

ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความ  
ร่วมมือในการรักษาและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้  
Effects of Pharmacist Counseling with Telephone Follow-up on Adherence  
and Blood Pressure Level in Uncontrolled Hypertension

สุกัญญา คำผา\*

Sukanya Khampa\*

โรงพยาบาลมหาสารคาม

Mahasarakham Hospital

\* Corresponding author, E-mail: sukanya\_khampa@yahoo.com

Received 01/08/2025 Revised 6/10/2025 Accepted 27/10/2025

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการรักษาและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 - มีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test Wilcoxon Signed Ranks test และ McNemar test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ คะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต สัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีประโยชน์ต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในสถานบริการปฐมภูมิ

**คำสำคัญ:** การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร, การติดตามทางโทรศัพท์, ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

## Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to examine how pharmacist counseling with telephone follow-up impacted treatment adherence and blood pressure (BP) among patients with uncontrolled hypertension. The sample comprised 30 hypertensive patients from a local Subdistrict Health Promotion Hospital (a primary care setting) whose BP levels were not adequately controlled. Data collection, conducted between December 2024 and March 2025, utilized structured forms to assess general information, illness details, knowledge, adherence to behavioral modifications, and medication compliance. Statistical analysis including Frequency, Mean, Standard Deviation, Paired *t*-test, Wilcoxon Signed Ranks test, and McNemar test (with a significance level of 0.05). Post-intervention, patients demonstrated significantly higher scores in knowledge and adherence to both lifestyle changes and medication regimens ( $p < 0.05$ ). Crucially, the mean systolic and diastolic BP levels also showed a statistically significant reduction following the intervention ( $p < 0.05$ ). These results strongly suggest that integrating pharmacist counseling with telephone follow-up is an effective and beneficial strategy for enhancing treatment adherence and improving blood pressure control among hypertensive patients in primary care.

**Keywords :** pharmacist counseling, telephone follow-up, uncontrolled hypertension

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.3 พันล้านคน ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี<sup>1</sup> ในประเทศไทยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ.2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ.2562-2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69<sup>2</sup> และจากฐานข้อมูลระบบ Health data center กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 10,756.8 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ.2558 เพิ่มขึ้นเป็น 15,638.2 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ.2563<sup>3</sup> ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง สามารถส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตตามมา แต่หากมีการควบคุมระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้<sup>4</sup> หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใช้วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาว (Lifestyle modification) ร่วมกับการใช้ยาในการควบคุมระดับความดันโลหิต (Pharmacological treatment) เป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยทั่วไปกำหนดไว้ที่ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg แต่เป้าหมายของการรักษาในผู้ป่วยบางรายแตกต่างกันออกไป โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆร่วมด้วย<sup>5</sup> เช่น อายุ โรคร่วม เป็นต้น จากข้อมูลการรักษาความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่ามีความจำเป็นที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย และพบว่าสัดส่วนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีจำนวนลดลง<sup>2</sup> ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย

ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้คือ พฤติกรรมสุขภาพ<sup>6</sup> และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา<sup>7</sup> ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้ขนานนามภาวะความดันโลหิตสูงว่าเป็นฆาตกรเงียบ หรือ Silent killer และเนื่องจากผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมความดันโลหิต และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะยาว วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างแรงจูงใจ การบันทึกการใช้ยา การเตือนการรับประทานยา และการพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์<sup>8</sup>

เภสัชกรปฐมภูมิเป็นหนึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายโดยเภสัชกร เป็นหนึ่งในกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาด้วยยาและคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>9</sup> และจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสารพบว่ามีการใช้โทรศัพท์ช่วยในการติดตามการรักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และทำให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น<sup>10</sup> แต่งานวิจัยที่ศึกษาผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ส่วนใหญ่เป็นการ ศึกษาในโรงพยาบาล ดังการศึกษาของศิริพร พรหมรัตน์, พนิดา คำผล และณัฐธิดา คำผล<sup>11</sup> และการศึกษาของ สุภาพร สุปินธรรม<sup>12</sup> ผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรปฐมภูมิจึงสนใจศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหวาน ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบของผู้วิจัย มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 472 คน ในปีพ.ศ.2567 และมีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 133 คน คิดเป็นร้อยละ 28.17<sup>13</sup> เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้พัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการรักษาและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการรักษาและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ คือตั้งแต่ ธันวาคม 2567 – มีนาคม 2568

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหวาน จังหวัดมหาสารคาม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของ Polit & Hungler<sup>14</sup> ที่กล่าวว่าถ้าเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ควรจะมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มโดยบังเอิญ ตามลำดับวันนัด ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

**เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)** เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 30 – 79 ปี ที่ได้รับการลงความเห็นจากแพทย์ว่ายังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ใหญ่ทั่วไปอายุต่ำกว่า 65 ปี หรือมีโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และหลอดเลือด ร่วมด้วย และ ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท กรณีอายุ 65-79 ปี

สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี รวมทั้งสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ไม่มีความพิการทางสายตา การได้ยิน การเคลื่อนไหว และสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)** คือ เจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงขณะเข้าร่วมศึกษาวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ ย้ายที่อยู่ หรือไม่ต้องการจะเข้าร่วมวิจัยต่อ

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วยการบริหารทางเภสัชกรรม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบรรยาย การชมวีดิทัศน์ คู่มือแนวทางการดูแลและจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคความดันโลหิตสูง ปี 2567<sup>5</sup> และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโดยติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามกระตุ้นเตือนการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ ค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 3,7,11, และ 1 วันก่อนวันนัดประเมินผล

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วม ยาลดความดันโลหิตที่ใช้ จำนวนรายการยาโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 15 ข้อ ใช้แบบประเมินของสมรรัตน์ ขำมาก<sup>15</sup> โดยในแต่ละข้อประกอบด้วยข้อความและมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่รู้ โดยสามารถเลือกได้เพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบไม่รู้ให้ 0 คะแนน แล้วนำคะแนนความรู้แต่ละข้อมาหาคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ (มีคะแนน 0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (มีคะแนน 9-11 คะแนน) และระดับสูง (มีคะแนน 12-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต มีจำนวน 17 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์จากแบบประเมินของกิตติพล อยู่คง<sup>16</sup> ประเมินความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ด้านอาหารและการควบคุมน้ำหนัก ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด และด้านการลดปัจจัยเสี่ยง ในส่วนด้านยา ผู้วิจัยแยกไปใช้เครื่องมือ MAM-O เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะ โดยแบบประเมินความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตมีการปรับข้อความคำถามระบุความถี่ให้ชัดเจนขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อความคำถามระบุความถี่ของการปฏิบัติจริงใน 1 สัปดาห์ ลักษณะคำตอบเป็นการวัดการปฏิบัติกิจกรรมในรอบ 7 วันที่ผ่านมา ตามจำนวนวันที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น คะแนนแต่ละข้อมีตั้งแต่ 0 – 7 คะแนน โดยข้อความมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ (มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่า 4.00) ระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.00–5.99) และระดับสูง (มีค่าเฉลี่ยคะแนน 6.00–7.00)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ใช้แบบประเมิน MAM-O ของรวมพร สมประสงค์ และวรุณฯ แสงเจริญ<sup>17</sup> มีจำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือคะแนนตั้งแต่ 21 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือระดับเพียงพอ และคะแนนต่ำกว่า 21 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือระดับไม่เพียงพอ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ เกษษกร และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแต่ละข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงใช้แบบประเมินของ สมรัตน์ ขำมาก<sup>15</sup> หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.77 ส่วนแบบประเมินความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ที่ 0.77 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาใช้แบบประเมินของรวมพร สมประสงค์ และวนุช แสงเจริญ<sup>17</sup> ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ที่ 0.75 โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาวิจัยแล้ว

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH\_REC 67-01-085 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567

### วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล

#### 1. ระยะเตรียมการ

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหวาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขอรายชื่อผู้ป่วยเพื่อเข้าพบ รับสมัครและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยในการขออนุญาตเก็บข้อมูลมีการลงลายมือชื่อของผู้ป่วยในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### 2. ระยะดำเนินการทดลอง

##### สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย บันทึกค่าความดันโลหิตในปัจจุบันและระดับความดันโลหิตเป้าหมาย ประเมินความรู้ ประเมินความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา หลังจากนั้นให้ความรู้และคำปรึกษาโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีก่อนผู้เข้าร่วมวิจัยจะพบแพทย์ตามปกติ โดยมีการบรรยายและชมวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การจัดการเรื่องยาของผู้ป่วย ถ้าพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ผู้วิจัยจะปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษาเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหานั้น พร้อมมอบคู่มือทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวที่บ้านแก่กลุ่มตัวอย่าง



## สัปดาห์ที่ 3-12

ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปถึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3,7,11 และ 1 วันก่อนวันนัดประเมินผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้แนวความคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเทอดศักดิ์ เดชคง<sup>18</sup> ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ (Engagement) ได้แก่ การทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป งานอดิเรกที่ชอบ นำข้อดีของผู้ป่วยที่สามารถหยิบยืมมาสนทนาหรือชื่นชมได้ เช่นการร้องเพลง ทำอาหาร เล่นกีฬา เป็นต้น

2. ประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ (Find out motivation) ผู้วิจัยนำข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่พบจากการตรวจแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินต่างๆ แจ้งผลระดับคะแนนความรู้ระดับความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ระดับความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบกับปัญหาจากการตรวจร่างกายและค่าทางห้องปฏิบัติการ สอบถามอาการทั่วไป อาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยสอบถามความเห็นเกี่ยวกับปัญหาหรือความเสี่ยง พร้อมทั้งความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

3. การใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Strengthen motivation) ได้แก่ ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับผลเสียของพฤติกรรมเดิม ผลดีของพฤติกรรมใหม่ เป้าหมายของชีวิตในอนาคต ความสัมพันธ์หรือคนที่รัก ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

4. การให้ข้อมูล คำแนะนำแบบมีทางเลือก (Advice with menus) ผู้วิจัยให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับสถานะของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย เช่น 1) กรณีกลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> ผู้วิจัยให้ข้อมูลประโยชน์ของการลดน้ำหนักช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า ผู้วิจัยร่วมกำหนดเป้าหมายกับกลุ่มตัวอย่าง เช่นตั้งเป้าหมายลดน้ำหนัก 5 กิโลกรัมใน 2 เดือน แบบค่อยเป็นค่อยไป และยืดหยุ่นได้โดยไม่กระทบต่อขวัญกำลังใจของผู้ป่วย การลดน้ำหนักทำได้ 2 แนวทางได้แก่การออกกำลังกาย และการปรับการรับประทานอาหาร โดยระบุวิธีออกกำลังกาย ระบุการปรับการรับประทานอาหารตามผู้ป่วยเลือก 2) กรณีกลุ่มตัวอย่างบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทางเลือกคือหากผู้ป่วยสามารถหยุดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จะสามารถลดความดันโลหิตได้ดีกว่า แต่หากไม่สามารถหยุดบริโภคได้แนะนำให้ค่อยๆลดลงมาอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมคือ 1 standard drink ในเพศหญิง และ 2 standard drink ในเพศชาย 3) การจำกัดการบริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2 กรัม มีทางเลือกคือหากผู้ป่วยสามารถปรุงอาหารได้เองจะสามารถควบคุมปริมาณโซเดียมต่อวันได้ง่าย แต่หากผู้ป่วยซื้ออาหารมารับประทานทุกมื้อ มีทางเลือกคือ แนะนำให้ชิมก่อนปรุงหรือลดการปรุงอาหารเพิ่ม อาหารที่มีน้ำซุปร่วมมากควรรินน้ำซุปรอบอกบางส่วนแล้วเติมน้ำเปล่าแทน และให้คำแนะนำเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง 1 มื้อในระหว่างวัน 4) กรณีผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ผู้วิจัยสอบถามเหตุผลจากผู้ป่วย เช่นเกิดจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือไม่ มีความลำบากในการบริหารยาหรือไม่ มีทางเลือกคือปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา หรือวิธีบริหารยาให้สะดวกมากขึ้น เป็นต้น หากผู้ป่วยปฏิบัติได้ดียอยู่แล้วแสดงความชื่นชมและให้กำลังใจ

5. วางแผนและสรุป (Making a solid plan) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่ตั้งเป้าหมายไว้ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้วิจัยทวนสอบวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติในด้านอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การใช้ยา และบันทึกในแบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พร้อมแจ้งนัดหมายติดตามผลการปฏิบัติตามแผนทางโทรศัพท์รอบถัดไป

การสนทนาทางโทรศัพท์แต่ละครั้งอาจมีการปรับเปลี่ยนเวลาและขั้นตอนตามความเหมาะสม สัปดาห์ที่ 3 การสนทนาสร้างแรงจูงใจ 5 ขั้นตอนอาจใช้เวลา 10-15 นาที หลังจากนั้น สัปดาห์ที่ 7, 11,12 (1 วันก่อนวันนัดประเมินผล) ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เน้นความร่วมมือ (Affirmation) 2) การสร้างแรงจูงใจด้วยการใช้คำถามการเปรียบเทียบสิ่งสำคัญและ

พฤติกรรมสุขภาพ (Ask ;Reason for change) 3) การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแบบมีทางเลือก (Advice with menu/choice) ใช้เวลา 5-10 นาที และในสัปดาห์ที่ 12 (1 วันก่อนวันนัดประเมินผล) ผู้วิจัยเพิ่มเติม ทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง 7 ข้อ สิ่งที่ต้องนำมาเมื่อมาพบ แพทย์ตามนัด ได้แก่ บัตรประชาชน กระเป๋าผ้า ยาเดิมทุกรายการ สมุดประจำตัวผู้ป่วย เน้นย้ำให้รับประทาน ยาลดความดันโลหิตเมื่อเข้าไปจากบ้าน งดชา กาแฟ งดสูบบุหรี่ก่อนวัดความดันโลหิต พร้อมนัดหมายแจ้ง รายละเอียดการประเมินผลการศึกษา

### 3. ระยะประเมินผล

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินความรู้ ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ความร่วมมือในการใช้ ยา และบันทึกค่าระดับความดันโลหิตหลังสิ้นสุดการทดลอง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมา แก้ไขข้อบกพร่องให้ถูกต้อง จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในคอมพิวเตอร์ โดยใช้ โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 22 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Shapiro-wilk test
2. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อย ละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
3. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมชีวิต ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการ แจกแจงแบบปกติ
4. เปรียบเทียบสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ McNemar test

#### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ก่อนและหลัง การทดลอง มีจำนวนเท่ากันคือ 30 คน ไม่ปรากฏการสูญหายหรือการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 63.33 มีอายุระหว่าง 49-79 ปี อายุเฉลี่ย  $68.06 \pm 8.31$  ปี การศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.33) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80.00) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 83.33) ความเพียงพอของรายได้พบว่าไม่เพียงพอ (ร้อยละ 70.00) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย  $6.10 \pm 3.67$  ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือไขมันในเลือดสูงคู่กับเบาหวาน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือไขมันในเลือด สูง (ร้อยละ 36.67) ใช้ยาลดความดันโลหิต amlodipine (ร้อยละ 30.00) รองลงมาคือ Amlodipine ร่วมกับ Enalapril (ร้อยละ 23.33) และ Losartan (ร้อยละ 20.00) ส่วนใหญ่มีจำนวนรายการยาโรคเรื้อรัง 1-3 รายการ (ร้อยละ 70.00) มีครอบครัวเป็นผู้ดูแลการรับประทายยา (ร้อยละ 56.67) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

| ตัวแปร                                              | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------|------------|--------|
| เพศ                                                 |            |        |
| ชาย                                                 | 11         | 36.67  |
| หญิง                                                | 19         | 63.33  |
| อายุ (ปี) M=68.06 SD=8.31 Min=49 Max=79             |            |        |
| 30-64                                               | 18         | 60.00  |
| 65-79                                               | 12         | 40.00  |
| การศึกษาสูงสุด                                      |            |        |
| ประถมศึกษา                                          | 22         | 73.33  |
| มัธยมศึกษา                                          | 7          | 23.33  |
| ไม่ได้เรียน                                         | 1          | 3.33   |
| อาชีพ                                               |            |        |
| เกษตรกร                                             | 24         | 80.00  |
| รับจ้าง                                             | 4          | 13.33  |
| ค้าขาย                                              | 2          | 6.67   |
| รายได้ต่อเดือน (บาท)                                |            |        |
| น้อยกว่า 5,000                                      | 25         | 83.33  |
| ตั้งแต่ 5,000 ขึ้นไป                                | 5          | 16.67  |
| ความเพียงพอของรายได้                                |            |        |
| ไม่เพียงพอ                                          | 21         | 70.00  |
| พอเพียง                                             | 9          | 30.00  |
| ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) M=6.10 SD=3.67 Min=1 Max=15 |            |        |
| 1-5                                                 | 16         | 53.33  |
| 6-10                                                | 11         | 36.67  |
| มากกว่า 10                                          | 3          | 10.00  |
| โรคร่วม                                             |            |        |
| ไม่มีโรคร่วม                                        | 3          | 10.00  |
| ไขมันในเลือดสูง                                     | 11         | 36.67  |
| โรคหัวใจและหลอดเลือด                                | 1          | 3.33   |
| ต่อมลูกหมากโต                                       | 1          | 3.33   |
| เบาหวานและไขมันในเลือดสูง                           | 12         | 40.00  |
| เบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด                      | 1          | 3.33   |
| ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด              | 1          | 3.33   |
| ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ                  |            |        |
| Amlodipine                                          | 9          | 30.00  |
| Atenolol                                            | 1          | 3.33   |
| Enalapril                                           | 2          | 6.67   |
| Losartan                                            | 6          | 20.00  |
| Amlodipine + Enalapril                              | 7          | 23.33  |
| Amlodipine + Losartan                               | 3          | 10.00  |
| Amlodipine + Atenolol                               | 2          | 6.67   |



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ตัวแปร                   | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------|------------|--------|
| จำนวนรายการยาโรคเรื้อรัง |            |        |
| 1-3 รายการ               | 21         | 70.00  |
| 4-6 รายการ               | 9          | 30.00  |
| ผู้ดูแล                  |            |        |
| ตนเอง                    | 13         | 43.33  |
| คนในครอบครัว             | 17         | 56.67  |

2. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ต่ำ ปานกลาง สูง คิดเป็นร้อยละ 13.33, 16.67 และ 70.00 ตามลำดับ หลังการทดลอง มีระดับความรู้ ต่ำ ปานกลาง สูง คิดเป็นร้อยละ 0.00, 16.67 และ 83.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พบว่าค่ามัธยฐานและเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-75 ( $P_{25} - P_{75}$ ) ก่อนการทดลองเท่ากับ 12.50 (11.00-13.00) คะแนน หลังการทดลองเท่ากับ 13.50 (12.00-15.00) คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

| ความรู้                   | ก่อนทดลอง |        | หลังทดลอง |        |
|---------------------------|-----------|--------|-----------|--------|
|                           | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ |
| ระดับสูง (คะแนน 12-15)    | 21        | 70.00  | 25        | 83.33  |
| ระดับปานกลาง (คะแนน 9-11) | 5         | 16.67  | 5         | 16.67  |
| ระดับต่ำ (คะแนน 0-8)      | 4         | 13.33  | 0         | 0.00   |

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

| ความรู้   | n  | median | p-value |
|-----------|----|--------|---------|
| ก่อนทดลอง | 30 | 12.50  | <0.001* |
| หลังทดลอง | 30 | 13.50  |         |

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

3. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต 4.63 คะแนน หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต 5.46 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

| Lifestyle modification adherence | n  | mean | SD   | t     | Mean difference | 95%CI |       | p-value |
|----------------------------------|----|------|------|-------|-----------------|-------|-------|---------|
|                                  |    |      |      |       |                 | Lower | Upper |         |
| ก่อนทดลอง                        | 30 | 4.63 | 0.66 | 13.44 | 83              | 0.70  | 0.95  | <0.001* |
| หลังทดลอง                        | 30 | 5.46 | 0.65 |       |                 |       |       |         |

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p&lt;0.05)

4. ข้อมูลเปรียบเทียบสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับเพียงพอ (21คะแนน ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 93.33 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังการทดลอง พบว่าสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาระดับเพียงพอหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

| ความร่วมมือการใช้ยา           | ก่อนทดลอง |        | หลังทดลอง |        | P-value |
|-------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|---------|
|                               | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ |         |
| ระดับเพียงพอ (21คะแนน ขึ้นไป) | 20        | 66.67  | 28        | 93.33  | 0.039*  |
| ระดับไม่เพียงพอ (< 21 คะแนน)  | 10        | 33.33  | 2         | 6.67   |         |

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ McNemar test

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p&lt;0.05)

5. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พบว่าก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก 144.47 และ 130.47 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เช่นเดียวกับระดับความดันไดแอสโตลิก พบว่าก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก 78.23 และ 71.07 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

| ตัวแปร       | n  | mean   | SD    | t    | Mean difference | 95%CI |       | p-value |
|--------------|----|--------|-------|------|-----------------|-------|-------|---------|
|              |    |        |       |      |                 | Lower | Upper |         |
| Systolic BP  |    |        |       |      |                 |       |       |         |
| ก่อนทดลอง    | 30 | 144.47 | 8.60  | 5.36 | 14.00           | 8.66  | 19.33 | <0.001* |
| หลังทดลอง    | 30 | 130.47 | 10.55 |      |                 |       |       |         |
| Diastolic BP |    |        |       |      |                 |       |       |         |
| ก่อนทดลอง    | 30 | 78.23  | 8.42  | 4.56 | 7.16            | 3.95  | 10.37 | <0.001* |
| หลังทดลอง    | 30 | 71.07  | 8.85  |      |                 |       |       |         |

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p&lt;0.05)

6. ข้อมูลเปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ตามเป้าหมาย พบว่าหลังการทดลอง จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากควบคุมไม่ได้ 30 คน เป็นควบคุมได้ 20 คน (ร้อยละ 66.67) โดย เป้าหมาย  $< 130/80$  mmHg ควบคุมได้เพิ่มเป็น 14 คน และเป้าหมาย  $< 140/90$  mmHg ควบคุมได้เพิ่มเป็น 6 คน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ จำแนกตามเป้าหมายความดันโลหิต ( $n=30$ )

| ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย<br>(mmHg) | ก่อนทดลอง |        | หลังทดลอง |        | P-value     |
|-------------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-------------|
|                                     | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ |             |
| $< 130/80$ <sup>1</sup>             |           |        |           |        |             |
| ควบคุมได้                           | 0         | 0      | 14        | 60.87  | $< 0.001^*$ |
| ควบคุมไม่ได้                        | 23        | 100.00 | 9         | 39.13  |             |
| $< 140/90$ <sup>2</sup>             |           |        |           |        |             |
| ควบคุมได้                           | 0         | 0      | 6         | 85.71  | 0.031*      |
| ควบคุมไม่ได้                        | 7         | 100.00 | 1         | 14.29  |             |

1. ผู้ป่วยทั่วไปอายุไม่เกิน 65 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ผู้ป่วยสูงอายุ 65-79 ปี ไม่มีโรคแทรกซ้อนในข้อ 1

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ McNemar test

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อธิบายได้ว่าเกิดจากการที่เภสัชกรมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เพิ่มเติมจากการให้บริการในเวลาราชการ ซึ่งการให้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังแบบปกติมีข้อจำกัดที่เวลาในการให้บริการและปริมาณผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาอธิบายน้อย จึงอาจตอบข้อซักถามหรือสงสัยของผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ประกอบกับเภสัชกรใช้สื่อหรือเอกสารส่งเสริมความรู้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง มีเอกสารคู่มือสำหรับไปทบทวนที่บ้านโดยพิมพ์ตัวอักษรขนาดใหญ่กว่าปกติ แนะนำสื่อวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วยศึกษาเพิ่มเติม สำหรับแบบประเมินความรู้ ผู้วิจัยได้ปรับตัวเลือกในแบบประเมินโดยเพิ่มช่องไม่รู้ เพื่อเป็นตัวเลือกให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับทราบข้อมูลในประเด็นนี้มาก่อน เป็นการลดการคาดเดาการตอบคำถามที่ผู้ป่วยไม่ทราบ แต่อาจมีผลในการแปลผลคะแนนความรู้ได้

2. ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อธิบายได้ว่าเกิดจากผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตด้านการรับประทานอาหารได้มากที่สุด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้มีหน้าที่ดูแลการทำอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน โดยใช้เทคนิคอาหารจานสุขภาพ 2:1:1 ตามที่เภสัชกรแนะนำ รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้ตัดสินใจเลือกกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตด้วยตัวเองตามความสนใจและความถนัด เภสัชกรช่วยเสริมแรงใจและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ แสดงความชื่นชมในผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้เหมาะสม

กับโรคได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ กิตติพล อยู่คง<sup>16</sup> ที่พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ร่วมกับการแพทย์ทางไกลส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

3. ความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการทดลอง พบว่าสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาระดับเพียงพอ(คะแนนตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป) หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อธิบายได้ว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ประโยชน์ของยา ที่นอกเหนือจากควบคุมความดันโลหิตแล้ว ยังสามารถชะลอความเสี่ยงของไต ลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ และการให้ความรู้ยังแก้ไขความเชื่อที่ผิดของผู้ป่วยที่เคยเชื่อว่าการรับประทานยามากทำให้ ไตเสื่อมได้ นอกจากนี้ยังได้รับการโทรศัพท์กำกับติดตามการรับประทานยาจากเภสัชกรที่โทรติดตามการใช้ยา และมาตามนัดอีกด้วย สอดคล้องกับการวิจัยของ สุภาพร สุปินธรรม<sup>12</sup> ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาทำให้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

4. ระดับความดันโลหิต เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และเมื่อ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อธิบายได้ว่าการให้ความรู้และ คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมชีวิตเพิ่มขึ้น และมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งมาจากการมีความรู้และความตระหนักในการ ตั้งเป้าหมายระดับความดันโลหิตที่ชัดเจนร่วมกับทีมสหวิชา ชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดัน โลหิตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของสุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทาดี<sup>19</sup> ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถควบคุมความดัน โลหิตได้ตามเป้าหมาย ซึ่งส่วนหนึ่งพบว่ามิโรคเบาหวาน การดื่มสุรา มีประวัติทานยาชุด ยาลูกกลอน ร่วมด้วย

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือการบรรเทาความเสียหายที่จะเกิดขึ้นแก่ อวัยวะสำคัญของร่างกาย (hypertension-mediated organ damage; HMOD) และป้องกันภาวะหลอดเลือด แฉกแข็ง (atherosclerosis) ที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคของหลอดเลือดสมองชนิด ต่างๆ การป้องกันโรคในองค์กรรวมจะต้องทำการควบคุมความดันโลหิตพร้อมกันไปกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อื่นๆ<sup>5</sup> การลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละรายสามารถลดความเสี่ยง ของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย หัวใจล้มเหลว รวมถึงภาวะไตวายได้<sup>4</sup>

5. การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการศึกษา คือเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค่อนข้างน้อย (30 คน) และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ อาจส่งผลต่อการแปลผลการศึกษา และผลลัพธ์ด้านต่างๆได้ อีกทั้งมีระยะเวลาในการศึกษาสั้น โดยการศึกษาที่มีการติดตามประเมินความรู้ ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิต ในระยะเวลาเพียง 12 สัปดาห์

## บทสรุป

การให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีประโยชน์ต่อการส่งเสริม ความร่วมมือในการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้มากขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในสถานบริการปฐมภูมิ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้ ความร่วมมือในการรักษา และระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้ป่วย และควรมีการขยายการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
2. ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมและเผยแพร่ไปยังคลินิกในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ โดยปรับกิจกรรมให้ความรู้ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน และบริบทของแต่ละพื้นที่

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำผลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) มาประกอบการประเมินผลรักษา เพื่อกำหนดค่าความดันโลหิตเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
2. ควรมีการขยายอายุกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 80 ปี เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรได้ดียิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหว่าน แพทย์ พยาบาล ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง และบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สละเวลาให้ข้อมูลและเข้าร่วมโครงการ ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva. World Health Organization. 2023.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์. 2564.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Annual Report 2023 :รายงานประจำปี 2566. อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์. 2566.
4. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol. 2020;16(4):223-237.
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567. กรุงเทพฯ: ทริคอิงค์. 2567.
6. ญัฐดนัย สดคมขำ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2565;2(2):25-36.
7. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current situation of Medication adherence in hypertension. Front Pharmacol. 2017;(8):1-8.
8. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to antihypertensive therapy. Med Clin North Am. 2017;101(1):229-45.

9. อีราพร สุภาพันธุ์, จุฬาทิพ อมรเพชรสถาพร, ณัฐชา จันทศิริ, ณัฐพล ขำอิง, พิพัฒน์ จันทะพิมพ์, ภาณุพงศ์ ชมพูพิน และคณะ. การทบทวนวรรณกรรม: การวัดผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในประเทศไทย. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2564;17(4):1-29.
10. กฤษฎี วัฒนธรรม, อีรพล ทิพย์พยอม และอัลจนา เพ็ญจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2564;17(3):1-15.
11. ศิริพร พรหมรัตน์, พนิดา คำพล และณัฐธิดา คำพล. ผลของโปรแกรมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารไทยโภชนาการ. 2565;17(1):31-41.
12. สุภาพร สุปิ่นธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(1):51-64.
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหวาน. สถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. 2567.
14. Polit DF, Hungler BP. Nursing Research Principles and Methods. 4<sup>th</sup>, editor. Philadelphia: J. B Lippincott; 1991.
15. สมรัตน์ ขำมาก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(3):153-169.
16. กิตติพล อยู่คง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
17. รวมพร สมประสงค์ และวรรณุช แสงเจริญ. การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับยาต้านมะเร็ง: การทดสอบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2567;16(1):273-282.
18. เทอดศักดิ์ เดชคง. แนวปฏิบัติการสนทนาร่วมใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิง. 2565.
19. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อังวัฒนา และเดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสาร. 2563;47(2):85-97.