-test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ชนิดยา					
-2 ชนิด	18	72	18	72		
ACEIs+CCB	15	60	15	60		
ARBs+CCB	1	4	1	4		
ACEIs+Diuretic	1	4	1	4		
CCB+Diuretic	1	4	1	4		
-3 ชนิด	7	28	7	28		
ACEIs+CCB+ Diuretic	6	24	6	24		
ACEIs+CCB+Beta	1	4	1	4		
จำนวนมียาที่ รับประทานต่อวัน	(M=1.24, SD=.44)		(M=1.32, SD=.48)		-.62 ^b	.54
1	19	76	17	68		
2	6	24	8	32		
จำนวนเม็ดยาที่ รับประทานต่อวัน	(M=3.24, SD=.97)		(M=2.76, SD=.83)		1.88 ^b	.07
2	5	20	11	44		
3	12	48	10	40		
4	6	24	3	12		
5	1	4	1	4		
6	1	4	0	0		

^a Pearson Chi-square, ^b Independent t-test

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิต

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired-t test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-14.96, p<.001$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกภายหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.28, p<.001$) และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกภายหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.77, p<.001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ($n=25$)

ตัวแปร	ก่อน (n=25)		หลัง (n=25)		Statistics value	p- value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	1.38	0.26	2.43	0.25	-14.96	.000*
ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	158.40	12.03	137.84	10.77	8.28	.000*
ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	88.52	9.35	75.60	13.65	4.77	.000*

* ระดับนัยสำคัญที่ .05

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

2.1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($t=0.28, 0.22$ และ $0.17, p>.05$ ตามลำดับ) ดังตาราง 4

ตาราง 4

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ ($N=50$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	p- value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมจัดการตนเอง	1.38	0.26	1.35	0.27	0.28	0.78
ด้านการรับประทานยา						
ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	158.40	12.03	157.64	12.53	0.22	0.83
ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	88.52	9.35	88.04	10.69	0.17	0.87

2.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent-t test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.87, p<.001$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.16$ และ $-4.04, p <.001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ ($N=50$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		Statistics value	p- value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	2.43	0.25	1.28	0.26	15.87	.000*
ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	137.84	10.77	167.44	17.66	-7.16	.000*
ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	75.60	13.65	91.20	13.69	-4.04	.000*

* ระดับนัยสำคัญที่ .05

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วนของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วนของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยการใช้สถิติทีคู่ (Paired-t test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t=1.94, p>.05$) สำหรับค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.38, p=.03$) และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t=-1.08, p>.05$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ($n=25$)

ตัวแปร	ก่อน ($n=25$)		หลัง ($n=25$)		Statistics value	p- value
	M	SD	M	SD		
	พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	1.35	0.27	1.28		
ความดันซิสโตลิก	157.64	12.53	167.44	17.66	-2.34	0.03*
ความดันไดแอสโตลิก	88.04	10.69	91.20	13.69	-1.08	0.29

* ระดับนัยสำคัญที่ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างจากการประเมินผลของกิจกรรมตามโปรแกรม

ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ข้อมูลจากการสังเกตและบันทึกขณะดำเนินการทดลอง ร่วมกับการใช้ข้อคำถามปลายเปิด สอบถามกลุ่มตัวอย่างทุกคนระหว่างดำเนินโปรแกรม สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในกิจกรรม เนื่องจาก สามารถทดแทนกิจกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังไม่มีการบูรณาการรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เนื่องจากเมื่อมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักได้รับการแนะนำเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับโรค และการบอกกล่าวจากพยาบาลทำให้ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น ไม่ได้มีการประเมินถึงปัญหาในการรับประทานยา

2. กลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องที่ไม่น่าเบื่อ และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการเสียเวลาถึงแม้ว่าจะต้องมาเข้าร่วมประชุม 3 ครั้ง เนื่องจากกิจกรรมดำเนินการช่วงที่ต้องรอพบแพทย์ และรู้สึกที่ตนเองได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด กิจกรรมที่จัดในโปรแกรมทำให้ ได้รับความรู้และเข้าใจถึงการดูแลตัวเองเกี่ยวกับการรับประทานยามากขึ้น ประกอบกับรูปแบบของ กิจกรรมมีความน่าสนใจและเสนอให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคผ่านการจำลองสถานการณ์ โดยให้ เวลาในการพูดคุยถึงปัญหามากกว่าปกติ มีความเป็นส่วนตัวทำให้สามารถสอบถามข้อสงสัยได้มากขึ้น และมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเช่นนี้ทุกครั้งที่มาใช้บริการ

3. กลุ่มตัวอย่างบอกว่าได้แนวทางในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา ที่มีความเข้าใจมากกว่าการเข้ารับบริการในคลินิกปกติ เนื่องจากมีการนำระดับสติตามแนวคิดปิงปอง จราจรชีวิต 7 สี มาใช้ในกิจกรรมการประเมิน การตั้งเป้าหมาย การติดตามตัวเอง และการเสริมแรง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้

4. การลงบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างบอกว่าไม่เป็นภาระแต่คิดว่าเป็นกิจกรรมที่ดีมาก เนื่องจากคู่มือมีเนื้อหาสาระสำคัญและ จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยาที่สามารถเกิดการเรียนรู้ได้ตลอด สามารถเปิดดูข้อมูลที่ ต้องการและสิ่งที่สงสัยย้อนหลังได้ กิจกรรมในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เช่น การบันทึกเป้าหมาย การบันทึกผลการติดตามอาการข้างเคียงจากยา การลงเวลารับประทานยา และการบันทึกลักษณะการเสริมแรงที่ชื่นชอบทำให้เห็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างชัดเจนว่าปฏิบัติกิจกรรม ในแต่ละสัปดาห์เพื่ออะไร รวมถึงรู้สึกสนุกเพราะมีแรงจูงใจในการบันทึกประจำวันโดยทำพร้อมกับบุตร ขณะทำการบ้าน นอกจากนี้ การได้ร่วมกับพยาบาลในการบันทึกกราฟสีปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ทำให้ เห็นภาพผลลัพธ์ปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ทำให้ช่วยกระตุ้นความต่อเนื่องในการรับประทานยา มากขึ้น

5. กลุ่มตัวอย่างบอกว่าครอบครัวมีส่วนสนับสนุนที่สำคัญที่ทำให้พยายามคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายด้วยตัวเอง โดยช่วยให้เกิดการจัดการตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น คู่สมรสกระตุ้นเตือนให้รับการรักษาตามนัด บุตรช่วยเตือนเวลารับประทานยาช่วงเช้านก่อนไปโรงเรียน ทำให้รับประทานยาได้ตรงตามเวลามากขึ้น การตั้งนาฬิกาปลุกให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการลืม ให้สามีซื้อสิ่งที่อยากได้เพื่อเสริมแรงตนเอง การโทรศัพท์เพื่อถามชื่อยาจากญาติกรณีลืมเอายาไปในขณะที่ไปค้างบ้านญาติเพื่อไปรับยาจากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อไม่ให้ขาดยา ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติดังกล่าวเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองระหว่างการเข้าข้ามโปรแกรม

6. กลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่าการเข้าร่วมโครงการในช่วงแรกอาจเกิดรู้สึกท้อแท้บ้าง เนื่องจากคิดว่ารับประทานยาแล้วค่าความดันโลหิตจะต้องลงมาปกติในเวลาไม่นาน แต่เมื่อได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ลดความกังวลลง และมีแรงจูงใจที่จะกระทำต่อเพื่อรอดูผลค่าความดันโลหิต จนกระทั่งเมื่อเกิดพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีความรู้สึกที่ตนเองอาการต่างๆดีขึ้น รวมทั้งอาการที่เคยคิดว่าเป็นอาการข้างเคียงจากยาและอาการของโรคทุเลาลง จึงเป็นแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

7. กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่าในช่วงสัปดาห์แรก รู้สึกเฉย ๆ ต่อการรับประทานยา เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก่อน ทำให้รับประทานยาตามที่แพทย์และเจ้าหน้าที่แนะนำโดยไม่มีเป้าหมายจนทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรับประทานยา แต่เมื่อเข้าร่วมตามโปรแกรมและได้ร่วมกิจกรรมจำลองสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความเข้าใจถึงความรุนแรงของโรคมมากขึ้น กลัวว่าตนเองจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ตาพร่ามัวหรือตาบอด เห็นอย่างง่ายจากโรคหัวใจ โรคไตวาย การนอนติดเตียง และไม่ยอมเป็นภาระคนในครอบครัว เนื่องจากกังวลว่าจะถูกทอดทิ้งถ้าไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเกิดการตั้งเป้าหมายว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเริ่มมีการดูแลตนเองมากขึ้น และตั้งเป้าหมายว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลของโปรแกรมโดยการวัดค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1.1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 64) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยที่พบว่า เพศหญิงมีความชุกและอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย (สำนักระบาดวิทยา, 2556; สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) มีอายุเฉลี่ย 47.72 ปี สอดคล้องตามรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (สำนักระบาดวิทยา, 2556) ที่พบว่า กลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี รองลงมา กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปีตามลำดับ ซึ่งสำหรับเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยกลางคนอายุระหว่าง 45-59 ปี จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่เป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ จึงทำให้มีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากวัยอื่น สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้หญิงไทย อายุ 45-59 ปี ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้หญิงวัยกลางคน ร้อยละ 48 มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรกที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตพบมากที่สุดของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี (Tisdale et al., 2004)

1.2. ข้อมูลด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 3 เดือน-11 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5.50 ปี ค่าความดันซิสโตลิกปัจจุบันเฉลี่ย 157.34 มิลลิเมตรปรอท มีความรุนแรงในระดับ 1 (grade 1) และค่าความดันไดแอสโตลิกปัจจุบันเฉลี่ย 87.10 มิลลิเมตรปรอท มีความรุนแรงในระดับสูงกว่าปกติ (high normal) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติให้พ้นระยะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนจนมีอาการคงที่แล้วในวันที่มารับการรักษา และเริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 ในวันที่นัดติดตามผู้ป่วยที่ 1 สัปดาห์หลังจากเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจำกัดให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงน้อยกว่าระดับ 2 เท่านั้นเพื่อความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่เข้าโปรแกรม จึงส่งผลให้ในการดำเนินโปรแกรมมีระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิตตั้งแต่ระดับปกติจนถึงสูงปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเริ่มต้นที่ไม่สูงมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ได้รับยา 2 ชนิด คือ ยาในกลุ่ม ACEI ร่วมกับ CCB ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการรักษาและการปรับขนาดยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ซึ่งจะเริ่มให้ยา 2 ชนิดตั้งแต่แรก ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จึงค่อยๆ เพิ่มยาจนเต็มขนาด โดยให้เลือกใช้ยาที่อยู่ในกลุ่ม ACEIs, ARBs, CCB และ diuretics เป็นยาเริ่มแรกและยาที่ให้ต่อเนื่องแต่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับยาในกลุ่ม ARBs (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; JNC8, 2014) โดยส่วนใหญ่รับประทานยาเฉลี่ยวันละ 1.28 มื้อ และรับประทานยาเฉลี่ยวันละ 3 เม็ด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 60 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงตามอายุน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ร่วมกับการประเมินจากแพทย์ว่าไม่มีภาวะที่แสดงถึงการทำลายอวัยวะเป้าหมาย ดังนั้นจึงยังไม่มีการรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งอาจส่งผลให้มีจำนวนมื้อและจำนวนเม็ดยาน้อย เนื่องจาก มีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย โดยในภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนจะเริ่มใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปทันที ทั้งนี้หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายจะเริ่มให้ยาในปริมาณที่น้อยก่อน แล้วค่อยปรับยาตามภาวะของโรคต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบผลของโปรแกรมตามสมมติฐานการวิจัย

การทดลองนี้มีการควบคุมตัวแปรต่าง ๆ เพื่อลดการเกิดตัวแปรแทรกซ้อน คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก มีการจับคู่ (matching) ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ และค่าความดันโลหิตเพื่อให้มีความเป็นเอกพันธ์มากที่สุด และมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนจากการทดลอง คือ การนำคำร้อยละความร่วมมือในการใช้ยามาใช้ เพื่อสนับสนุนผลของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังเข้าโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า (1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 (2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วนสามารถทำให้มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาดีขึ้น และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และลดค่าความดันโลหิต เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของสุขภาพและเข้าใจว่าหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพเป็นของตนเองไม่ใช่หน้าที่คนอื่น ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์เป็นเพียงผู้ช่วยสนับสนุนการดูแลเท่านั้น จึงทำให้เพิ่มความร่วมมือในการดูแลตนเองที่บ้านมากกว่าการรอรับบริการเชิงรับในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ที่เน้นให้บุคคลเป็นหลักในการรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมความเข้าใจให้คำแนะนำในการปฏิบัติทุกขั้นตอนของการจัดกิจกรรม 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง กล่าวคือ ในขั้นตอนการประเมินตนเอง โดยการประเมินค่าความดันโลหิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจภาวะสุขภาพและระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของตนเองมากขึ้น ซึ่งค่าความดันโลหิตที่อยู่ในสีต่าง ๆ ตามปิงปองจราจรชีวิต

7 สี จะกระตุ้นการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายเนื่องจากเห็นภาพความรุนแรงที่ชัดเจนจนเกิดความตระหนักมากขึ้น ตลอดจนได้รับรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเมื่อขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มความตระหนักที่จะดูแลตนเองจนเกิดการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งการตั้งเป้าหมายจะจูงใจให้เกิดความท้าทาย และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพื่อปรับพฤติกรรม การรับประทานยาให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ตามความตั้งใจที่จะรับผิชอบสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ ในขั้นตอนการติดตามตนเองโดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแยกแยะสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมด้านการรับประทานยาได้ โดยสามารถติดตามได้จากผลการบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกที่ผ่านมา เกิดการเรียนรู้และเข้าใจว่าการกระทำใดที่มีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงขั้นตอนการใช้การเสริมแรงตนเอง ทั้งด้านบวกและด้านลบที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดขึ้นมาเอง เป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อบรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งเมื่อดำเนินการภายใต้ขั้นตอนดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจนเกิดการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ยามีผลต่อการควบคุมค่าความดันโลหิต ซึ่งการใช้แนวคิดการจัดการตนเองจะสามารถลดและควบคุมค่าความดันโลหิต รวมถึงเพิ่มทักษะการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ดีขึ้น (Sareepon & Surit, 2014; Thutsaringkarnsakul et al., 2012)

นอกจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกลlick-บายส์ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้ประยุกต์ใช้ปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สีของกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2556) ที่มุ่งเน้นให้มีการใช้สีบอกถึงการจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิต ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการของการรับรู้ โดยเมื่อถูกสิ่งเร้าจากค่าความดันโลหิตก็จะเกิดการรับรู้จากการสัมผัสโดยอาศัยอวัยวะสัมผัส โดยการรับรู้ของคนที่สำคัญเกิดจากการมองเห็นจนผ่านการแปลความหมายของสมองออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจโดยอาศัยความรู้ และประสบการณ์ จากโรคความดันโลหิตเดิมทำให้เกิดการตอบสนองทางพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้วิจัยได้นำมาใช้ในทุกขั้นตอนของการจัดการตนเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตที่ตนเองเป็นมากขึ้นตั้งแต่ขั้นการประเมินตนเอง โดยการนำค่าความดันโลหิตที่ได้มาเปรียบเทียบกับสีของปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี ซึ่งสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพและเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงผ่านการสังเกตระดับสีของตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ในแต่ละสัปดาห์ โดยสีและกราฟสีปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตในแต่ละสัปดาห์อย่างชัดเจน ส่งผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองให้มีสีที่ลดลงเพื่อให้ความรุนแรงของค่าความดันโลหิตลดลง สำหรับขั้นตอนการติดตามตนเอง โดยข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองโดยใช้ปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี จะนำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์ที่มาของปัญหาในการรับประทานยาที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ ทำให้เกิดการตั้งเป้าหมาย

ในการรับประทานยาและควบคุมค่าความดันโลหิต โดยกลุ่มตัวอย่างใช้สีของปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี เป็นเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีกลุ่มสีที่ดีขึ้นในครั้งต่อไป นำไปสู่การตัดสินใจดำเนินการจัดการตนเองตามขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมซึ่งจะส่งผลต่อค่าความดันโลหิต และมีการใช้ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี มาใช้ขั้นตอนการแรงเสริมตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดแรงเสริมของตนเองในแต่ละสัปดาห์หลากหลายและตรงกับความต้องการเพื่อทำให้เกิดแรงกระตุ้นว่าครั้งต่อไปจะต้องดีขึ้น สอดคล้องกับการใช้ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย (นันทิกานต์ และคณะ, 2558) และการใช้ต้นไม้สีเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรุนแรงของโรคได้ดีมากขึ้น (สุพินญาและคณะ, 2556)

จะเห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามีจุดเด่นที่อาจส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิต ได้แก่ ขั้นตอนของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและงานด้านคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ เนื่องจากมีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและมีความสอดคล้องกับบริบทเนื่องจากผ่านการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และมีการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม มีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าเปิดเผยปัญหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เข้าใจปัญหาของการแต่ละคนได้ตรงจุดมากขึ้น สามารถให้คำปรึกษาได้เต็มที่ และมีรูปแบบที่สามารถสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ได้แก่ การใช้สีที่ทำให้เข้าใจง่ายทั้งด้านการประเมินความรุนแรงของโรค การตั้งเป้าหมาย การประเมินผล และการเสริมแรงตนเอง กิจกรรมในโปรแกรมสามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจหากิจกรรมที่สามารถช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้การสนับสนุนของครอบครัว การให้บุตรเตือนให้รับประทานยาตอนเช้าก่อนไปโรงเรียน การให้สามีซื้อของให้ถ้าได้ตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลการ (2557) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาได้อีกทั้งโปรแกรมมีความคุ้มค่าด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ลดลง เนื่องจากสามารถควบคุมค่าความดันโลหิต และป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

2. รูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรม มีการออกแบบชุดกิจกรรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง กระบวนการในกิจกรรมมีความสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีลักษณะรูปแบบกิจกรรมที่ไม่ยากและไม่เกิดความยุ่งยากหรือเป็นการเพิ่มภาระจากเดิม สามารถตอบสนองการแก้ไขปัญหาด้านการรับประทานยาได้โดยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งได้มีการปรับให้เกิดความเหมาะสมกับบริบท ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการจัดกิจกรรม “รู้ตัวเอง รู้ปัญหา” “รู้ที่มา หาทางแก้” “รู้ว่าลดความดันได้แน่ ห้ามแพ้ใจตนเอง” และ “อดทนอีกนิด พิชิตความดัน” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แตกต่างกัน รูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมและ

สนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ เพิ่มความตระหนักและแรงจูงใจในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้แก่ การให้ความรู้ โดยผู้วิจัยอธิบายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ซึ่ง มีรูปแบบการให้ความรู้ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้วยตนเองพร้อมอธิบายในแต่ละประเด็นตามคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ซึ่งการอธิบายรูปแบบนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีการจัดการตนเองดีขึ้นเนื่องจากสามารถพูดคุยซักถามได้เป็นการส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสื่อสารโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ชนิดของยาที่รับประทาน การเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลดีและผลเสียของการรับประทานยารวมถึงการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และมีผลต่อระดับความดันโลหิตที่ลดลง (ยุทธชัย, 2556, สุมนธา, 2556; Albus & Matthes, 2014)

ในส่วนของ การพูดสะท้อนผลการจัดการตนเอง และบันทึกไว้เปรียบเทียบกับรายสัปดาห์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง (ชลการ, 2557) ทั้งนี้ยังทำให้ผู้วิจัยรับทราบถึงปัญหาและร่วมหาแนวทางการจัดการตนเองที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นหลักในการคิดหาวิธีการ (นันทิกานต์ และคณะ, 2558) สำหรับการจำลองสถานการณ์ภาวะหลอดเลือดในสมองแตก โดยการนำถุงเมล็ดถั่วเขียวขนาด 3-5 กิโลกรัมผูกกับแขนและขาข้างใดข้างหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง และให้ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การนอน การนั่ง การลุกเดิน และการใส่เสื้อผ้า หลังจากนั้นให้แสดงความรู้สึกจากการทำกิจกรรม พบว่า กิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพและเข้าใจได้ง่ายจากประสบการณ์ที่ให้ทดลองทำด้วยตนเองซึ่งเป็นประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเองทันทีจากน้ำหนักของถั่วเขียวที่ถ่วงแขนและขา ว่าหากเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกจะมีอาการอ่อนแรงจะทำให้เกิดความลำบากที่ไม่สามารถออกแรงกล้ามเนื้อได้ตามปกติในการช่วยเหลือตัวเอง และรู้สึกหงุดหงิดไม่พึงพอใจที่การปรับเปลี่ยนท่าทางในการนั่ง นอน เดิน และใส่เสื้อผ้าลำบาก โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายต้องขอความช่วยเหลือจากคนอื่น บางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้เลยจนขอยุติการถ่วงถั่วเขียวเพราะรู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าวซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และคาดการณ์ถึงความรุนแรงจากผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงประเภทอื่น ๆ ตามอวัยวะเป้าหมายสำคัญได้ ทำให้เกิดความตระหนักในการอยากดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น ไม่อยากตาพร่ามัวหรือตาบอด ไม่อยากเหนื่อยง่ายจากโรค ไม่อยากนอนติดเตียง ไม่อยากเป็นภาระคนในครอบครัว กังวลว่าจะถูกทอดทิ้งถ้าไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเกิดการตั้งเป้าหมายว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน พบว่า การแสดงบทบาทสมมติสามารถทำให้เกิด

การเรียนรู้ เข้าใจและเพิ่มความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้นนอกจากนี้ การฝึกทักษะ การจัดการตนเองด้านการรับประทานยายังเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยตนเองเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองทั้ง 3 ขั้นตอนที่กล่าวไปข้างต้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการค้นหาสภาพปัญหา ตระหนักและเข้าใจ ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง การลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ (2554) พบว่า ผู้ป่วยหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาในการรับประทานยามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้วิจัยภายในสถานพยาบาลแล้ว ยังมีรูปแบบ การปฏิบัติจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในขั้นตอนนี้ กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมหลักในขั้นตอนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองด้านการรับประทานยาดังตนเอง โดยการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ กินยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลาครบทุกมื้อตามแผนการรักษา หลังจากนั้นมีการบันทึกในช่อง รับประทานยาและเวลาที่รับประทานยาในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ทุกมื้อที่รับประทานยา และติดตามอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หัวใจเต้นช้า กว่าปกติ ไอเรื้อรัง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ และอาการบวม โดยการลงบันทึกในช่อง ติดตามอาการแต่ละอาการ โดยหากมีอาการดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะจัดการอาการตนเองตามระดับ ความรุนแรงตามคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เคยได้รับการเตรียม ความพร้อม และสังเกตและบันทึกลงในแบบติดตามอาการข้างเคียงจากยา ทุกวัน วันละ 1 ครั้งก่อนนอน กรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษาจะต้องหาสาเหตุที่ทำให้ไม่ได้รับประทานยาและ บันทึกลงในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทันทีที่เกิดพฤติกรรมหรือ กรณีที่ไม่สามารถบันทึกได้ทันทีให้บันทึก วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน และเมื่อครบสัปดาห์ตามระยะเวลา ที่ตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวไว้ กลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ที่วางไว้ร่วมกับผู้วิจัย ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่ได้นำไปสู่การค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง กำหนด เป้าหมายและแนวทางการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อไป รวมถึงกลุ่มตัวอย่างเสริมแรง ตนเองตามที่กำหนดไว้ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนัก และมีสติใน การเตือนตนเองให้รับประทานยาตรงเวลา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการรู้จักสังเกต ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานยาแล้วหาวิธีการแก้ไขสาเหตุนั้นเพื่อให้มีพฤติกรรมรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง โดยการสังเกตพฤติกรรมจะทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ และการบันทึก พฤติกรรมเป็นการยืนยันได้ว่าพฤติกรรมนั้นเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดในระดับใด และเมื่อเห็นถึง โอกาสที่เป็นไปเป้าหมายจะทำให้เป็นแรงจูงใจในการรับประทานยาและควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตาม เป้าหมาย (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) สอดคล้องกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

(2558) ที่แนะนำให้มีการสังเกตสิ่งบอกเหตุที่บ่งชี้ว่าจะไม่ติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง อสม.ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่วัดความดันโลหิตร่วมกับนับเม็ดยาที่บ้าน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 3 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างโดยการโทรศัพท์ 1 ครั้ง นาน 15-20 นาที ผู้วิจัยให้แรงเสริมทางสังคมโดยการชื่นชมและให้กำลังใจ ซึ่งการติดตามค่าความดันโลหิตจะช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตที่เป็นผลจากการรับประทานยาด้วยตนเอง และนำผลไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายสัปดาห์ที่ตั้งไว้ เกิดการเรียนรู้ว่าปัจจัยใดบ้างที่ตนเองปฏิบัติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างคิดวิธีการจัดการกับปัญหานั้น ๆ และเสริมแรงตนเองเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวทางการติดตามค่าความดันโลหิตหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่ให้มีการติดตามค่าความดันโลหิตอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง และให้มีการติดต่อกับผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยพิจารณาการใช้โทรศัพท์ เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) โดยในสัปดาห์ที่ 3 แม้ว่ากลุ่มไม่ได้ถูกนัดมาโรงพยาบาลแต่ยังมีความกระตือรือร้นที่จะรับรู้การเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตตนเองว่าเป็นไปตามสีที่เคยตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าการใช้ระดับสีของปิงปองช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการติดตามความรุนแรงของค่าความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การนำการติดตามและการกระตุ้นเตือนมาใช้เพื่อสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ชลการ, 2557; Thutsaringkarnsakul et al., 2012)

3. คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการจัดการตนเองที่บ้าน (ขนิษฐา, 2557; ชลการ, 2557; เทวัญ, 2556; สุพิณญา และคณะ, 2556) มีลักษณะเป็นคู่มือที่ใช้อ่านทบทวนความรู้ในการใช้ยา ร่วมกับเป็นแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในเล่มเดียวกัน ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม อ่านแล้วเข้าใจง่าย รูปแบบ ขนาดรูปเล่มเหมาะสมต่อการบันทึก และมีขนาดตัวอักษรเห็นชัดเจนไม่เล็กเกินไป มีภาพประกอบชัดเจนช่วยเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาและมีตัวอย่างในการบันทึกแต่ละส่วนอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนได้ง่ายได้โดยการอ่านเนื้อหาที่เป็นรูปแบบการประเมินตนเอง ทั้งนี้การประเมินตนเองและบันทึกผลพร้อม ๆ กับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคในแต่ละประเด็นทำให้รู้ว่าตนเองควรปฏิบัติตัวอย่างไร นอกจากนี้ การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองที่บ้านด้วยคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของค่าความดันโลหิตโดยใช้สีปิงปองจราจรชีวิต 7 สี การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองด้วยปิงปองจราจร 7 สี การระบุเวลารับประทานยาในแต่ละครั้งจะสามารถช่วยกระตุ้นความจำและเพิ่มความตรงเวลาในการรับประทานยามากขึ้น การสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยวันละครั้งทำให้ผู้ป่วยมีการติดตามตนเองและสามารถดูแลเบื้องต้นในการรับประทานยาแต่ละชนิด และการลงบันทึกเปรียบเทียบ

กราฟร้อยละการใช้ยา และค่าความดันโลหิตรายสัปดาห์เพื่อประเมินผลการจัดการตนเอง ร่วมกับการบันทึกเสริมแรงตนเอง สามารถช่วยด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การบันทึกจะช่วยให้เกิดการติดตามการรับประทานยาของตนเองอย่างต่อเนื่องและช่วยให้มีการจดจำในการรับประทานยาได้ดีขึ้น (Osterberg & Blascke, 2005 อ้างตาม ราชตรี, 2554)

การสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม ส่งผลต่อการลดลงของความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่ได้รับยาจำนวน 2 ชนิด สอดคล้องกับแนวทางการรักษาและการปรับขนาดยาลดความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่เริ่มให้ยา 2 ชนิดถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และจึงค่อย ๆ เพิ่มยาจนเต็มขนาด โดยให้เลือกใช้ยาที่อยู่ในกลุ่ม ACEIs, ARBs, CCB และ diuretics เป็นยาเริ่มแรกและยาที่ให้ต่อเนื่องซึ่งเป็นยาที่มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาร่วมกัน แต่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับยาในกลุ่ม ARBs (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; JNC8, 2012) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ ยากลุ่ม ACEIs ร่วมกับ CCB ซึ่ง ACEIs เป็นยาพื้นฐานชนิดแรกที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี และไม่มีเชื้อชาติเป็นคนผิวดำ เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ปลอดภัยและป้องกันการเกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ โดยยาจะถูกดูดซึมได้เร็วจากทางเดินอาหาร มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ 24 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) การใช้ยานี้สามารถประเมินค่าความดันโลหิตเพื่อปรับขนาดของยาเต็มทีหลังจากการใช้ยา 3-6 สัปดาห์ (คณาจารย์ภาคเภสัชวิทยา, 2545 อ้างตาม นันทิกานต์, 2558) และเมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่มยา CCB ที่มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่ 24 ชั่วโมงและมีค่าครึ่งชีวิตของยา 30-50 ชั่วโมง (Schilling et al., 2013) จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าความดันโลหิต ดังนั้น ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองที่มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ อาจทำให้ผลการประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.84 ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นร้อยละ 99.56 ในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งอาจทำให้ค่าความดันโลหิตลดลงได้ จะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองที่มีค่าความดันซิสโตลิกก่อนการทดลองจากค่าความดันโลหิตสูงระดับ 2 ระดับ 1 และระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 52, 36 และ 12 ตามลำดับ หลังการทดลองมีค่าระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิตลดลงเป็นระดับ 1 ระดับสูงกว่าปกติ และระดับปกติร้อยละ 56, 20 และ 24 ตามลำดับ สำหรับค่าความดันไดแอสโตลิกก่อนการทดลองจากค่าความดันโลหิตสูงระดับ 2 ระดับ 1 ระดับสูงกว่าปกติ และระดับปกติ ร้อยละ 20, 36, 20 และ 24 ตามลำดับ หลังการทดลองมีค่าระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิตลดลงเป็นระดับ 1 ระดับสูงกว่าปกติ และระดับปกติร้อยละ 8, 16, 8 และ 68 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิตที่ลดลง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีค่าพฤติกรรมการจัดการตนเอง ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

ค่าความดันไดแอสโตลิกก่อนทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และค่าความดันซิสโตลิกหลังการทดลองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนซ้ำจำนวน 5 คน จึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้น จนส่งผลให้ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าความดันโลหิตให้ลดลง และป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกานต์และคณะ (2558) ที่พบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องหลังจากเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการตามโปรแกรมของการศึกษาครั้งนี้ยังมีความตรงภายในจากการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน ซึ่งจะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนการเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ทั้งนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 อาจสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนซ้ำ โดยเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนซ้ำ ปัจจัยสำคัญอาจเนื่องจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งจากผลการประเมินร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาในสัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 91.28 แตกต่างกับกลุ่มทดลองที่มีผลการประเมินร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาในสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 99.56 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดยา หรือการหยุดยาเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนสูง (อินทนนท์, 2556; Saguner et al., 2010; Vlcek et al., 2008)

2. การศึกษาครั้งนี้ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติควบคุมตัวแปรโดยการจับคู่ด้านเพศ ระดับค่าความดันโลหิต และกลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวกับพฤติกรรมชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ ค่าดัชนีมวลกาย ความเครียด สภาพสิ่งแวดล้อม ภาวะไขมันในเส้นเลือด ซึ่งเป็นพฤติกรรมชีวิตส่วนบุคคล รวมถึงภาวะสุขภาพอื่น ๆ เช่น ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง จึงอาจส่งผลให้ค่าความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า ระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย การดื่มชา ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องของการเปลี่ยนแปลงของระดับค่าความดันโลหิต (Wang et al., 2015)

3. รูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่มีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ขาดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเป็นรายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย ขาดทักษะในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง จึงไม่เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพตนเองและเข้าใจว่าหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพเป็นของทีมนักวิชาการทางการแพทย์และรอรับบริการเชิงรับในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อค่าความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 18-59 ปี เพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตร ไม่มีภาวะที่แสดงถึงการทำลายอวัยวะเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายเก่าที่ผ่านคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพของโรงพยาบาลมารับการติดตามนัดที่ 1 สัปดาห์หลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และมีประวัติการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยการจับคู่ (matching) ด้านเพศ ระดับความดันโลหิต และกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2560

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา (3) แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และ (4) แบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมี 4 องค์ประกอบ คือ (1) แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (2) แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (3) คู่มือและแบบบันทึกในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และ (4) สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ ป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี และสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดในสมองแตก โดยเครื่องมือทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 25 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่ หลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-14.96, p<.001$) และค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.28$ และ $4.77, p<.001$ ตามลำดับ)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.87, p<.001$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.16$ และ $-4.04, p<.001$ ตามลำดับ)

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t=-1.08$ และ $1.94, p>.05$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.34, p<.05$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนแสดงให้เห็นว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ดีขึ้น และทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยมีการใช้ระดับสี่ตามแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งทำให้เข้าใจและเห็นภาพความรุนแรงของค่าความดันโลหิตในระดับต่าง ๆ ได้ง่ายและชัดเจน ทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานยาไปสู่เป้าหมายของตนได้รวมทั้งเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้ดีขึ้น จนส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้ ดังนี้

1. บุคลากรที่ประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วนไปใช้ เพราะเป็นเครื่องมือที่มีรูปแบบชัดเจนและเฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา มีความสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิก

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และผู้ป่วยไม่ถือว่าการมีคู่มือติดตามการจัดการตนเองเป็นภาระ

2. การใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านรับประทานยา ช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของค่าความดันโลหิต เนื่องจากการใช้สีตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และกราฟติดตามค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย ดังนั้น การนำไปใช้กับผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการใช้เล่มคู่มือที่เป็นสีแทนการถ่ายเอกสารสีขาวดำซึ่งอาจเพิ่มค่าใช้จ่ายในการจัดทำคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านรับประทานยา

3. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นำไปโปรแกรมที่พัฒนาครั้งนี้ไปใช้ จำเป็นต้องมีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมก่อนนำไปใช้ เพื่อประสิทธิภาพของโปรแกรม รวมทั้งการคำนึงถึงบริบทและสิ่งแวดล้อมหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ดังนั้นควรมีการนำไปศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมมารับประทานยาซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมค่าความดันโลหิต

2. การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน อาจสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจาก หลักการใช้สีของปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จะทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพความรุนแรงตามสี และเพิ่มความเข้าใจมากขึ้น

3. คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ที่มีการใช้สีและกราฟสีตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อในการสนับสนุนการติดตามตนเองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องการควบคุมค่าความดันโลหิตได้ เนื่องจากเข้าใจได้ง่าย

4. ควรมีการศึกษารูปแบบกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยด้านพฤติกรรมมารับประทานยาเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน หรือผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การคัดเลือกโรงพยาบาลชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ มีการเลือกเฉพาะเจาะจงให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านความปลอดภัยในพื้นที่จึงจำเป็นต้องเลือกโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อความสะดวกด้านระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมและด้านความปลอดภัย

2. ข้อคำถามของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา บางข้ออาจทำให้เกิดความสับสนหรือไม่เข้าใจในการตอบคำถาม เนื่องจาก คำถามที่ไม่ชัดเจน เช่น ความถี่ในการปฏิบัติตัวต่อสัปดาห์ กรณีท่านมาโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง และมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดหากยาท่านหมด (ข้อ 8) ไม่ชัดเจนซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการแปลค่าคะแนนได้ ดังนั้นควรปรับปรุงให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น

3. การดำเนินโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ มีการติดตามผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทยที่กำหนดให้นัดติดตามผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังตัวใน 1 สัปดาห์ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตสูงเรื้อรังติดตามค่าความดันโลหิตของตนเองอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค ซึ่งการให้กลุ่มตัวอย่างมาติดตามตนเองที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละครั้งอาจส่งผลกระทบต่อความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ ดังนั้น หากค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง อาจปรับเปลี่ยนให้มีการติดตามค่าความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน การให้อสม.เป็นผู้ติดตามวัดค่าความดันโลหิต หรือไปตรวจวัดที่สถานบริการด้านสุขภาพใกล้บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กิริณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2557). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(3)*, 129-144.
- เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ. สืบค้นจาก <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>.
- ชนิษฐา สารีพล, และปัทมา สุจริต. (2557). ผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33(3)*, 110-116.
- จตุพร รุ่งใหญ่. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, กรุงเทพมหานคร.
- จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธุ์ภักดี, และชิวรัตน์ ต่ายเกิด. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารโรงพยาบาลรามา, 18(2)*, 223-236.
- ชลการ ชายกุล. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ณัฐริกา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 42(3)*, 19-31.
- เทวัญ ยอดยิ่ง. (2556). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองโดยการใช้กระบวนการแก้ไข ปัญหาเฉพาะรายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแพร์. *วารสารโรงพยาบาลแพร์, 21(1)*, 59-71.
- ปิงปองจรรยาจรวิต 7 สี สืบค้นจาก http://203.157.229.18/chronic/reptemplate/ball7color_new.pdf
- ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และวีรนุช รอบสันติสุข. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 7(3)*, 26-36.

- เพ็ญศรี เมืองรี, จิตติอาภา ตั้งคำวานิช, และสายชล จันทร์วิจิตร. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(1), 72-81.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- นันทิกานต์ หวังจิ. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงลักษณ์ อิงคณิ. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 56-64.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ, และทศพร ดำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ, สมบัติ เหลืองโสมนภา, และยุพาพร เสือเฒ่า. (2556). อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(2), 146-157.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, ปาลีรัญญู ฐาสิริสวัสดิ์ และลลิตา เตชาวุธ. (2557). ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา: แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(2), 95-105.
- ราตรี ชาตศรีศักดิ์. (2554). *การเปรียบเทียบผลของการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการให้คำแนะนำเรื่องยาก่อนกลับบ้านแบบเดิม*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รายงานผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต โรงพยาบาลรือเสาะ. (2558). ค้นหามีเมื่อ 25 ตุลาคม 2558.
- ธนพร วรรณกุล, ชลิตา โสภิตภักดีพงษ์ และวิริยา สุขวงศ์. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(3), 106-118.
- ศิริอร สินธุ์, พิเชต วงรอด (บรรณาธิการ). (2556). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.

คັນสนีย์ สีนารักษ์. (2556). *ความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในยุคของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างถ่วงหน้*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558)*. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/>

สุมาพร สุจ้านงค์, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัวญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 30-30.

สุพิณญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนะ, และธีรนุช ห่านิรติศัย. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 40(1), 23-33.

สุมณฑา ห่วงทอง. (2556). กรณีศึกษา พฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน. *รามาทิบัติพยาบาลสาร*, 19(1), 129-137.

สมลักษณ์ เทพสิริยานนท์, วิณา จีระแพทย์, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, และรุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยาและพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุไทยโรคความดันโลหิตสูง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 55(5), 456-472.

เสาวนีย์ เหลืองอร่าม. (2556). การหายใจแบบช้าในความดันโลหิตสูง. *วารสารกายภาพบำบัด*, 1, 73-80.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). *หญิงวัยทองเกือบครึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). *กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-%E0%B8%81%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84+NCDs.html>

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.

- สำนักกระบาดวิทยา. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีพ.ศ. 2555. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 44(51), 801-808.
- อรอนงค์ ชูแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการการต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อินทนนท์ อิมสุวรรณ. (2556). การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในท้องฉุกเฉิน. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 13(1), 109-123.
- อังคณา ชูชื่น, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4), 60-67.
- Albus, C., & Matthes, J. (2014). Improving adherence with medication- a selective literature review based on the example of hypertension treatment. *Deutsches Aerzteblatt Internationa*, 111(4), 41-47.
- Allaire, B. T., Trogon, J.G., Egan, B. M., Lackland, D. T., Masters, D., & Pack, T. (2011). Measuring the Impact Of Continuing Medical Education Program on Patient Blood Pressure. *Hypertension*, 13(7), 22-45.
- Clayton, B.D., & Stock, Y.N. (2004). *Basic pharmacology for nurses*. An affiliate of Elsevier, Unuted states of amarica.
- Danial A.C. & Veiga E.V. (2013). Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein*, 11(3), 331-337.
- Demonceau, J., Ruppap, T., Kristanto, P., Hughes, D. A., Fargher, E., Kardas, P., ... Vrijens, B. (2013). Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. *Australasian Drug Information Services*, 73:545-562. doi: 10.1007/s40265-013-0041-3
- Glynn, L. G., Murphy, A., Smith, S. M., Schroeder, K., Fahey, T. (2010). Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 476-488. doi: 10.3399/bjgp10X544113

- Hacihanoglu R., Gozum S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 692-705. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x.
- Joint National Committee. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood in adults :report from the panel members appointed to the eighth joint national committee. Retrieved from <http://www.jama.jamanetwork.com>.
- The Joanna Briggs Institute (JBI). Systematic reviews-*The review process. Levels of evidence, 2008* [Internet]. Australia: Solito Fine Colour Printers [cited 29 Jun 2010]. Retrieved from <http://Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
- Karakurt, P. & Kasikci, M. (2012). Factors affecting medication adherence in patients with Hypertension. *Journal of Vascular Nursing*. 4, 118-126.
- Kanfer, F.H., & Gaelick-Bays, L. (1991). Self management method. In F.H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). *Helping people change: A textbook of methods* (305-360). New York: Pergamon press.
- Krahn, K. (2014). Hypertensive Urgency. Nd. Retrieved from <http://www.RxFiles.ca>
- Marik, P. E., & Varon, J. (2007). Hypertensive crisis. *Chest Postgraduate Education Corner*, 131(6), 1949-1962.
- McLean, G., Band, R., Saunderson, K., Hanlon, P., Murray, E., Little, P., Richard J., ... Maira, F. S. (2016). Digital interventions to promote self-management in adults with hypertension: systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 34(4), 600-612.
- National Institutes of Health. (2010). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0*. Retrieved from https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf
- Ng, K. H., Stanley, A. G., Williams, B. (2011). ความดันโลหิตสูง. (ปกรณ์ โฉ่เลขา, ผู้แปล). สืบค้นจาก <http://110.170.43.40/dmht/download/doc20110806.pdf>
- Lilley, L.L., Harrington, S., Snyder, J.S., Savoca, D., & Lake, R.E. (2007). *Pharmacology and the nursing process*. Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (9 Ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Rujiwatthanakorn, D., Panpakdee, O., Malathum, P., & Tanomsup, S. (2011). Effectiveness of a Self-Management Program for Thais with Essential Hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(2), 97-110.
- Saguner, A. M., Dur, S., Perrig, M., Schiemann, U., Stuck, A.E., Burgi, U., Erne, P., & Schoenberger, A. W. (2010). Risk factors promoting hypertensive crises. *American Journal of hypertension*, 23(7), 775-780.
- Schilling, J.A., et al. (2013). *Nursing 2013 drug handbook*. Lippincott Williams & Wilkins, Ambler.
- Szcezech, L. A., Granger, C. B., Dasta, J. F., Amin, A., Peacock, W. F., Mccullough, P. A., Devlin, J. W., Weir, M. R., Katz, J. N., Anderson, F. A., & Wyman, A. (2010). Acute kidney injury and cardiovascular outcomes in acute severe hypertension. *Journal of the American Heart Association*, 121, 2183-2191.
- Thutsaringkarnsakul, S., Aunguroch, Y., Jitpanya, C. (2012). Self-Management Program on Blood Pressure Control in Thai Hypertensive Patients at Risk for Stroke. *Journal of Health Research*, 26(5), 242-249.
- Tibaldi, G., Clatworthy, J., Torcho, E., Argentero, P., Munizza, C., & Horne, R. (2009). The utility of necessity-concerns framework in explaining treatment non-adherence in four chronic illness groups in Italy. *Chronic illness*, 5, 129-133.
- Tisdale, J.E., Huang, M.B., & Borzak, S. (2004). Risk factors for hypertensive crisis: importance of out-patient blood pressure control. *The Journal of Family Practice*, 21(4).
- Uhlig, K., Patel, K., Ip, S., Kitsios, G.D., & Balk, E. M. (2013). Self-Measured Blood Pressure Monitoring in the Management of Hypertension: a systematic review and meta analysis. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), 185-194.
- Vaidya, C.K., & Ouellette, J. R. (2007). Hypertensive Urgency and emergency. *Hospital Physician*, pp 43-50. Retrieved from www.turner-white.com
- Vlcek, M., Bur, A., Woisetschlager, C., Herkner, H., Laggner, A. N., & Hirschl, M. M. (2008). Association between hypertensive urgencies and subsequent cardiovascular events in patients with hypertension. *Journal of Hypertension*, 26(4), 657-662.
- Wang, J., Xing, F., Liu, R., Liu, L., Zhu, Y., Wen, Y., ...Song, Z. (2015). Isolated Diastolic Hypertension Associated Risk Factors among Chinese in Anhui Province, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4395-4405); doi:10.3390/ijerph120404395.

World Health Organization. (2003). Toxicity grading scale for determining the severity of adverse events. Retrieved from http://www.icssc.org/documents/resources/aemmanual2003_appendicesfebruary_06_2003%20final.pdf

World Health Organization. (2012). New data highlight increase in hypertension, Diabetes incidence. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉันนางสาวสำรวย อาญาเมือง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง” มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการรับประทานยา และลดค่าความดันโลหิต

ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอ ไต และตา ซึ่งได้รับการติดตามนัด 1 สัปดาห์หลังผ่านพ้นระยะวิกฤตจนมีอาการคงที่ และมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หากท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้มีระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามขั้นตอนของโปรแกรมที่จัดไว้

การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ท่านจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเป็นผลสรุปของการวิจัยเท่านั้น ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการศึกษาวิจัยโดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล หากท่านมีข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรง คือ นางสาวสำรวย อาญาเมือง เบอร์โทรศัพท์ 08-19574066 หรืออาจติดต่อ ผศ.ดร. อารณทิพย์ บัวเพชร เบอร์โทรศัพท์ 08-30375405 ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อรับทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้

ข้าพเจ้าเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ลงชื่อ.....

(นางสาวสำรวย อาญาเมือง)

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ และข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยชั้นการจัดการตนเอง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ด้านการติดตามตนเอง จำนวน 8 ข้อ ด้านการประเมินตนเอง 6 ข้อ และด้านการเสริมแรงตนเอง 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ลำดับ.....
กลุ่ม.....

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และความเจ็บป่วย กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย / ลงใน ให้ตรงกับข้อมูลของผู้ตอบคำถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หย่า หม้าย
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ปวช. ปวส.
ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
 โรงเรียนสอนศาสนา อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ ไม่ได้ทำงาน พ่อบ้าน/แม่บ้าน
 รับจ้าง เกษตรกรรม/ทำสวน
 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ของตนเองต่อเดือน ระบุ.....
8. ผู้ดูแลในการรับประทานยา ตนเอง ญาติ เพื่อนบ้าน อสม.

ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย (สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก)

ระยะเวลาในการรักษา.....ปี ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน.....

พบแพทย์เพื่อรับยารั้งล่าสุดเมื่อ.....นัดรับยารั้งต่อไป.....

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (ระบุชนิด ปริมาณและการใช้ยา)

1. ยากลุ่ม ACEIs Captopril..... Enalapril.....
2. ยากลุ่ม ARBs Losartan.....
3. ยากลุ่ม Beta-Blockers Atenolol..... Metoprolol.....
4. ยากลุ่ม CCB Amlodipine.....
5. ยากลุ่ม Thiazide-type diuretics HCTZ..... Lasix.....

แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

ลำดับ.....
กลุ่ม.....

คำชี้แจง : ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความถี่พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

อย่างไร โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรม 6-7 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรม 3-5 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรม 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	พฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ			
		สม่ำเสมอ (3)	บ่อย (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ปฏิบัติ เลย (0)
	ด้านการติดตามตนเอง จำนวน 8 ข้อ				
1	ท่านกินยาถูกต้องตามชนิดยา				
2	ท่านกินยาถูกต้องตามขนาดยา				
3	ท่านกินยาตรงเวลา				
4	ท่านกินยาครบทุกมื้อ ทุกวัน				
5	ทุกครั้งหลังกินยา ท่านสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไอ บ่อย หัวใจเต้นผิดปกติ บวมบริเวณข้อเท้า อ่อนเพลีย หน้ามืดเวลาลุกยืน				
6	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากการกินยา ท่านจะปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดกินยา				
7	ท่านหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาจากการรับประทานยา เช่น จากเจ้าหน้าที่ คู่มือการดูแลตนเอง แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต				
8	ท่านมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดทุกครั้ง และมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดหากยาท่านหมด				
	ด้านการประเมินตนเอง จำนวน 6 ข้อ				
9	ท่านสังเกตว่าการกินยาให้ผลการรักษาเป็นไปตามที่ท่านต้องการ				
10	ท่านคิดพิจารณาเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถกินยาได้ตามที่ท่านตั้งใจไว้				
11	ท่านหาวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยในการ กินยา				
12	ท่านตรวจสอบจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ทุกครั้งเมื่อถึงวันแพทย์นัด				

ลำดับ	พฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ			
		สม่ำเสมอ (3)	บ่อย (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ปฏิบัติ เลย(0)
13	ท่านตัดสินใจผลการกินยาจากอาการและภาวะ แทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต				
14	ท่านตัดสินใจผลการกินยาโดยดูจากค่าความดันโลหิต				
	ด้านการเสริมแรงตนเอง จำนวน 6 ข้อ				
15	ท่านตั้งใจว่าจะให้รางวัลอย่างใดอย่างหนึ่งแก่ตัวเอง ถ้าสามารถกินยาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์				
16	ท่านภูมิใจและชมเชยตนเองเมื่อสามารถกินยาได้ ตามความตั้งใจ				
17	ท่านเล่าให้คนอื่นฟังถึงการกินยาที่ทำให้ท่าน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี				
18	ท่านผ่อนคลายและให้กำลังใจตนเองเมื่อไม่สามารถ กินยาอย่างต่อเนื่อง				
19	ท่านตักเตือนตนเองทันทีเมื่อลืมกินยา				
20	ท่านบันทึกความภาคภูมิใจที่มีเมื่อกินยาได้ตามที่ ตั้งใจไว้				

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา พิจารณา
จากคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง การมีพฤติกรรม
การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในระดับดีกว่าคะแนนรวมน้อย สามารถแปลผลได้ดังนี้

คะแนน 0-20 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
ระดับต่ำ

คะแนน 21-40 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
ระดับปานกลาง

คะแนน 41-60 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
ระดับสูง

ลำดับ.....
กลุ่ม.....

แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
BP.....	BP.....	BP.....	BP.....
สี.....	สี.....	สี.....	สี.....
ยาเหลือ.....	ยาเหลือ.....	ยาเหลือ.....	ยาเหลือ.....
ยาสูญหาย.....	ยาสูญหาย.....	ยาสูญหาย.....	ยาสูญหาย.....
ตกหล่น.....	ตกหล่น.....	ตกหล่น.....	ตกหล่น.....
ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา	ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา	ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา	ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา = (จำนวนเม็ดยาที่ชั่งไปทั้งหมด-จำนวนเม็ดยาที่จ่ายเหลือ) ÷ (จำนวนเม็ดยาที่เหลือทั้งหมด-จำนวนเม็ดยาที่จ่ายเหลือ)

(จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับทานใน 1 วัน * จำนวนวันที่มารับยา)

- การแปลผล ร้อยละ 100 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยดีมาก
 ร้อยละ 80-99 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาปานกลาง
 น้อยกว่าร้อยละ 79 มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยมีองค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย

1. แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
2. แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
3. คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
4. สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ ป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี กิจกรรมจำลองสถานการณ์ตลอดเลือดในสมองแตก

ส่วนที่ 1: แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วย
ผู้ใหญ่วัยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม
2. รายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรม
3. แผนภูมิการใช้โปรแกรม และแผนภูมิการใช้สื่อ-อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม โดยมี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1: คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม

ชื่อโปรแกรมการพยาบาล

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต เกิดจากความล้มเหลวในการควบคุมความดันโลหิต จนทำให้ร่างกายมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติมากในระยะเวลาสั้น โดยมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 และ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี (Tisdale, Huang, & Borzak, 2004) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ แม้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะยังไม่มียาบรรเทาอาการ แต่หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตจนกลายเป็นภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตา ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การขาดยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อินทพันธ์, 2556; Saguner et al., 2010; Vaidya & Ouellette, 2007; Vlcek et al., 2008) เป้าหมายของการควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีที่ไม่มีโรคเบาหวานและโรคไตร่วมด้วย คือ การลดค่าความดันซิสโตลิกให้น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (กระทรวงสาธารณสุข, 2558; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ผู้ป่วยหลังจากพ้นภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับการหาสาเหตุและรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวตลอดชีวิต จึงกล่าวได้ว่าการรับประทานยาจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรังซ้ำ

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จัดทำขึ้นโดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกค์-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดป้องกันภาวะเรื้อรัง 7 สี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือลดลงเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติงานในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ป้องกันการเกิดภาวะความ

ดันโลหิตสูงเร่งด่วนซ้ำ รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านหัวใจ สมอง ไต และตา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนสามารถจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
3. เพื่อใช้เป็นรูปแบบสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยในการรับประทานยา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน อายุ 18-59 ปี ที่มีความดันโลหิตสูงโดยมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ที่ไม่พบผลเสียรุนแรงต่ออวัยวะสำคัญได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตา ได้รับการติดตามอาการภายหลังพ้นภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่ 1 สัปดาห์ ซึ่งได้รับการรักษาให้มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท มีประวัติการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ รู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้

ผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพ

ส่วนประกอบของโปรแกรม

ประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ ได้แก่

1. แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ประกอบด้วย (1) คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม (2) รายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรม และ (3) แผนภูมิการใช้โปรแกรม และแผนภูมิการใช้สื่อ-อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม
2. .แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ประกอบด้วย แผนการดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง

3. คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
4. สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ ป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี และสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดในสมองแตก

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม

ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์ที่ 1, สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1, 2, และ 4 ใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 30 นาที-1 ชั่วโมง

สถานที่จัดกิจกรรม

ห้องประชุมหรือสถานที่จัดกิจกรรมคลินิกโรคเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพ เช่น ศูนย์การจัดการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 2: รายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมความพร้อมของตนเอง ดังนี้
 - 1.1 การเตรียมตัวด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง
 - 1.2 สร้างเครื่องมือที่เป็นองค์ประกอบของโปรแกรม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา แนวทางการใช้โปรแกรม แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี และแผนกิจกรรมสถานการณ์จำลองภาวะหลอดเลือดในสมองแตก
 - 1.3 เตรียมเครื่องมือ-อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตปากกาเคมี กระดาษฟลิปชาร์ต ถุงเมล็ดถั่วเขียว
2. เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ ดังนี้
 - 2.1. พยาบาลผู้ช่วยจัดกิจกรรม มีหน้าที่ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประเมินร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา และวัดความดันโลหิตร่วมกับประเมินความรุนแรงของค่าความดันโลหิตตามป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี ให้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยพยาบาลผู้ช่วยต้องเข้าทำกิจกรรมทุกครั้งจำนวน 4 ครั้งตามโปรแกรม พยาบาลดำเนินกิจกรรมหลักเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ช่วย ดังนี้ (1) ชี้แจงการดำเนินโปรแกรม วัตถุประสงค์

และบทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโปรแกรมในแต่ละครั้ง (2) อธิบายเกี่ยวกับการคิด ร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาและการประเมินความรุนแรงของความดันโลหิตโดยใช้ ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี (3) ประเมินทักษะการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ดังนี้ (1) ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมหลีกเลี่ยงการดื่มชาหรือกาแฟ การสูบบุหรี่ ก่อนการวัดความดันโลหิต 30 นาทีโดยให้สอบถามทุกครั้ง (2) ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมนั่งพัก 5 นาที ขณะวัดหามั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุย แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ (3) วัดความดันโลหิต ชนิดอัตโนมัติกับแขนข้างที่ใช้งานน้อยกว่าโดยพันผ้าที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตรและให้ กึ่งกลางของถุงลมวางอยู่บนหลอดเลือดแดง แล้วกดเริ่มการวัดความดันโลหิต วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาทีจากแขนเดียวกัน และทำเดียวกัน นำผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย โดยผลการ ประเมินต้องผ่านทักษะทุกข้อ

2.2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่นับเม็ดยา และ วัดความดันโลหิตให้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่บ้านแทนพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 เท่านั้น ไม่มีบทบาทอื่น นอกเหนือจากนี้ พยาบาลเตรียมความพร้อมของอสม. ดังนี้ (1) ประสานอสม.ที่รับผิดชอบผู้เข้าร่วม โปรแกรมแต่ละคนเข้าร่วมชี้แจงการดำเนินโปรแกรม (2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ในการ ติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ การนับเม็ดยาตามคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการ รับประทานยา รวมทั้งวัดความดันโลหิตในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันกับช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ ละคนมาเข้าโปรแกรมที่โรงพยาบาล โดยให้อสม.บันทึกค่าความดันโลหิตและจำนวนเม็ดยาที่ได้ในแบบ บันทึกค่าความดันโลหิตและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา หลังจากนั้นแจ้งผลทางโทรศัพท์แก่พยาบาล ทันทีภายในวันนั้น (3) ส่งเสริมความรู้และทักษะการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามเกณฑ์ของสมาคม ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น (4) ประเมินความรู้และทักษะการวัดความดันโลหิต โดยต้องอสม.ต้องผ่านทักษะทุกข้อ (5) การเตรียมเครื่องวัดความดันโลหิตที่อสม.นำไปใช้กับผู้เข้าร่วม โปรแกรม โดยทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้โดยตรง โดยผ่าน การตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์จังหวัดสงขลา เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ขั้นตอนการ

ครั้งที่ 1 ทำการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินก่อนเข้าโปรแกรมและดำเนินการ ตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยา ส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทาน ยาของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง รายละเอียดต่อไป

พยาบาลผู้ช่วยจัดกิจกรรม ใช้เวลา 10 นาที

1. วัดความดันโลหิต และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการประเมินความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิต และแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา
2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
3. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา

พยาบาลดำเนินกิจกรรมหลัก ใช้เวลา 50 นาที

1. จัดกิจกรรมที่ 1 “รู้ตัวเอง รู้ปัญหา” ใช้เวลา 10 นาที โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1.1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อค้นหาสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ผ่านมา

1.2. สรุปประเด็นสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคบันทึกไว้ในกระดาษฟลิปชาร์ต

2. จัดกิจกรรมที่ 2 “รู้ที่มา หาทางแก้” ใช้เวลา 40 นาที โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

2.1. เตรียมความพร้อมและสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ เพิ่มความตระหนักในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประกอบด้วย

2.1.1. แจกคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2.1.2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการอธิบายความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน การใช้ยา และการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยใช้รูปแบบที่ให้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเองโดยตรวจสอบตามประเด็น ร่วมกับการได้รับความรู้โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2.1.3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตั้งเป้าหมายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยร่วมกันตั้งเป้าหมายระยะยาว คือ สิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และระยะสั้น คือ สัปดาห์ละครั้งโดยกำหนดให้มีการประเมินผลเป็นรายสัปดาห์คือ ต้องมีร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและต้องควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยเมื่อประเมินผลจากป้ายจราจรชีวิต 7 สีต้องมีการเปลี่ยนสีจากแดงเป็นสีส้ม สีเหลือง และสีเขียวตามลำดับ และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบันทึกเป้าหมายของตนเองในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2.1.4. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง ประกอบด้วย สังเกตพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาด้วยตนเอง (self-observation) ได้แก่ กินยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา กินยาทุกมื้อ สาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาไม่เป็น

ตามเป้าหมาย และฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและติดตามอาการข้างเคียงจากยา และทักษะการตัดสินใจปฏิบัติการจัดการอาการด้วยตนเองตามระดับความรุนแรงตามที่ระบุในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และติดตามระดับความดันโลหิตของตนเอง และบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-recording) โดยบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยา และบันทึกค่าความดันโลหิตในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และฝึกการนำเอาข้อมูลที่ได้จากการติดตามพฤติกรรมด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่วางไว้

2.1.5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมคิดแรงเสริมแก่ตนเองด้านบวกในกรณีที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายและแรงเสริมด้านลบเมื่อดำเนินการไม่เป็นตามเป้าหมาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับพฤติกรรมและความต่อเนื่องในการจัดการตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบันทึกแรงเสริมลงในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

3. ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 ดังนี้

3.1. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ กินยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลาในแต่ละมื้อครบทุกมื้อตามแผนการรักษา โดยบันทึกเวลาและการรับประทานยาในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทุกมื้อที่รับประทานยา

3.2. สังเกตปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานยาที่ไม่เป็นตามเป้าหมายและบันทึกลงในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทันทีที่เกิดพฤติกรรม หรือ วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน กรณีที่ไม่สามารถบันทึกได้ทันที

3.3. ติดตามอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ไอเรื้อรัง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ และอาการบวม รวมถึงการจัดการอาการตนเองตามระดับความรุนแรงตามคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยให้สังเกตและบันทึกลงในแบบติดตามอาการข้างเคียงจากยาทุกวัน วันละ 1 ครั้งก่อนนอน

3.4. นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่ได้นำไปสู่การค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง กำหนดเป้าหมายและแนวทางการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อไป

3.5 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมแรงตนเองตามที่กำหนดไว้

4. นัดอีก 1 สัปดาห์ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 โดยให้นำยาทั้งหมดมาด้วย ครั้งที่ 2 (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1) ทำการประเมินระหว่างเข้าโปรแกรม และดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พยาบาลผู้ช่วยจัดกิจกรรม ใช้เวลา 10 นาที

1. วัดความดันโลหิต และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการประเมินความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกค่าความดันโลหิต
2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยบันทึกผลในแบบบันทึกร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

พยาบาลดำเนินกิจกรรมหลัก ใช้เวลา 35 นาที

1. จัดกิจกรรมที่ 3 “รู้ว่าการวัดความดันได้แน่ ห้ามแพ้ใจตนเอง” โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1.1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมตรวจสอบการบันทึกคู่มือและแบบบันทึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกำหนดไว้ในครั้งที่ 1

1.2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินและสะท้อนผลการปฏิบัติการจัดการตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกระตุ้นให้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานยาเปรียบเทียบกับข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในครั้งที่ 1 และบอกถึงวิธีการที่นำไปใช้แล้วได้ผลบันทึกปัญหาใส่ในกระดาษฟลิปชาร์ต

1.3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำลองสถานการณ์ภาวะหลอดเลือดในสมองแตกและร่วมสรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม เพื่อให้รับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วนและเกิดความตระหนักแรงจูงใจในการรับประทานยา

1.4. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มทักษะในการสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

1.5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมแรงตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ

1.6. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมกำหนดเป้าหมายและการเสริมแรงตนเองในการจัดการตนเองในครั้งต่อไป จากนั้นบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

2. นัด 1 สัปดาห์ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 โดยให้นำยาทั้งหมดมาโรงพยาบาล
3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) ทำการประเมินระหว่างเข้าโปรแกรม และดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การกระตุ้นและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดังนี้

พยาบาลผู้ช่วยจัดกิจกรรม ใช้เวลา 10 นาที

1. วัดความดันโลหิต และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการประเมินความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิต
2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยบันทึกผลในแบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา

พยาบาลดำเนินกิจกรรมหลัก ใช้เวลา 20 นาที

1. จัดกิจกรรมที่ 4 “รู้ว่าคุณค่าความดันได้แน่ ห้ามแพ้ใจตนเอง” โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้
 - 1.1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ตรวจสอบการบันทึกคู่มือและแบบบันทึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ข้อมูลการประเมินย้อนกลับ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกำหนดไว้ในครั้งที่ 2
 - 1.2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ประเมินและสะท้อนผลการปฏิบัติการจัดการตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกระตุ้นให้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานยาเปรียบเทียบกับข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในครั้งที่ 1 และ 2 และบอกถึงวิธีการที่นำไปใช้แล้วได้ผลบันทึกปัญหาใส่ในกระดาษฟลิปชาร์ต
 - 1.3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม เป็นหลักในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาและอุปสรรคต่อการรับประทานยา พูดให้กำลังใจชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญในการจัดการตนเอง และกระตุ้นเตือนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
 - 1.4. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมแรงตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบตามที่วางไว้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม กำหนดเป้าหมายและการเสริมแรงตนเองในการจัดการตนเองครั้งต่อไป จากนั้นบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
 - 1.5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 และ นัด 2 สัปดาห์เพื่อรับยาและเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 โดยให้นำยาทั้งหมดมาโรงพยาบาลด้วย
 - 1.6. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้รับการติดตามจากผู้วิจัยและอสม.ในสัปดาห์ที่ 3 โดย อสม.ติดตามค่าความดันโลหิตและนับเม็ดยา และผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการรับประทานยา สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองพร้อมให้คำแนะนำ ร่วมด้วยแจ้งผลการประเมินความรุนแรงของค่าความดันโลหิตโดยใช้ป้องกันจراثจรชีวิต 7 สีและร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาจากค่าความดันโลหิตและการนับเม็ดยาที่ได้จาก อสม. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถติดตามตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 15-20 นาที

ครั้งที่ 4 ทำการประเมินหลังเข้าโปรแกรม ประเมินผลการดำเนินการจัดการตนเองที่ผ่านมา และสิ้นสุดการทำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

พยาบาลผู้ช่วยจัดกิจกรรม ใช้เวลา 10 นาที

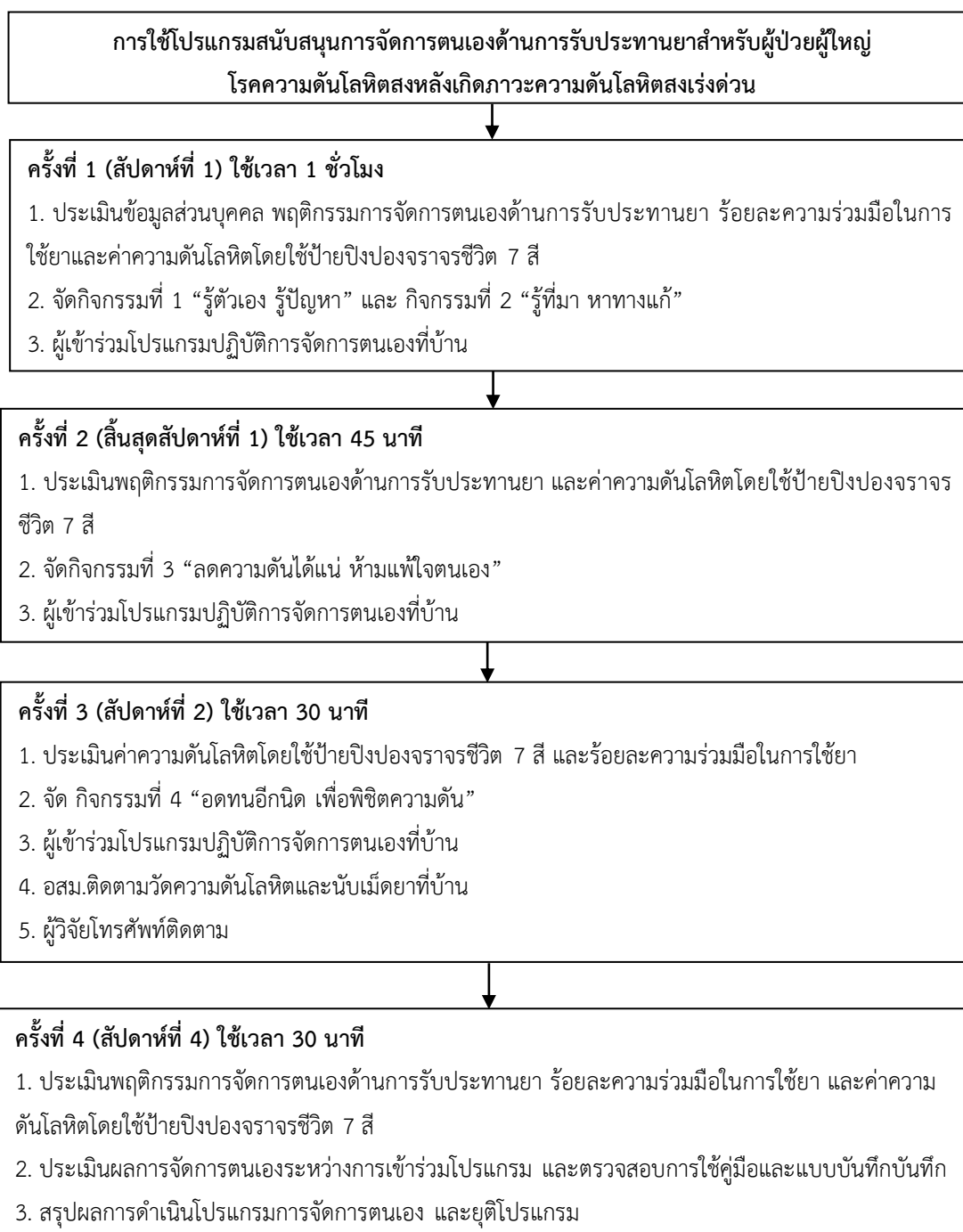
1. วัดความดันโลหิต และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการประเมินความดันโลหิตด้วยตนเองตามป้ายป้องกันจراثจรชีวิต 7 สี โดยจดบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิต
2. ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา
3. ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยาโดยบันทึกผลในแบบบันทึกอัตราความร่วมมือในการใช้ยา

พยาบาลดำเนินกิจกรรมหลัก ใช้เวลา 20 นาที

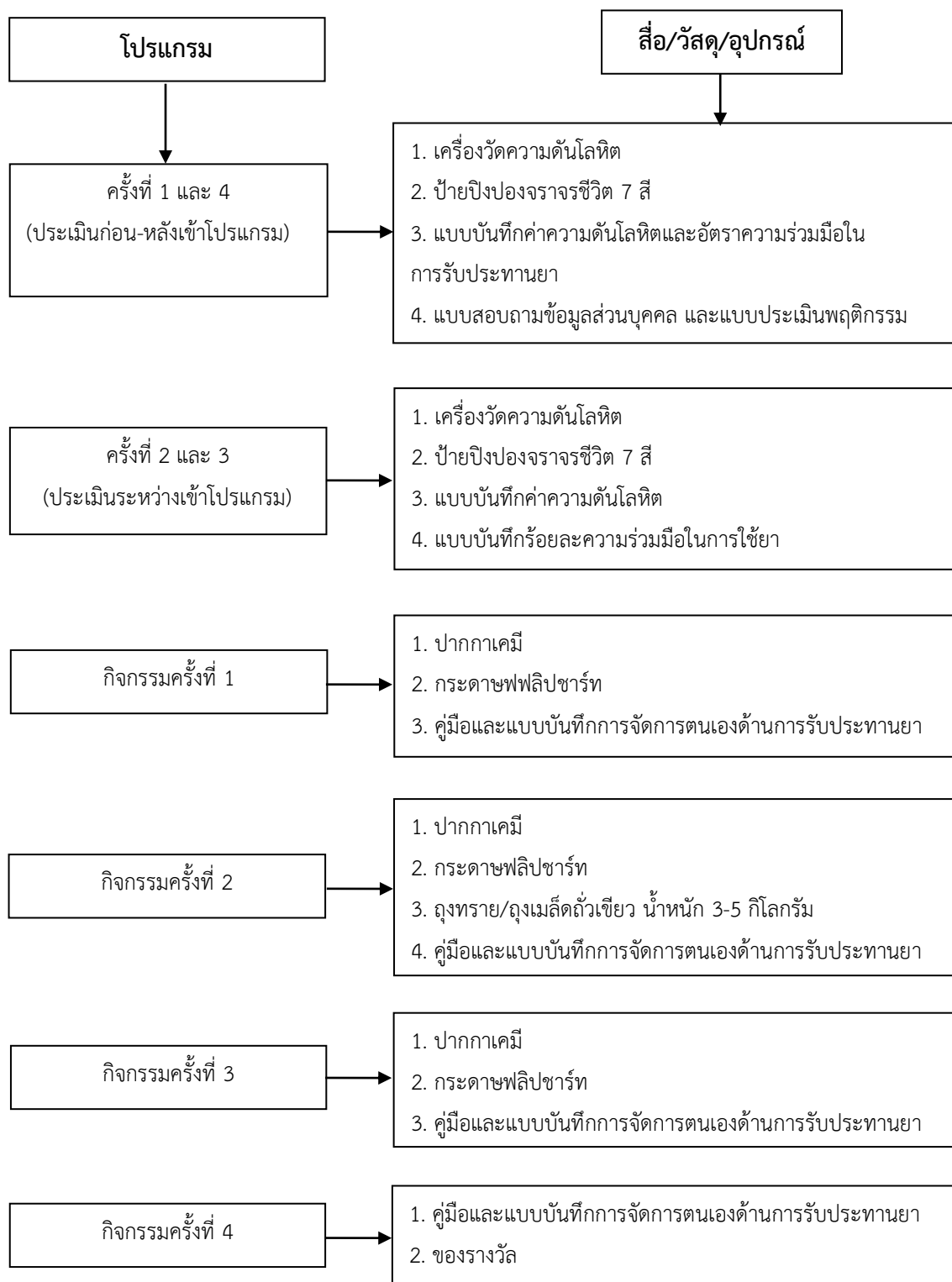
1. ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกระตุ้นให้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
2. ร่วมกันตรวจสอบคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง
3. สรุปผลการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง
4. มอบของรางวัล
5. ปิดการดำเนินโปรแกรม

ส่วนที่ 3: แผนภูมิ ในโปรแกรม ประกอบด้วย

1. แผนภูมิการใช้โปรแกรม
2. แผนภูมิการใช้สื่อ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



ภาพ 5 แผนภูมิการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา



ภาพ 6 แผนภูมิการใช้สื่อ วัสดุ และอุปกรณ์ในการใช้โปรแกรม

ส่วนที่ 2: แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอว์และแกลิคบายส์ และจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

แผนการดำเนินกิจกรรม ครั้งที่ 1
กิจกรรมที่ 1 “รู้ตัวเอง รู้ปัญหา” และ กิจกรรมที่ 2 “รู้ที่มา หาทางแก้”

ลักษณะกิจกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินก่อนเข้ากิจกรรม ประกอบด้วย (1) วัดความดันโลหิต (2) ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา และ (3) การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “รู้ตัวเอง รู้ปัญหา” ประกอบด้วย การเล่าประสบการณ์การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และกิจกรรมที่ 2 ประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง และปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 1 “รู้ตัวเอง รู้ปัญหา”

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จำนวน 50 คน จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

สถานที่จัดกิจกรรม

ห้องประชุมของคลินิกโรคเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพ เช่น ศูนย์การจัดการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน

ระยะเวลา

20 นาที ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที และ ส่วนของกิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที

แผนการดำเนินงานกิจกรรม
กิจกรรมที่ 1 “รู้ตัวเอง รู้ปัญหา”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของพยาบาล	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับกรจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อค้นหาสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 2. สรุปประเด็นสาเหตุ ปัญหา และอุปสรรคจากประสบการณ์	ระยะเวลา 10 นาที 1. กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับกรจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 2. ร่วมสรุปประเด็นสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรค บันทึกไว้ในกระดาษโปสเตอร์	1. พุศุศุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กรจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 2. บอกสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ผ่านมา	1. ปากกาคีมี 2 กระดาษโปสเตอร์	1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถบอกถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผลต่อพฤติกรรมกรจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้

กิจกรรมที่ 2 “รู้ที่มา หาทางแก้”

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จำนวน 50 คน
จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

สถานที่จัดกิจกรรม

ห้องประชุมของคลินิกโรคเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพ เช่น ศูนย์การจัดการคลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน

ระยะเวลา

40 นาที

ลักษณะกิจกรรม

1. ให้ความรู้
2. ฝึกทักษะการจัดการตนเอง
3. ปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านด้วยตนเอง

แผนการดำเนินงานกิจกรรม
กิจกรรมที่ 2 “รู้ที่มา หาทางแก้”

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของพยาบาล	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ และทักษะการจัดการตนเองด้าน การรับประทานยา	1.เตรียมความพร้อมและสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ เพิ่มความตระหนักและแรงจูงใจในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	ระยะเวลา 40 นาที 1. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน การใช้ยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง พร้อมตอบข้อซักถาม 2. อธิบายพร้อมยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมายโดยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมกำหนดเป้าหมาย และบันทึกในคู่มือและแบบบันทึก 3. อธิบายโดยใช้คู่มือประกอบ ฝึกไปปฏิบัติจริงและประเมินทักษะการปฏิบัติ	1. รับประทานอาหารร่วมกันแบบบันทึกในคู่มือและสอบถามข้อสงสัย 2. กำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้น ระยะยาว และบันทึกในคู่มือและแบบบันทึก การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 3. ร่วมลงมือฝึกปฏิบัติ โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 4. รับประทานอาหารให้ข้อมูล ร่วมเสนอการเสริมแรง และบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบอกถึงการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้ 2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถประเมินตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดได้ถูกต้อง 3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถกำหนดการเสริมแรงตนเอง
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	1.เตรียมความพร้อมทั้งระยะสั้นและระยะยาวในการจัดการตนเองด้าน การรับประทานยา	1. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน การใช้ยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง พร้อมตอบข้อซักถาม 2. อธิบายพร้อมยกตัวอย่างการกำหนดเป้าหมายโดยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมกำหนดเป้าหมาย และบันทึกในคู่มือและแบบบันทึก 3. อธิบายโดยใช้คู่มือประกอบ ฝึกไปปฏิบัติจริงและประเมินทักษะการปฏิบัติ	1. รับประทานอาหารให้ข้อมูล ร่วมทำแบบบันทึกในคู่มือและสอบถามข้อสงสัย 2. กำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้น ระยะยาว และบันทึกในคู่มือและแบบบันทึก การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 3. ร่วมลงมือฝึกปฏิบัติ โดยใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 4. รับประทานอาหารให้ข้อมูล ร่วมเสนอการเสริมแรง และบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบอกถึงการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้ 2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถประเมินตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดได้ถูกต้อง 3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถกำหนดการเสริมแรงตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของพยาบาล	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>รักษาที่ถูกต้อง ติดตามอาการข้างเคียงจากยา และทักษะการตัดสินใจ</p> <p>ปฏิบัติการจัดการอาการด้วยตนเองตามระดับความรุนแรงตามที่ระบุในคู่มือ และติดตามระดับความดันโลหิตของตนเอง และฝึกการเปรียบเทียบกับข้อมูลกับเป้าหมายที่วางไว้</p> <p>แปลผลผ่านกราฟป้องกันจากรางชีวิต 7 สี</p> <p>4) คิดแรงเสริมแก่ตนเอง</p>	<p>5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเสริมแรงตนเอง ทั้งด้านบวก ด้านลบ โดยสนับสนุนให้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมคิดแรงเสริมด้วยตนเอง และบันทึกในคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา</p> <p>6. นัดผู้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อรับยา ประเมินค่าความดันโลหิต และอัตราความร่วมมือในการรับประทานยา โดยให้นำยาที่เหลือมาด้วย ใน 1 สัปดาห์ถัดไป</p>	<p>2) สังเกตปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานยาไม่เป็นการรับประทานแบบบันทึกที่เกิพพฤติกรรม หรือวันละ 1 ยาทันทีที่เกิดพฤติกรรม หรือวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนกรณีที่ไม่สามารถบันทึกได้ทันที</p> <p>3) ติดตามอาการข้างเคียงจากยาได้แก่ ไอเรื้อรัง ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน บวม ให้สังเกตและบันทึกทุกวัน วันละ 1 ครั้ง</p> <p>4) จัดการอาการด้วยตนเองตามระดับความรุนแรงที่ระบุในคู่มือ</p> <p>5) นำข้อมูลที่ได้จากอาการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้</p> <p>6) เสริมแรงตนเองด้านบวกกรณีทำได้ตามเป้าหมาย และเสริมแรงด้านลบกรณีไม่เป็นตามเป้าหมาย</p> <p>6. มารับบริการตามนัดเพื่อรับยา และเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 ในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป</p>			

ส่วนที่ 3 : คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ประกอบด้วย เนื้อหา 2 ส่วน
ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ได้แก่
 - การประเมินค่าความดันโลหิตตามปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี
 - นิยามของภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - การใช้ยาในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
 - การจัดการอาการข้างเคียงจากยา
2. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นส่วนที่ใช้ในการบันทึกผลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ได้แก่
 - ปฏิทินบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
 - กราฟแสดงร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาเปรียบเทียบรายสัปดาห์
 - กราฟแสดงค่าความดันโลหิตโดยใช้ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สีเปรียบเทียบรายสัปดาห์
 - ผลสรุปการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในช่วง 4 สัปดาห์

ตัวอย่างคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

1

คู่มือและแบบบันทึก
การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง



ชื่อ - สกุล HN.....

จัดทำโดย
 นางสาวสำรวช อายูเมือง
 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4

คำแนะนำในการใช้คู่มือและแบบบันทึก

ขั้นตอนการใช้คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านมารับประทานยาสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตั้งแต่มาระยะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ใ้ทุกท่านศึกษาข้อมูลและเนื้อหาต่างๆเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น ประกอบด้วย

- การประเมินค่าความดันโลหิตตามใบปลิวองจรจรชีวิต 7 ปี
- นิยามของความดันโลหิตสูงเริ่มต้น
- สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น
- ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเริ่มต้น
- การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น
- การใช้ยาในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น
- การจัดการอาการข้างเคียงจากยา

ส่วนที่ 2 ไปประเมินอันดับแผนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

ใบคู่มือความดันโลหิตสูงตั้งแต่มาระยะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น ประกอบด้วย

- ปฏิทินบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
- กราฟสำหรับวัดความร่วมมือในการรับประทานยา
- กราฟสำหรับค่าความดันโลหิตโดยใช้ปลิวองจรจรชีวิต 7 ปี
- แผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในช่วง 4 สัปดาห์

2. ใ้ทุกท่านปฏิบัติตามใบประเมินอันดับแผนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในคู่มือความดันโลหิตสูงตั้งแต่มาระยะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

**"หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับคู่มือและแบบบันทึกเล่มนี้
ท่านสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวอรรษา ชาญเมือง เบอร์โทรศัพท์ 0980152698"**

9

สารที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น

การใช้วิธีการภาวะความดันโลหิตสูงเริ่มต้น

ภาพประกอบ: หมอและยา

แคปโตพริล (Captopril) 25 มิลลิกรัม

<p>อาการไม่พึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง **หัวใจเต้นเร็วเกิน ท้องบวม หัวใจโต หัวใจกำปกติ ความดันโลหิตต่ำขณะออกกำลังกาย■ กลับได้ ยากขึ้น■ ภาวะไตเสื่อม	<p>การติดตามผลและแนวทางการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none">■ ติดตามค่าความดันโลหิต■ อาการไอเรื้อรัง■ ระดับการทำงานของไต
<p>ขอแจ้งรับรับประทานยาี่ - ก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือ - หลังรับประทานอาหาร อย่างน้อย 2 ชั่วโมง</p>	

อีนาลาพริล (Enalapril) 5 และ 20 มิลลิกรัม

<p>อาการไม่พึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง **วิงเวียนศีรษะ บวมที่ข้อ ขาบวม ขาบวมโดย■ ความดันโลหิตต่ำเมื่อออกกำลังกาย■ กลับได้ ยากขึ้น	<p>การติดตามผลและแนวทางการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none">■ ติดตามค่าความดันโลหิต■ อาการไอเรื้อรัง ยากขึ้นหรือมีอาการ■ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ - 6 เดือน และอาการ■ รับประทานเป็นเวลา 1-4 สัปดาห์เพื่อตรวจ■ ฤทธิ์ยา
<p>รับประทานยาที่ถูกต้องคือรับประทานได้ แต่ต้องรับประทานยาให้ตรงตามเวลาที่</p>	



การจัดการอาการข้างเคียงจากยา

การจัดการอาการข้างเคียงจากยา		
อาการ	สาเหตุ	บูรณาการ
ภาวะหัวใจล้มเหลวไปกด	ป่นตาบ การดื่มแอลกอฮอล์ 45 - 49 ครั้งต่อสัปดาห์	บูรณาการ การดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 45 ครั้งต่อสัปดาห์
ภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมไปกด	การดื่มแอลกอฮอล์ 101 - 115 ครั้งต่อสัปดาห์	การดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 130 ครั้งต่อสัปดาห์
อาการไตเรื้อรัง	การดื่มแอลกอฮอล์ 116 - 130 ครั้งต่อสัปดาห์	การดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 130 ครั้งต่อสัปดาห์
อาการไตเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวไปกด	การดื่มแอลกอฮอล์ 116 - 130 ครั้งต่อสัปดาห์	การดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 130 ครั้งต่อสัปดาห์
อาการไตเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมไปกด	การดื่มแอลกอฮอล์ 116 - 130 ครั้งต่อสัปดาห์	การดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 130 ครั้งต่อสัปดาห์
อาการไตเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมไปกด	การดื่มแอลกอฮอล์ 116 - 130 ครั้งต่อสัปดาห์	การดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 130 ครั้งต่อสัปดาห์
การติดตาม		
สังเกตอาการ	สังเกตอาการ - ตามแพทย์	พบแพทย์ทันที

ปฏิทินบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

ตัวอย่างการบันทึก

เป้าหมายที่คาดหวังไว้

1. ...ฉันจะกินยาทุกเมื่อ ทุกวัน....
2. ...ฉันจะทำให้ความดันโลหิตของฉันลดลงจาก 180/110 เป็น 130/80 ภายใน 3 เดือนข้างหน้า.....

แบบบันทึกการรับประทานยา

คำชี้แจง

กรุณาใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หรือระบุเวลาหากท่าน รับประทานยา และ
ใช้เครื่องหมาย x ในช่อง □ หรือระบุเหตุผลหากท่านไม่ได้รับประทานยา

วัน เดือน ปี	มีดยา	ไม่กินยา ระบุเหตุผล
(1) 1 มี.ค. 60	✓ เข้า เวลา 08.30 น. <input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา 17.45น.	
(2) 2 มี.ค. 60	✓ เข้า เวลา 08.35น. <input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา 18.00น.	
(3) 3 มี.ค. 60	✓ เข้า เวลา 08.25น. <input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา.....น. ลืมกินยา	
(4) 4 มี.ค. 60	□ เข้า เวลา.....น. <input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา 18.00 น. รับประทานยา	
(5) 5 มี.ค. 60	✓ เข้า เวลา 08.30 น. <input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา 17.30น.	
(6) 6 มี.ค. 60	✓ เข้า เวลา 08.45 น. <input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา.....น. พลังกินยาเมื่อจำกัหน้ามืด	
(7) 7 มี.ค. 60	<input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา.....น. <input checked="" type="checkbox"/> เข้า เวลา.....น. ใจเย็น	

จำนวนยาที่เหลือ.....48.....เม็ด จำนวนยาที่ใช้ไป.....0.....เม็ด

จำนวนยาขาดตอน.....0.....เม็ด วันที่บันทึกครั้งต่อไป.....8 มีนาคม 2560.....

รายละเอียดความร่วมมือในการรับประทานยา..... (ส่วนของผู้บันทึก)

ส่วนที่2 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

15

แบบประเมินอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา

คำชี้แจง
 กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ที่ตรงกับความจริงของท่าน พร้อมระบุวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียงดังกล่าว

อาการข้างเคียง	วัน เดือน ปี						
	(1) 1 มี.ค. 60	(2) 2 มี.ค. 60	(3) 3 มี.ค. 60	(4) 4 มี.ค. 60	(5) 5 มี.ค. 60	(6) 6 มี.ค. 60	(7) 7 มี.ค. 60
ไอเรื้อรัง ระบุงการแก้ไข	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
วิงเวียนศีรษะ ระบุงการแก้ไข	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี นอนพัก	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี นั่งพัก	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี นอนพัก
หน้ามืด / ความดัน โลหิตต่ำเมื่อลุกยืน ระบุงการแก้ไข	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี นอนเฉยๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ขยับตัวช้าๆ	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ขยับตัวช้าๆ	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ระบุงการแก้ไข	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี สังเกตอาการและจับชีพจรซ้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
บวมก้ำ ระบุงการแก้ไข	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี สังเกตอาการ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี สังเกตอาการ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี สังเกตอาการ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ไปรพ.
คลื่นไส้ / อาเจียน ระบุงการแก้ไข	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี นอนพัก	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ไป รพ.

34

ส่วนที่2 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

กราฟแสดงอัตราความร่วมมือในการรับประทานยาเปรียบเทียบรายสัปดาห์

ร้อยละ	ความร่วมมือดีมาก				ความร่วมมือปานกลาง				ความร่วมมือต่ำ			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
100												
95												
90												
85												
80												
75												
70												
65												
60												
55												
50												
45												
40												
35												
30												
25												
20												
15												
10												
5												
0												
ครั้งที่	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

ผลัดที่ 1

- เอ้ .. ฉันสามารถทำงานบ้านได้แล้ว
 - ดีนะ .. ฉันจะให้รางวัลตัวเอง โดย ..
 -
- วั .. สักพักฉันยังไม่บรรลุเป้าหมาย
 - ไม่เป็นไร .. ฉันจะพยายามต่อไป และฉันจะ ..
 -



☆☆ ภูเขาหน่อกษัตริย์ สัปดาห์ที่ 2 3000 ☆☆

กราฟแสดงค่าความถี่เฉลี่ยเปรียบเทียบรายสัปดาห์

สิ่งใดสัก		ค่าความถี่	โดยเฉลี่ย					
"วิฤต"		250						
		240						
		230						
		220						
		210						
		200						
		190						
		180						
		170						
		160						
"อินทรา"		150						
	140							
"ฟ้าระวี"		130						
"อินท"		120						
	110							
	100							
	90							
	80							
	70							
	60							
ครั้งที่	1	2	3	4	1	2	3	4
ค่าความถี่								
โดย								

ส่วนที่ 4 : สื่อประกอบกิจกรรม

1. ป้ายป้องกันจราจรชีวิต 7 สี

ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี
รู้ภัย ความดันโลหิต คุณเสียอะไร ?

😊	กลุ่มปกติ : น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท
🙂	กลุ่มเสี่ยง : 120-139/60-89 มิลลิเมตรปรอท
😐	กลุ่มป่วย : น้อยกว่าหรือเท่ากับ 139/89 มิลลิเมตรปรอท
😟	กลุ่มป่วยระดับ 1 เฝ้าระวัง : 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท
😡	กลุ่มป่วยระดับ 2 อันตราย : 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท
😈	กลุ่มป่วยระดับ 3 วิกฤต : มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท
⚫	กลุ่มป่วยรุนแรง : โรคแทรกซ้อน หัวใจ สมอง ตา และไต

จัดทำโดย
นางสาวสำรวย อากญาเมือง
นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. สถานการณ์จำลองภาวะหลอดเลือดในสมองแตก

ลักษณะกิจกรรม

จำลองภาวะหลอดเลือดในสมองแตก

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จำนวน 50 คน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตระหนักและเข้าใจภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ตรง

สถานที่จัดกิจกรรม

ห้องประชุมของคลินิกโรคเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพ เช่น ศูนย์การจัดการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพของโรงพยาบาล

ระยะเวลา

5-10 นาที

อุปกรณ์

ถุงถั่วเขียว สำหรับผูกแขนและขาด้านใดด้านหนึ่งของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ถั่วเขียวน้ำหนัก 3-5 กิโลกรัม ใส่ในถุงผ้าเย็บปิดให้เรียบร้อย

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. อธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรมแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม
2. ชี้แจงการดำเนินกิจกรรมจำลองสถานการณ์หลอดเลือดในสมองแตก
3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้
 - 1) พยายามใช้ถุงถั่วเขียวน้ำหนัก 3-5 กิโลกรัมผูกแขนและขาด้านใดด้านหนึ่งของผู้เข้าร่วมโปรแกรม
 - 2) พยายามให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติกิจกรรมตามกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเดิน นั่ง นอน ใส่เสื้อผ้า ใช้เวลาประมาณ 5 นาที
 - 3) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมสะท้อนความรู้สึกจากการจำลองสถานการณ์

ภาคผนวก ค

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ที่ใช้สถิติที่

1. การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลอง (A) และกลุ่มควบคุม (B) กลุ่มละ 25 คน โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov test) โดยมีค่า $p > .05$ แสดงว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ ดังตาราง 7

ตาราง 7

ผลการเปรียบเทียบการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ ($N=50$)

ค่าสถิติ		ตัวแปร					
		พฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา		ความดัน ซิสโตลิก		ความดัน ไดแอสโตลิก	
		กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)	กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)	กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)
Normal	Mean	1.38	1.36	158.40	157.64	88.52	88.04
Parameters	Std. Deviation	.26	.27	12.03	12.53	9.35	10.67
Kolmogorov-Smirnov Z		.64	.55	.43	.49	.63	.74
p-value		.81	.92	.99	.96	.83	.64

A = กลุ่มทดลอง, B = กลุ่มควบคุม

2. การทดสอบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Levene's test โดยมีค่า $p > .05$ ดังตาราง 8

ตาราง 8

ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเลวีเน (N=50)

ค่าสถิติ	ตัวแปร		
	พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	ความดันซิสโตลิก	ความดันไดแอสโตลิก
Levene's test	0.003	0.14	0.19
df1	1	1	1
df2	48	48	48
P values	0.96	0.71	0.66

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที (t-test) ของตัวแปรมาตราส่วนอื่น ๆ (Ratio scale)

1. การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา และการใช้ยา (จำนวนมือและจำนวนเม็ดยา) ระหว่างกลุ่มทดลอง (A) และกลุ่มควบคุม (B) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) โดยมีค่า $p > .05$ แสดงว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ ดังตาราง 9

ตาราง 9

ผลการเปรียบเทียบการทดสอบการกระจายของข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา และการใช้ยา (จำนวนมือและจำนวนเม็ดยา) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (N=50)

ค่าสถิติ		ตัวแปร									
		อายุ		รายได้		ระยะเวลา		มือยา		เม็ดยา	
		กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)	กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)	กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)	กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)	กลุ่ม A (n=25)	กลุ่ม B (n=25)
Normal	Mean	48.40	47.04	9160	9592	6.16	4.84	1.24	1.32	3.24	2.76
Parameters	Std.	6.80	7.47	4099.59	3974.2	3.14	2.65	0.44	0.48	0.97	0.83
	Deviation										
	Kolmogorov- Smirnov Z	0.97	0.64	1.18	1.10	0.65	0.78	2.35	2.15	1.39	1.30
	p-values	0.31	0.81	0.13	0.18	0.78	0.57	0.00	0.00	0.42	0.68

A = กลุ่มทดลอง, B = กลุ่มควบคุม

จากตาราง พบว่า ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟของข้อมูลอายุ รายได้ รักษาเวลาในการรักษาของทั้ง 2 กลุ่ม มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ ($p > .05$) สำหรับข้อมูลการใช้ยา (จำนวนมือ) ของทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งไม่ปกติ ($P < .05$) จึงนำค่าที่ไม่ผ่านการทดสอบของสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ มาคำนวณหาค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) โดยใช้ค่า statistics ทหารกับค่า std. error พบว่าจำนวนมือยาของกลุ่มทดลองมีค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ 2.79 (1.297/0.464) และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ -0.39 (-0.354/0.902) สำหรับจำนวนมือยาของกลุ่มควบคุมมีค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ 1.77 (0.822/0.464) และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ 1.60 (-1.447/0.902) ซึ่งอยู่ระหว่าง +3 จึงถือว่ามี การกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

2. การทดสอบความแปรปรวนของข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา และการใช้ยา (จำนวนมือและจำนวนเม็ดยา) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเลวิน (Levene's test) โดยมีค่า $p > .05$ แสดงว่าไม่มีความแตกต่างของข้อมูล ดังตาราง 10

ตาราง 10

ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาในการรักษา และการใช้ยา (จำนวนมือและจำนวนเม็ดยา) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเลวิน (N=50)

ค่าสถิติ	ตัวแปร				
	อายุ	รายได้	ระยะเวลา	มือยา	เม็ดยา
Levene's test	0.15	0.11	0.14	1.53	0.14
df1	1	1	1	1	1
df2	48	48	48	48	48
p-value	0.70	0.92	0.71	0.22	0.72

ภาคผนวก จ

ผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา

1. ผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

1.1. ผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ดังตาราง 11

ตาราง 11

เปรียบเทียบผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (N=50)

ลำดับ	พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ จำนวนคน (ร้อยละ)							
		ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3)		ปฏิบัติบ่อย (2)		ปฏิบัตินานๆครั้ง (1)		ไม่ปฏิบัติเลย (0)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ด้านการติดตามตนเอง จำนวน 8 ข้อ									
1	ท่านกินยาถูกต้องตามชนิดยา	18(72)	25 (100)	7(28)	0	0	0	0	0
2	ท่านกินยาถูกต้องตามขนาดยา	17(68)	25(100)	8(32)	0	0	0	0	0
3	ท่านกินยาตรงเวลา	5(20)	10(40)	15(60)	15(60)	3(12)	0	2(8)	0
4	ท่านกินยาครบทุกมื้อ ทุกวัน	0	20(80)	18(72)	5(20)	7(28)	0	0	0
5	ทุกครั้งหลังกินยา ท่านสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไอ บ่อย หัวใจเต้นผิดปกติ บวมบริเวณข้อเท้า อ่อนเพลีย หน้ามืด เวลาลุกยืน	5(20)	20(80)	11(44)	5(20)	9(36)	0	0	0
6	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากการกินยา ท่านจะปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดกินยา	3(12)	7(28)	9(36)	9(36)	12(48)	1(4)	1(4)	0

ลำดับ	พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)							
		ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3)		ปฏิบัติบ่อย (2)		ปฏิบัตินานๆครั้ง (1)		ไม่ปฏิบัติเลย (0)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
7	ท่านหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาจากการรับประทานยา เช่น จากเจ้าหน้าที่ คู่มือการดูแลตนเอง แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต	1(4)	13(52)	9(36)	12(48)	12(48)	0	3(12)	0
8	ท่านมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดทุกครั้ง และมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดหากยาท่านหมด	0	21(84)	10(40)	2(8)	15(60)	2(8)	0	0
ด้านการประเมินตนเอง จำนวน 6 ข้อ									
9	ท่านสังเกตว่าการกินยาให้ผลการรักษาเป็นไปตามที่ท่านต้องการ	2(8)	11(44)	10(40)	14(56)	11(44)	0	2(8)	0
10	ท่านคิดพิจารณาเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถกินยาได้ตามที่ท่านตั้งใจไว้	1(4)	14(56)	5(20)	11(44)	13(52)	0	6(24)	0
11	ท่านหาวิธีการต่างๆที่จะช่วยในการกินยา	0	11(44)	2(8)	14(56)	12(48)	0	11(44)	0
12	ท่านตรวจสอบจำนวนเม็ดยาที่เหลือทุกครั้งเมื่อถึงวันแพทย์นัด	0	15 (60)	11(44)	6(24)	10(40)	4(16)	4(16)	0
13	ท่านตัดสินผลการกินยาจากอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต	0	18 (72)	10(40)	4(16)	13(52)	3(12)	2(8)	0
14	ท่านตัดสินผลการกินยาโดยดูจากค่าความดันโลหิต	0	12(48)	5(20)	3(12)	13(52)	10(40)	7(28)	0

ลำดับ	พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)							
		ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3)		ปฏิบัติบ่อย (2)		ปฏิบัตินานๆครั้ง (1)		ไม่ปฏิบัติเลย (0)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ด้านการเสริมแรงตนเอง จำนวน 6 ข้อ									
15	ท่านตั้งใจว่าจะให้รางวัลอย่างใดอย่างหนึ่งแก่ตัวเองถ้าสามารถกินยาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์	0	11(44)	7(28)	12(48)	13(52)	2(8)	5(20)	0
16	ท่านภูมิใจและชมเชยตนเองเมื่อสามารถกินยาได้ตามความตั้งใจ	1(4)	8(32)	7(28)	17(68)	14(56)	0	3(12)	0
17	ท่านเล่าให้คนอื่นฟังถึงการกินยาที่ทำให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี	1 (4)	8(32)	14(56)	12(48)	9(36)	5(20)	1(4)	0
18	ท่านปลอบใจและให้กำลังใจตนเองเมื่อไม่สามารถกินยาอย่างต่อเนื่อง	0	10(40)	4(16)	13(52)	12(48)	2(8)	9(36)	0
19	ท่านตักเตือนตนเองทันทีเมื่อลืมกินยา	2(8)	14(56)	16(64)	11(44)	7(28)	0	0	0
20	ท่านบันทึกความภาคภูมิใจที่มีเมื่อกินยาได้ตามที่ตั้งใจไว้	0	2(8)	0	13(52)	5(25)	10(40)	20(80)	0

1.2 ผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของ
กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ดังตาราง 12

ตาราง 12

เปรียบเทียบผลประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของ
กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (N=50)

ลำดับ	พฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)							
		ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3)		ปฏิบัติบ่อย (2)		ปฏิบัตินานๆครั้ง (1)		ไม่ปฏิบัติเลย (0)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ด้านการติดตามตนเอง จำนวน 8 ข้อ									
1	ท่านกินยาถูกต้องตามชนิดยา	16(64)	18(72)	9(36)	7(28)	0	0	0	0
2	ท่านกินยาถูกต้องตามขนาดยา	19(76)	17(68)	6(24)	8(32)	0	0	0	0
3	ท่านกินยาตรงเวลา	7(28)	7(36)	16(64)	16(64)	2(8)	2(8)	0	0
4	ท่านกินยาครบทุกมื้อ ทุกวัน	1(4)	1(4)	21(84)	21(84)	3(12)	3(12)	0	0
5	ทุกครั้งหลังกินยา ท่านสังเกต ตนเองเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ต่าง ๆ เช่นเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไอบ่อย หัวใจเต้น ผิดปกติ บวมบริเวณข้อเท้า อ่อนเพลีย หน้ามืดเวลาลุกขึ้น	4(16)	5(20)	12(48)	11(44)	8(32)	9(36)	1(4)	0
6	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากการ กินยา ท่านจะปรึกษาแพทย์ก่อน หยุดกินยา	3(12)	3(12)	10(40)	9(36)	10(40)	12(48)	2(8)	1(4)
7	ท่านหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาจากการ รับประทานยา เช่น จาก เจ้าหน้าที่ คู่มือการดูแลตนเอง แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต	1(4)	1(4)	10(40)	9(36)	10(40)	12(48)	4(16)	3(12)
8	ท่านมาโรงพยาบาลตามแพทย์ นัดทุกครั้ง และมาโรงพยาบาล ก่อนวันนัดหากยาท่านหมด	2(8)	0	10(40)	10(40)	13(52)	15(60)	0	0

ลำดับ	พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)							
		ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3)		ปฏิบัติบ่อย (2)		ปฏิบัตินานๆครั้ง (1)		ไม่ปฏิบัติเลย (0)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ด้านการประเมินตนเอง จำนวน 6 ข้อ									
9	ท่านสังเกตว่าการกินยาให้ ผลการรักษาเป็นไปตามที่ท่าน ต้องการ	1(4)	2(8)	8(32)	10(40)	12(48)	11(44)	4(16)	2(8)
10	ท่านคิดพิจารณาเพื่อหาสาเหตุที่ ทำให้ไม่สามารถกินยาได้ตามที่ ท่านตั้งใจไว้	1(4)	1(4)	7(28)	5(20)	8(32)	13(52)	9(36)	6(24)
11	ท่านหาวิธีการต่างๆที่จะช่วยใน การกินยา	0	0	4(16)	2(8)	11(44)	12(48)	10(40)	11(44)
12	ท่านตรวจสอบจำนวนเม็ดยาที่ เหลือทุกครั้งเมื่อถึงวันแพทย์นัด	0	0	6(24)	6(24)	11(44)	11(44)	8(32)	8(32)
13	ท่านตัดสินใจผลการกินยาจาก อาการและภาวะแทรกซ้อนของ โรคความดันโลหิต	0	0	6(24)	6(24)	13(52)	13(52)	6(24)	6(24)
14	ท่านตัดสินใจผลการกินยาโดยดู จากค่าความดันโลหิต	0	0	4(16)	4(16)	9(36)	9(36)	12(48)	12(48)
ด้านการเสริมแรงตนเอง จำนวน 6 ข้อ									
15	ท่านตั้งใจว่าจะให้รางวัลอย่างใด อย่างหนึ่งแก่ตัวเองถ้าสามารถ กินยาได้ตามแผนการรักษาของ แพทย์	0	0	8(32)	7(28)	12(48)	13(52)	5(20)	5(20)
16	ท่านภูมิใจและชมเชยตนเองเมื่อ สามารถกินยาได้ตามความตั้งใจ	1(4)	1(4)	10(40)	7(28)	11(44)	14(56)	3(12)	3(12)
17	ท่านเล่าให้คนอื่นฟังถึงการกินยา ที่ทำให้ท่านสามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ดี	1(4)	1(4)	13(52)	13(52)	8(32)	8(32)	3(12)	3(12)
18	ท่านปลอบใจและให้กำลังใจ ตนเองเมื่อไม่สามารถกินยาอย่าง ต่อเนื่อง	1(4)	1(4)	6(24)	4(24)	10(40)	12(48)	8(32)	9(36)

ลำดับ	พฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานยา	การปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)							
		ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3)		ปฏิบัติบ่อย (2)		ปฏิบัตินานๆครั้ง (1)		ไม่ปฏิบัติเลย (0)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
19	ท่านดักเตือนตนเองทันทีเมื่อลืม กินยา	4(16)	7(28)	17(68)	15(60)	4(16)	1(4)	0	2(8)
20	ท่านบันทึกความภาคภูมิใจที่มี เมื่อกินยาได้ตามที่ตั้งใจไว้	0	0	0	0	1(4)	5	24(96)	20(80)

ภาคผนวก ฉ

ความแตกต่างของค่าความดันโลหิตในแต่ละช่วงสัปดาห์

1. ความแตกต่างของค่าความดันโลหิตในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการวัดซ้ำ

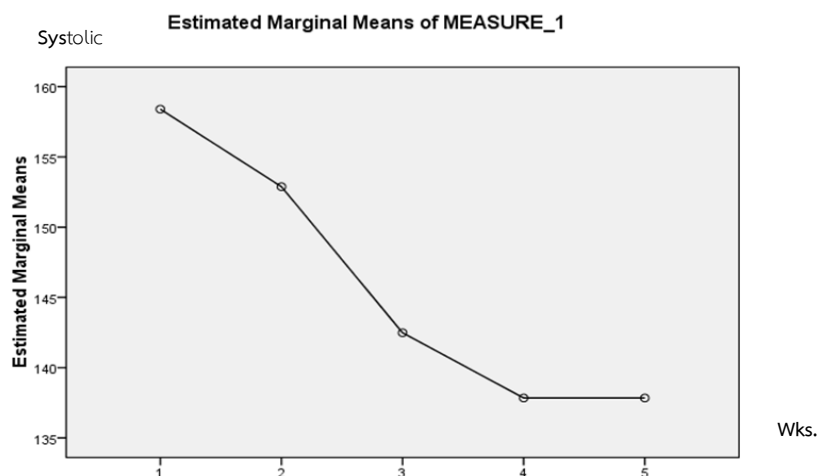
1.1. ความแตกต่างของค่าความดันซิสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการวัดซ้ำ (repeated measurement test) ดังตาราง 13

ตาราง 13

ความแตกต่างของค่าความดันซิสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการวัดซ้ำ (n=25)

เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์	p	แปลผล
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1	.09	ไม่แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2	.00	แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.00	แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2	.002	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.93	ไม่แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.96	ไม่แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	1.00	ไม่แตกต่าง

The mean difference is significant at the .05 level.



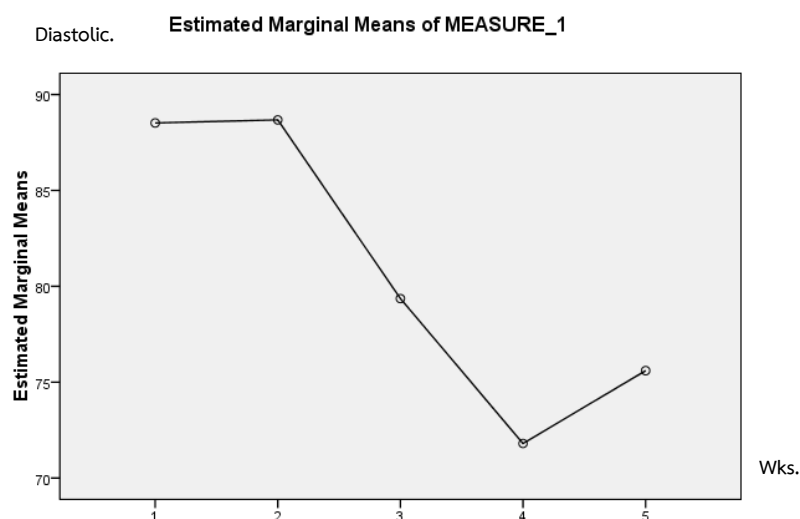
1.2. ความแตกต่างของค่าความดันไดแอสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการวัดซ้ำ (repeated measurement test) ดังตาราง 14

ตาราง 14

ความแตกต่างของค่าความดันไดแอสโตลิกในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการวัดซ้ำ (n=25)

เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์	p-value	แปลผล
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1	.95	ไม่แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2	.01	แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.00	แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.04	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.34	ไม่แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.33	ไม่แตกต่าง

The mean difference is significant at the .05 level.



เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าความดันซิสโตลิก				
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ปกติ	0	5 (20)	0	1 (4)
สูงกว่าปกติ	3 (12)	6 (24)	3 (12)	0
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	9 (36)	14 (56)	9 (36)	6 (24)
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	13 (52)	0	13 (52)	13 (52)
ความดันโลหิตสูงระดับ 3	0	0	0	5 (20)
รวม	25 (100)	25 (100)	25 (100)	25 (100)

ค่าความดันไดแอสโตลิก				
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ปกติ	6 (24)	17 (68)	6 (24)	8(32)
สูงกว่าปกติ	5(20)	2 (8)	5 (20)	1(4)
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	9(36)	4 (16)	9 (36)	9(36)
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	5(20)	2 (8)	5 (20)	4(16)
ความดันโลหิตสูงระดับ 3	0	0	0	3(12)
รวม	25 (100)	25 (100)	25 (100)	25 (100)

ภาคผนวก ข

ความแตกต่างของค่าร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละช่วงสัปดาห์

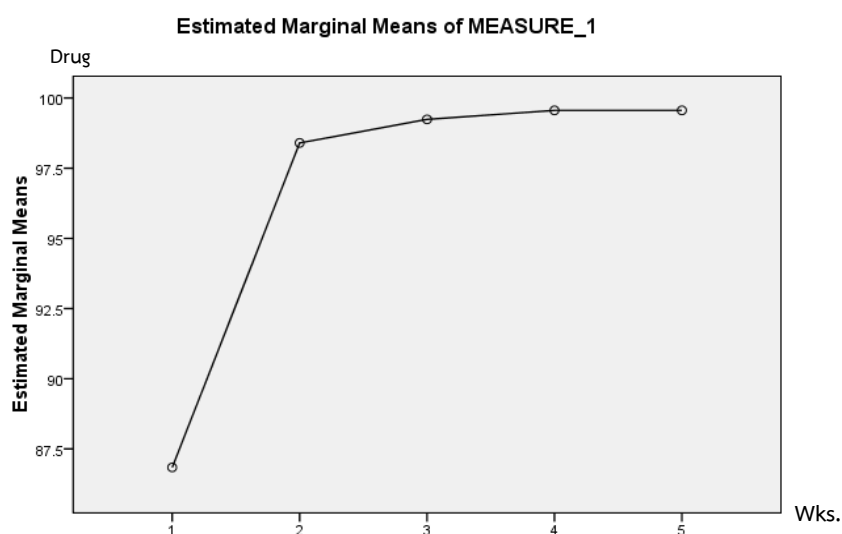
1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการวัดซ้ำ ดังตาราง 15

ตาราง 15

ความแตกต่างของร้อยละการรับประทานยาในแต่ละช่วงสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง โดยการวัดซ้ำ (n=25)

เปรียบเทียบแต่ละช่วงสัปดาห์	p-value	แปลผล
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1	.00	แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2	.00	แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.00	แตกต่าง
สัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2	.03	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.05	ไม่แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.00	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3	.04	แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.34	ไม่แตกต่าง
สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 กับ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	.33	ไม่แตกต่าง

The mean difference is significant at the .05 level.



ภาคผนวก ข

ข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม

จากผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความถูกต้อง ความเหมาะสม และความชัดเจน มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดของ องค์ประกอบ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	เหมาะสม	ชัดเจน	
1. คำชี้แจงในการใช้ โปรแกรม	3/3 (100)	3/3 (100)	2/3 (66.66)	- ระบุเกณฑ์การเลือกผู้ป่วยให้ ชัดเจนและเข้าใจตรงกัน
2. รายละเอียดและขั้นตอน ในการใช้โปรแกรม				
1) ขั้นเตรียมการ	2/3 (66.66)	2/3 (66.66)	2/3 (66.66)	- ควรระบุบทบาทและหน้าที่ใน แต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน - ควรมีการอบรมและประเมิน ทักษะของอสม. เกี่ยวกับการวัด ความดันโลหิต และการนับเม็ด ยาให้ถูกต้องก่อน
2) ขั้นการดำเนิน โปรแกรม	3/3 (100)	3/3 (100)	2/3 (66.66)	- ควรเพิ่มรายละเอียดของแต่ละ กิจกรรมให้สามารถมองเห็น กระบวนการดำเนินกิจกรรมได้ อย่างชัดเจน - ลดระยะเวลาการทำกิจกรรม แต่ละครั้งลง

2. แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน สามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดของ องค์ประกอบ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	เหมาะสม	ชัดเจน	
แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 -4	3/3 (100)	2/3 (66.66)	3/3 (100)	- ทั้ง 4 แผนกิจกรรมควรปรับลดระยะเวลาในแต่ละครั้งลงให้สอดคล้องกับบริบทของงาน

3. คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดของ องค์ประกอบ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	เหมาะสม	ชัดเจน	
1.ด้านเนื้อหาในคู่มือ	3/3 (100)	2/3 (66.66)	3/3 (100)	-หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษแต่ใช้ประกอบภาพยาได้
2.ด้านรูปแบบ	3/3 (100)	3/3 (100)	2/3 (66.66)	-ระบุส่วนที่ผู้ป่วยต้องบันทึกและตัวอย่างให้ชัดเจน
3.ด้านการใช้สื่อและภาพประกอบ	3/3 (100)	2/3 (66.66)	3/3 (100)	-ควรปรับสีให้ดูขนาดน้อยลง
4.ด้านการใช้ภาษา	3/3 (100)	2/3 (66.66)	3/3 (100)	-ควรปรับเกี่ยวกับการใช้ภาษาให้มีความเป็นทางการมากขึ้น

4. สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ ป้ายป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดของ องค์ประกอบ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ถูกต้อง	เหมาะสม	ชัดเจน	
ป้ายป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี	3/3 (100)	3/3 (100)	3/3 (100)	-

การประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจำนวน 5 ท่าน ประเมินโปรแกรมในประเด็นความยาก-ง่าย ความเหมาะสม และความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมเมื่อนำไปใช้ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ผลการประเมิน พบว่า

1. แนวทางการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดขององค์ประกอบ	ความคิดเห็นของพยาบาล (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ยาก-ง่าย	เหมาะสม	การนำไปใช้	
1. คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม	4/5 (80)	4/5 (80)	4/5 (80)	- ควรระบุเกณฑ์การเลือกผู้ป่วยให้ชัดเจน
2. รายละเอียดและขั้นตอนในการใช้โปรแกรม	4/5 (80)	4/5 (80)	4/5 (80)	- ควรเตรียมเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอสอดคล้องกับบริบท - ควรอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเองที่ใช้
1) ชั้นเตรียมการ				
2) ชั้นการดำเนินโปรแกรม	4/5 (80)	4/5 (80)	4/5 (80)	- ควรลดระยะเวลาการทำกิจกรรมแต่ละครั้งลง

2. แผนกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดขององค์ประกอบ	ความคิดเห็นของพยาบาล (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ยาก-ง่าย	เหมาะสม	การนำไปใช้	
แผนกิจกรรมที่ 1- 4	4/5 (80)	4/5 (80)	4/5 (80)	- ควรให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ - ควรลดระยะเวลาลง - คู่มือและแบบบันทึกอาจเป็นการเพิ่มภาระ

3. คู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่
โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังด่วน สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดของ องค์ประกอบ	ความคิดเห็นของพยาบาล (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ยาก-ง่าย	เหมาะสม	การนำไปใช้	
1.ด้านเนื้อหาในคู่มือ	5/5 (100)	5/5 (100)	5/5 (100)	-
2.ด้านรูปแบบ	5/5 (100)	4/5 (80)	5/5 (100)	- คู่มือและแบบบันทึกขนาด A4 ใหญ่เกินไป
3. ด้านการใช้สื่อและ ภาพประกอบ	5/5 (100)	4/5 (80)	5/5 (100)	- ลดความชัดเจนของสีกราฟ
4. ด้านการใช้ภาษา	5/5 (100)	5/5 (100)	5/5 (100)	-

4. สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ ป้ายป้องกันจراثชีวิต 7 สี สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

รายละเอียดของ องค์ประกอบ	ความคิดเห็นของพยาบาล (คน) (ร้อยละ)			ข้อเสนอแนะ
	ยาก-ง่าย	เหมาะสม	การนำไปใช้	
ป้ายป้องกันจراثชีวิต 7 สี	5/5 (100)	5/5 (100)	5/5 (100)	-

ภาคผนวก ฉ
แบบประเมินทักษะการวัดค่าความดันโลหิต

ประเด็นการประเมิน	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
ทักษะการวัดค่าความดันโลหิต <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สอบถามการดื่มชาหรือกาแฟ การสูบบุหรี่ก่อนวัด <input type="checkbox"/> ให้นั่งพัก 5 นาที <input type="checkbox"/> จัดท่าในการวัดความดันโลหิต (ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุย วางแขนบนโต๊ะ) <input type="checkbox"/> พันผ้าที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร และให้กึ่งกลางของถุงลมวางอยู่บนหลอดเลือดแดง <input type="checkbox"/> วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกัน และทำเดียวกัน นำผลมาหาค่าเฉลี่ย <input type="checkbox"/> บันทึกค่าความดันโลหิต และกราฟสีในคู่มือ 		
ทักษะการนับเม็ดยา <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การตรวจสอบชนิดยา <input type="checkbox"/> การนับเม็ดยา <input type="checkbox"/> การบันทึกจำนวนเม็ดยา 		

ภาคผนวก ญ
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2017 NSt - Qn 015
ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน
รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2017 - NSt 012
ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวสำรวย อาญาเมือง
หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 1 มิถุนายน 2560

วันที่หมดอายุ: 1 มิถุนายน 2562

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต
อาจารย์ภาควิชาบริหารเภสัชศาสตร์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา
อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสาวนันทิกานต์ หวังจิ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

พยาบาลประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้

1. นางอารีสุวภาณี ตือลามา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, พยาบาลผู้จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส
2. นางสาวขอยริยะห์ ตือเร๊ะ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีสาคร
3. นางนงนุช ภูแสนศรี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลรือเสาะ
4. นางสาวนieszะห์ สนิ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลรือเสาะ
5. นางสุภิญญา พลภักดิ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโตกสะตอ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวสำรวย อาญาเมือง
 รหัสประจำตัวนักศึกษา 5610421082
 วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2548

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับระหว่างการการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ปี 2559 ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

สำรวย อาญาเมือง, อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2561). การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง. วารสารอัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี, 24(13). (ตอบรับการตีพิมพ์)