ผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์

นิตยา แสงสะเดาะ พย.บ.*
*วรรณภา สุระพร ** พย.บ.*
*เกษิณี พิมพะนิตย์ ** พย.บ*

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวเพื่อเปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิค แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85 และใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนการทดลองในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.68, SD = 0.62) คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.22, SD = 0.45) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มเป้าหมายพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.89, p value < .01) ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาสะท้อนการจัดการตนเองจากการสนทนาสร้างแรงจูงใจนั้นเพิ่มมากขึ้น ควรสนับสนุนให้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: การให้คำแนะนำแบบสั้น, การจัดการตนเอง, ความดันโลหิตสูง

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จ.กาฬสินธุ์, E-mail: Psangsadoh@gmail.com*

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จ.กาฬสินธุ์*

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 มีนาคม 2568 วันตอบรับบทความ 28 มีนาคม 2568

The Effect of Brief Counseling on Self-Management Among Hypertensive Patients at Ban Nong Waeng Yai Health Promoting Hospital, Kalasin Province

Nitaya Sangsadoh RN*

*Wannapa Suraporn** RN*

*Kesinee Pimpanit** RN*

Abstract:

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to compare the self-management of hypertensive patients before and after receiving a brief counseling program. The participants were 45 hypertensive patients who received services between October and December 2024. They were purposively selected based on inclusion criteria. The research instruments included a brief counseling program based on Miller and Rollnick's Motivational Interviewing (MI), and a self-management behavior assessment form for hypertension adapted from Creer's conceptual framework. Content validity was confirmed by experts. The instrument's reliability, tested using Cronbach's alpha, was .85. Data were analyzed using paired t-test statistics.

The results showed that the mean self-management score before the intervention was at a high level ($\overline{X}$ = 3.68, SD = 0.62), and after the intervention, the score increased to a very high level ($\overline{X}$ = 4.22, SD = 0.45). A comparison of the mean scores showed a statistically significant difference (t = -4.89, p < .01). Since the study indicated that motivational interviewing effectively enhanced self-management, it is recommended that counseling should be promoted for further use in the care of hypertensive patients.

Keywords: Brief counseling, Self-management, Hypertension

**Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level Ban Nong Waeng Yai Health Promoting Hospital, Kalasin Province, E-mail: Psangsadoh@gmail.com*

***Registered Nurse, Professional Level Ban Nong Waeng Yai Health Promoting Hospital, Kalasin Province*

Received January 7, 2025 Revised March 19, 2025 Accepted March 28, 2025

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ[1] องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าระหว่างปีพ.ศ. 2533 และ 2562 จาก 650 ล้านราย เป็น 1,300 ล้านราย มากกว่าสามในสี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง[2] โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ พันธุกรรม ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือสูง และการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป[3] สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่ เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงคำปรึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการลองผิดลองถูก[4] จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer[5] นั้นพบว่า ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนได้ และต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง[6] สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

จากการรวบรวมสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จำนวน 168 ราย 182 และ 185 รายตามลำดับ[7] สาเหตุมาจากพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติไม่เหมาะสม การควบคุมความดันโลหิตสูงทำได้โดย การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรักษาด้วยยา จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการพบว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้น ไม่สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ เช่น การลดน้ำหนัก รับประทานอาหารที่มีเกลือน้อย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การงดบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีส่วนของแอลกอฮอล์ ลดความเครียดสะสม[7] ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจึงจะต้องมีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยและทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง[8] นอกจากนี้ยังพบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลในด้านดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อปฏิบัติมากกว่า 1 ครั้ง[9]

ในปี 2565 นายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง ได้ศึกษาเรื่องการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในการลดค่าซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ โดยวัดผลก่อนและหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากโรงพยาบาลระดับต่าง ๆในจังหวัดชลบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ พัทลุงและสงขลา ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.80 - 91.21 มีค่าซิสโตลิกลดลง โดยการควบคุมค่าซิสโตลิกพบว่า ร้อยละ 76.11, 78.13 และ 79.28 มีค่าที่ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ภายหลังจบโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ[10]

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตตามมา จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนของระบบบริการสุขภาพที่ต้อง สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเหล่านั้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่การศึกษาโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก หรือในคลินิกความดันโลหิตสูง ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตในชุมชนยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการใช้ทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิค เพื่อเป็นแนวทางในการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความลังเล[11] โดยมีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (Semi Structure) คือ 1) Engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบำบัดผู้บำบัดหรือผู้ป่วย 2) Fight Out & Strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) Advice With Menu คือ การให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้ป่วย[12] โดย นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง[10] ได้นำมาปรับรูปแบบการสนทนาเป็นให้เป็นโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า BA ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข โดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต และนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[10]

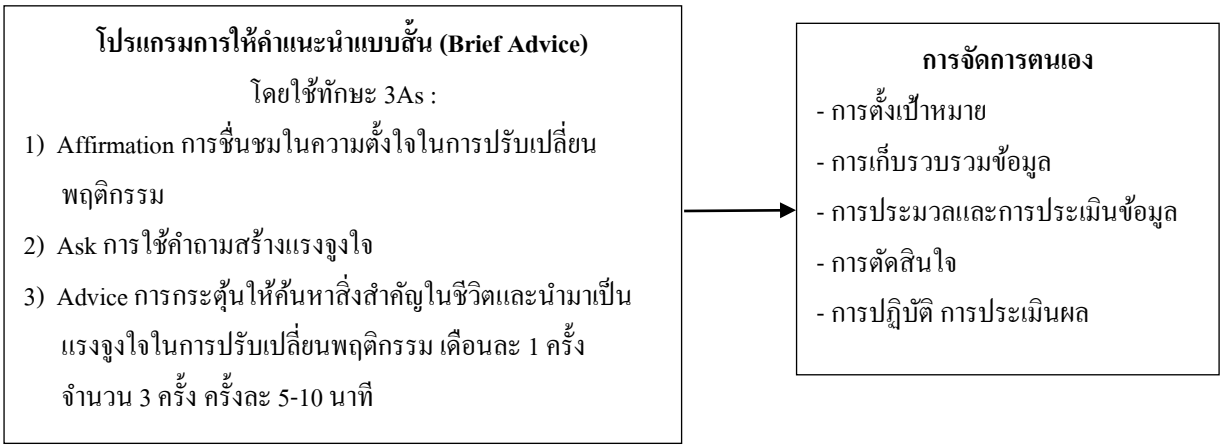
ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงสนใจจะศึกษาเรื่องผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (One group pre and post - test design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่และขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ.2567 ระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2567 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคัดเข้าตามคุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูงและโรคร่วม ที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิคมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิคมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท 2) มีอายุ 35-79 ปี 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วม มีอาการของระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า power of the test= 0.95, $\alpha = 0.05$ และใช้ค่า Effect size ที่มีผลกระทบปานกลางของ Cohen เท่ากับ 0.5[13] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 ราย เพื่อป้องกันของสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการศึกษาจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 ราย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัส KS-EC11-No.40/2567 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักประโยชน์เสมอภาค และเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม การให้การยินยอมโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิค[11] เป็นกรอบแนวคิด มีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (Semi structure) คือ

1) Engagement คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

2) Fight out and strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น

3) Advice with menu คือการให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้ป่วย รูปแบบการสนทนาเป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไป และรับทราบแนวทางการแก้ไขโดยใช้ทักษะ 3As คือ

(1) Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี

(2) Ask การใช้คำถามกระตุ้น หรือสร้างแรงจูงใจ และ

(3) Advice การให้คำแนะนำโดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตและนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการ ควบคุมความดันโลหิตโดยการจัดการตนเอง ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็น

สัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาทีทุก 1 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด

2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จากแนวคิดของแนวคิดของ Creer[5] ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย 10 ข้อ การเก็บรวบรวมข้อมูล 7 ข้อ การประมวลและการประเมินข้อมูล 4 ข้อ การตัดสินใจ 10 ข้อ การปฏิบัติ 10 ข้อ การประเมินผล 11 ข้อ รวม 52 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบเองเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการแปลผลค่าเฉลี่ย พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.21-5.00) มาก (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) น้อย (1.81-2.60) น้อยที่สุด (1.00-1.80) ค่าความเที่ยงตรง IOC เท่ากับ .94

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) โดยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในทุกขั้นตอน

การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของณัฐธิดา กันสาตร์[12] นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นที่ .85

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงการทำการวิจัย ขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงแนะนำโครงการวิจัย อธิบายรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตให้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทุกครั้ง เพื่อจัดกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนัดหมายก่อนวันเข้ารับบริการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[5] ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและการประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การประเมินผล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างสม่ำเสมอ

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที

ครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired t-testในการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยข้อมูลผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบค่าทีโดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้มาจากการสุ่ม ข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ และไม่ทราบความแปรปรวนของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีจำนวน 45 คน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 31 คน (ร้อยละ 68.88) เพศหญิงจำนวน 33 คน (ร้อยละ 73.33) เพศชายจำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.67) มีสถานะภาพสมรสคู่ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 68.88) ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 31 คน (ร้อยละ 68.88) มีรายได้ของครัวเรือน น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวน 39 คน (ร้อยละ 86.66) น้ำหนักตัวมากกว่า 60 กิโลกรัม จำนวน 23 คน (ร้อยละ 51.11) มีค่าความดันโลหิตสูงกว่า 130/80 มิลิเมตรปรอท จำนวน 40 คน (ร้อยละ 88.89) ส่วนมากเป็นความดันโลหิตมาแล้วไม่เกิน 10 ปี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 82.22)

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ดังนี้

ก่อนการได้รับโปรแกรม พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.68, SD = .62) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการ

จัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ ($\overline{X}$ = 3.91, SD = .80) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ($\overline{X}$ = 3.30, SD = .81)

หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.22, SD = .45) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ ($\overline{X}$ = 4.45, SD = .46) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการประเมินและการประมวลข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ ($\overline{X}$ = 3.98, SD = .55) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

การจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง		แปลผล	หลังทดลอง		แปลผล
	Mean	SD		Mean	**SD**	
1. การตั้งเป้าหมาย	3.91	.80	มาก	4.43	.44	มากที่สุด
2. การรวบรวมข้อมูล	3.30	.81	ปานกลาง	4.03	.48	มาก
3. การประมวลและการประเมินข้อมูล	3.33	.85	ปานกลาง	3.98	.55	มาก
4. การตัดสินใจ	3.99	.74	มาก	4.45	.46	มากที่สุด
5. การปฏิบัติ	3.79	.58	มาก	4.31	.36	มากที่สุด
6. การประเมินผล	3.79	.58	มาก	4.16	.26	มาก

เปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยใช้สถิติ Paired t -test ได้ทำการทดสอบสถิติโดยใช้ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบการแจกแจงว่ามีค่าปกติ ได้ค่า p-value = .98

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นแตกต่างกัน (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\overline{X}$ = 3.68 SD = .62 และหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในระดับมากที่สุด $\overline{X}$ = 4.22 SD = .45) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 45)

การจัดการตนเอง	Mean	SD	t	df	P value
ก่อนการทดลอง	3.68	.62	-4.89	44	.01*
หลังการทดลอง	4.22	.45			

อภิปรายผลการวิจัย

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พนารัตน์ เจนจบ และคณะ[14] พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชนบทมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขน้อยกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ การศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างนี้จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสร้างให้ผู้ป่วยเข้าใจการควบคุมโรคที่เป็นอยู่ การประเมินความผิดปกติของร่างกาย ตลอดจนสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม เช่น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้น จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองไม่ดีเท่าที่ควร สะท้อนจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงถึงร้อยละ 51 นับเป็นตัวบ่งชี้ถึงการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม มีภูมิลำเนาในจังหวัดกาฬสินธุ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย มีสินค้าที่ส่งขายและมีชื่อเสียงคือ น้ำปลาร้าปรุงสำเร็จรูป อาหารพื้นบ้านส่วนใหญ่มีรสเค็ม มีปริมาณโซเดียมที่สูง เช่น ส้มตำ ของหมักดอง มีลักษณะส่วนประกอบที่น้อยและเรียบง่าย ส่วนใหญ่จึงเติมผงชูรสลงไปในอาหารในปริมาณมากเพื่อเพิ่มรสชาติ จึงส่งผลให้ความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้น้อย คือมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 86.60 จากการศึกษาของอรกนก ปัญญาเลิศ และสายพิณ ปั้นทอง[15] พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทจะตัดสินใจซื้ออาหารปรุงสุกแทนการประกอบอาหารด้วยตนเอง จึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกซื้ออาหารปรุงสุกที่แบ่งขายเพราะราคาประหยัดกว่าการประกอบอาหารเอง จึงส่งผลให้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก ถึงแม้จะมีเป้าหมายที่อยากจะปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่น ๆ ($\overline{X}$ = 3.91, SD = .80) นอกจากนี้ขั้นตอนการให้บริการในสถานบริการสุขภาพจะมีผู้มารับบริการจำนวนมากและเร่งรีบ จึงทำให้ได้รับข้อมูลตลอดจนการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องน้อยลง ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.9 จากการศึกษาของสิรินทร พิบูลภานุวัธน์[16] พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เสพสื่ออย่างสุ่มเสี่ยง มีการแชร์ข้อมูลที่ไม่ได้ตรวจสอบ ตลอดจนมีศักยภาพในการใช้สื่อน้อยกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ดังนั้นการเข้าถึงข้อมูล การบันทึกข้อมูลจึงไม่เพียงพอ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ($\overline{X}$ = 3.30, SD = .81)

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.22, SD = .45) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่น ๆ ($\overline{X}$ = 4.45 SD = .46) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการประมวลผลข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ($\overline{X}$ = 3.98, SD = .55) จะเห็นได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (t= -4.89, p=< .001) เป็นไปตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทางเน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความลังเล ผ่านทางโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น 3 ครั้ง ในแต่ละครั้ง เน้นการใช้ทักษะ3As คือ 1) Affirmation การชื่นชมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) Ask การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจให้ค้นหา สิ่งสำคัญในชีวิต โดยพบว่า สิ่งสำคัญในชีวิตหรือแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่อยากเป็นภาระกับบุตรหลาน อยากอยู่กับคนที่รักไปนาน ๆ และอยากอยู่เพื่อแบ่งเบางานแก่ลูก เช่น ต้องดูแลหลาน ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และ 3) Advice ทักษะการให้คำแนะนำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิต มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต เช่น การรับประทานยายาต่อเนื่อง ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควบคุมปริมาณอาหาร ติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน และเพิ่มการออกกำลังกายมากขึ้น จึงส่งผลให้ค่าคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย เขียวขำ[9] ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 ข้อ 6 ด้าน การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นโดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.24, SD = .32) และหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.45, SD = .32) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เช่นเดียวกับจารุณี

ปลายยอด และชีวรัตน์ ต่ายเกิด [17] ที่พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิคลดลง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและผู้ป่วยโรคเอดส์ในการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง[18,19,20] ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงต้องค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ โดยการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

2) กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวมากเกินมาตรฐานซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม ไม่เฉพาะความดันโลหิตสูงเท่านั้น ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีคลินิกเฉพาะด้านและพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น

3) ควรจัดให้มีห้องรับคำปรึกษาเพื่อเพิ่มความเป็นส่วนตัว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะช่วยให้การให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4) โปรแกรมนี้ใช้ เวลาน้อยและสามารถปรับให้สอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการปรับพฤติกรรมได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การรวบรวมข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลเป็นการจัดการตนเองที่มีค่าคะแนนต่ำสุดไม่ว่าจะเป็นก่อนหรือหลังได้รับโปรแกรมดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้น หรือ พัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The Department of Disease Control recommends that people pay attention to their health, measure their blood pressure regularly, and prevent high blood pressure. 2022. [cited 2024 October 16] . Available from: https: / / ddc. moph. go. th/ brc/ news. php?news= 25290&deptcode= brc&news_views =388 (in Thai)
2. World Health Organization (WHO). The World Health Organization presents for the first time a report on the devastating effects of high blood pressure and how to stop it, 2023. [cited 2024 October 16]. Available from: https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it
3. CIMjournal Editorial Team. A large population has untreated hypertension. CIMjournal. [cited 2025 Jun 30]. Available from: https://cimjournal.com/special-articles/people-untreated-hypertension/
4. Digital Government Development Agency (Public Organization) (SPR.). Communicable diseases, 2020. [cited 2024 October 16]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/ page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
5. Creer LT. Self-management to chronic illness. Handbook of self-regulation. 2000. Academic.
6. Kulbuddee K, Prasanphimp S, Prasanphimp W, Hemchalad P, Piawan P, Wongtham P, SonjohnKhokSung P, & Puangsri R. Effects of a therapy program based on family and community involvement of substance and drug abuse patients without co-morbid psychosis in the district of Sawang Weerawong UbonRatchathani Province. HPC 10 Journal. 2023; 11(2): 17-29. (in Thai)
7. Subdistrict Health Promoting Hospital Ban Nongwangyai, Kalasin province. Report on data of patients with hypertension annual year 2021 - 2023. (in Thai)
8. Xu J, Gu X, Gu J, Zhao L, Li M, & C. Motivational interviewing intervention for the management of hypertension: a meta-analysis. Frontiers in Cardiovascular Medicine 11-2024. https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1457039
9. Keawkam O. The Effects of brief counseling on self-management of the uncontrolled hypertensive patients in Nakhon Phanom hospital. Journal of Nursing and Health Sciences Nakhon Phanom University. 2024; 2(1): e2099. (in Thai)

10. Detkong T. Motivational interviewing for health behavior change. Beyond Publishing company limited. 2022. (in Thai)
11. Miller W, & Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rdNew York: Guilford Press; 2013.
12. Kansat N. Self-management among people with uncontrolled hypertension, Nakhonsawan Province. Naresuan University; 2015. (in Thai)
13. Jayathavaj V. Effect size and power of a test in sample size determination for clinical research. 2018; 4(1): 67-75. (in Thai)
14. Chenchob P, Choopun K, Polsingchan S, Ekthamasut N, Theinkaw S, & Rasiri S. Factors affecting self-care behaviors people in rural Thai community: An experience from lower northern Thailand. Journal of Nursing and Health Science Research. 2023; 15(2): e266295. (in Thai)
15. Panyaloed O, & Panthong S. Marketing Factors influencing decision making on choosing restaurants with food cooked to order in Lat Krabang Industrial Estate. NEU Academic and Research Journal. 2022; 15(3): 174-191. (in Thai)
16. Bhibulbhanuvat S, Doungphummes N, & Sasiwongsaroj K. Elderly use of risk-free media: Creating media literate elderly health communicators. 2020; 15(3): 174-191. (in Thai)
17. Plaiyod J, & Taikerd C. Effects of a brief advice behavioral intervention program on blood pressure control on patients with essential hypertension at Inburi Hospital. Singburi Hospital Journal. 2022; 30(3): 64-75. (in Thai)
18. Mongkholrangsal C. Effectiveness of motivational interview program for behavior modification in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood glucose at Sapandum Community Health Center, SawanPracharak hospital. Primary Health Care Journal (Northen Edition). 2024; 34(2): 34-45. (in Thai)
19. Nanthachan N, Kasatpibal N, & Viseskul N. Effect of information provision, motivation, and skill developmenton antiretroviral adherence among youths living with HIV. Nursing Journal CMU. 2015; 24(3): 72-83. (in Thai)
20. Chamsai M & Rasiri T. Effects of a motivational interviewing programon self-care behaviors and blood pressure level among patients with uncontrolled hypertension in the Tha Thong Health Promoting hospital, mueang district, Phitsanulok Province. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi. 2023; 6(1): 58-69. (in Thai)