บทความวิจัย

Effect of Self–Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Older Adults with Uncontrolled Hypertension

Received: Feb 2, 2026
Revised: Aug 25, 2026
Accepted: Aug 26, 2026

Thanyanan Akrapalat, M.S.[1*]
Kanyarat Kiatmetha, M.N.S.[2]

Abstract

Introduction: Uncontrolled hypertension in older adults is a significant risk factor for cardiovascular disease. Effective management of hypertension is therefore of paramount importance.

Research objectives: To evaluate the effects of a self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension.

Research methodology: This quasi-experimental study employed a two-group, pretest-posttest design. Fifty-six older adults with uncontrolled hypertension were equally assigned into an experimental group and a control group. Research instruments included: 1) screening tools: the MMSE-Thai 2002 and a stress assessment form; 2) data collection tools: an interview form assessing demographic data, medication adherence, dietary control and exercise behaviors; 3) the experimental intervention, which was a 12-week self-efficacy enhancement program. Data were analyzed using descriptive statistics, paired-sample t-tests, and independent-sample t-tests.

Results: Following the intervention, the experimental group demonstrated a statistically significant decrease in mean blood pressure compared to the control group ($p < .001$). However, there was no statistically significant difference between the two groups regarding self-efficacy towards health behaviors-specifically dietary intake, medication adherence, and physical activity-after the intervention ($p > .05$).

Conclusions: This program was unable to improve health behaviors. However, it was effective in reducing blood pressure levels among older adults with uncontrolled hypertension.

Implications: Although no significant differences were observed in health behavior modifications, this program can serve as a guideline for reducing blood pressure levels in older adults with uncontrolled hypertension.

Keywords: older adults, hypertension, self-efficacy, health behaviors

[1]Corresponding author: Lecturer, Email: usawonganan@gmail.com*

[2]Lecturer, Email: kanyarat2013lek@gmail.com

[1-2]Faculty of Nursing, Western University, Watcharapol Campus, Bangkok, Thailand.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

Received: Feb 2, 2026
Revised: Aug 25, 2026
Accepted: Aug 26, 2026

ธัญญานันท์ อัครพลัฏฐ์ วท.ม.[1*]
กันยารัตน์ เกียรติเมธา พย.ม.[2]

บทคัดย่อ

บทนำ: ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดการความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิผลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 56 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน เครื่องมือวิจัย คือ 1) เครื่องมือคัดกรอง คือ MMSE-Thai 2002 และแบบประเมินความเครียด 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ยา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย 3) เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired-sample t-tests และ Independent-sample t-tests

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่พบว่า การรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p >.05$)

สรุปผล: โปรแกรมฯ นี้ไม่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ข้อเสนอแนะ: แม้การศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่สามารถใช้เป็นแนวทางในการลดระดับความดันโลหิตสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ

[1*]*Corresponding author อาจารย์ Email: usawonganan@gmail.com*

[2]*อาจารย์ Email: kanyarat2013lek@gmail.com*

[1-2]*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล กรุงเทพฯ ประเทศไทย*

บทนำ

การจัดการความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่คาดการณ์ไว้ว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นสองเท่าจาก 800 ล้านคนในปี 2558 เป็น 1.6 พันล้านคนภายในปี 2593 และความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับหลอดเลือดสมอง ความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุ การจัดการความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิผลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มนี้[1] จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน[2]

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้น ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าว[3] จึงมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยแนวทาง การรักษาที่สำคัญ คือการให้ยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura[4] เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นปัจจัยนำที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ เกิดจากอิทธิพล หลัก 4 ประการ คือ ประสบการณ์ของความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ การได้รับการโน้มน้าวชักจูง และสภาวะทางกายและอารมณ์ การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้[5] โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง เมื่อเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดี ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การขยายตัวของความเป็นเมืองในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารโซเดียมและไขมันสูง พฤติกรรมการนั่งนานขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย มีวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดกลุ่มโรคร่วมเมตาบอลิกและโรคความดันโลหิตสูงตามมา[6] ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2564 - 2566 เขตจังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่รับการรักษาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับหนึ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูง[7] ประชากรในความดูแลของ รพ.สต.บึงคำพร้อยหมู่ที่ 13 เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1,623 คน และมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 811 คน โดยร้อยละ 63.44 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยค่า BP ≥ 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ตามเกณฑ์คลินิกของหน่วยบริการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการละเลยการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่กระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และงบประมาณภาครัฐ[9] โดยเฉพาะในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก[7] อย่างไรก็ตาม การศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดปทุมธานียังมีจำกัด และยังขาดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้

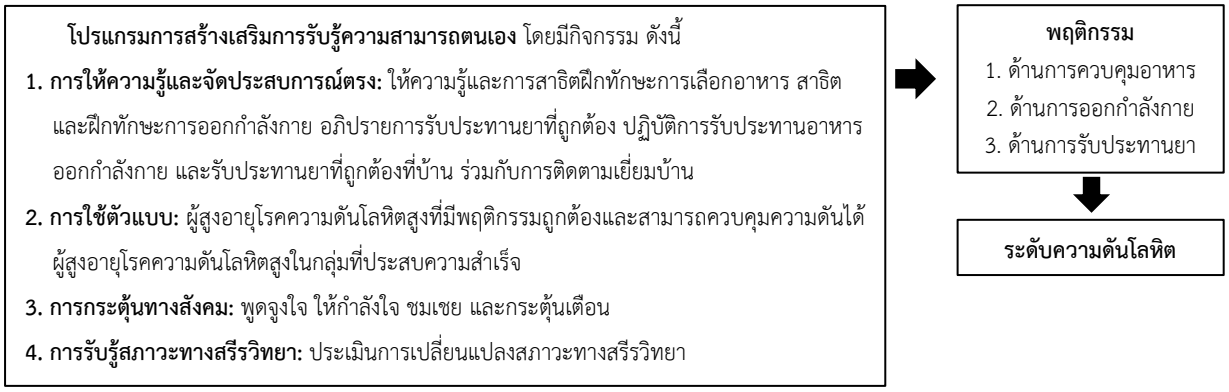
ความสามารถตนเองอย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตนด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการพบแพทย์อย่างถูกต้อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระของระบบบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Bandura (1998)[4] มีรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimentalresearch design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี โดยผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีลักษณะบริบทใกล้เคียงกัน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย บริบทพื้นที่ และระบบการให้บริการ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากปัจจัยแทรกซ้อน การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีขั้นตอน ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 แห่ง ในตำบลลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90- 180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต 4) ได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้ 5) ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ

คัดกรองโดยใช้เครื่องมือ MMSE-Thai 2002[10] ต้องมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ 6) สามารถจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันได้ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ต้องมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-17 คะแนน

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2[11-12] อ้างอิงจากงานวิจัยของ ยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี[13] ได้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ไม่เกิน .80 จึงกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน รวมเป็น 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เป็น จึงได้เป็นกลุ่มละ 28 ราย จึงได้จำนวน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 56 ราย

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงหรือแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาและเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย คือ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[10] จำนวน 11 ข้อ โดยกำหนดว่าต้องได้คะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด[14] จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดว่าต้องได้คะแนน 6 - 17 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี[13] มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 6 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งหมด 14 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ระยะที่ 1: การประเมินและให้ความรู้): จัดกิจกรรม ณ รพ.สต. โดยเริ่มต้นด้วยการประเมินก่อนการทดลอง ได้แก่ การวัดความดันโลหิต (BP) การตอบแบบประเมินการใช้ยา และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมคุมอาหารและออกกำลังกาย จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการให้ความรู้ผ่านการบรรยายพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา การใช้ยา และการปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งฝึกทักษะการดูแลตนเอง ได้แก่ การวัดและบันทึก BP ตอนเช้าก่อนรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง ร่วมกับการบันทึกอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ มีกิจกรรมตอบข้อซักถามรายบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ “ต้นแบบ” ที่ควบคุม BP ได้สำเร็จ และการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย โดยแจกสื่อคู่มือความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงฯ และสมุดบันทึกสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10 (ระยะที่ 2: การฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน): ผู้ป่วยปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การวัดและบันทึก BP ตอนเช้าก่อนรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง พร้อมบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 3 (ระยะที่ 3: การติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1): โทรศัพท์ติดตามผล (ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที) เพื่อสอบถามการปฏิบัติทักษะในสัปดาห์ที่ผ่านมา สอบถามปัญหาอุปสรรค แนะนำแนวทางแก้ไข และให้กำลังใจในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 7: เยี่ยมบ้านโดยนักวิจัย (ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที) เพื่อติดตามการปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองในบริบทจริงของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพฯ ผลประเมินพบว่า มีความเหมาะสม สอดคล้อง และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มศึกษา 20 ราย พบว่าผู้เข้าร่วมเข้าใจเนื้อหา มีส่วนร่วมดี ระยะเวลาเหมาะสม ไม่พบปัญหาในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2568-0032 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568-0032 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ มีการปกปิดข้อมูล รักษาความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึง รพ.สต.บึงคำพร้อย (หมู่ที่ 13) และ รพ.สต.ลาดสวาย 2 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

3. ดำเนินการวิจัยและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวม 12 สัปดาห์ ดังนี้ 1) ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบทดสอบความรู้ฯ ในกลุ่มตัวอย่าง 2) ระยะดำเนินการ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ระยะหลังการทดลอง (Post-test) ประเมินแบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และตรวจวัดระดับความดันโลหิต

สำหรับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วย ณ รพ.สต. เพื่อประเมินก่อนการทดลอง และประเมินหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยรับฟังการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองตามแนวทางปกติจากพยาบาลประจำ รพ.สต.

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยใช้ Paired sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Independent sample t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองจำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 อายุระหว่าง 60 - 71 ปี ร้อยละ 78.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.54 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.90 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 75 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 50 จำนวนปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 8 ปี ร้อยละ 50 น้ำหนักตัว เฉลี่ย 58 - 65 kg คิดเป็นร้อยละ 35.50 ส่วนสูงเฉลี่ย 151 - 160 cm คิดเป็นร้อยละ 50 ดัชนีมวลกาย 23 - 27 คิดเป็นร้อยละ 39.30 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic 151 - 160 mmHg คิดเป็นร้อยละ 53.50 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic 84 - 100 mmHg

กลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน เพศหญิง ร้อยละ 57.10 อายุ 60 - 83 ปี ร้อยละ 66 อายุเฉลี่ย 64.21 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 39.30 อาชีพงานบ้านและรับจ้าง ร้อยละ 64.20 จำนวนปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 11 ปี ร้อยละ 53.60 น้ำหนักตัว เฉลี่ย 58 - 65 kg คิดเป็นร้อยละ 35.70 ส่วนสูงเฉลี่ย 151 - 160 cm คิดเป็นร้อยละ 57.10 ดัชนีมวลกาย 23.01 – 27 คิดเป็นร้อยละ 50 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic 140 – 150 mmHg คิดเป็นร้อยละ 46.40 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic 84 – 100 mmHg คิดเป็นร้อยละ 96.40

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สำหรับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 28)

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา	2.50	1.37	2.93	.60	-1.652	27	.110
ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	28.64	6.34	31.18	3.61	-2.352	27	.026
ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย	12.21	5.22	10.11	4.12	1.79	27	.084
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic	155.17	6.20	128.46	8.35	14.77	27	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic	100.32	3.70	76.35	5.46	20.86	27	.000*

*p < 001

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สำหรับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	10.11	5.21	11.50	4.97	-1.024	54	.310
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	31.18	3.61	32.00	2.01	-1.05	42.37	.299
พฤติกรรมการรับประทานยา	2.93	.60	3.04	.74	-.59	54	.557
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic	128.46	8.35	155.07	7.68	-12.40	54	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต diastolic	76.35	5.46	94.92	4.19	-14.26	54	.000*

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในแต่ละด้าน ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์และความรู้ทำให้ปฏิบัติตัวถูกต้อง ช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าร้อยละ 71 ใช้ยาควบคุมความดันโลหิตเพียง 1 ชนิด[15] เมื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดของ Bandura[4] การรับข้อมูลต่อเนื่องและประสบการณ์เดิมช่วยให้เกิด mastery experience และ verbal persuasion ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เนื่องจากมีดัชนีมวลกายและภาวะไขมันในเลือดสูงใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 6 ใน 10 ข้อ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า อายุและการได้รับข้อมูลคำแนะนำจากแพทย์เมื่อไปตรวจตามนัด ทำให้มีประสบการณ์ในการเลือกอาหารและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิต พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมาระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ได้รับการถ่ายทอดข้อมูลคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่องจะเกิดประสบการณ์ในการดูแลตนเองทั้งการเลือกอาหาร[16]

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการออกกำลังกายเป็นประจำอยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อเนื่อง ใน 1 สัปดาห์ มีโอกาสที่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่ได้ปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมนั่งนิ่ง[17]

ระดับความดันโลหิต พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า แม้พฤติกรรมการรับประทานยาและการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มจะไม่ต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายข้อพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura[4] โปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมแรงใจจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการคุมอาหาร ใช้ยา และจัดการความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมในการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด พบว่า ค่าความดันโลหิตโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงทันทีหลังการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[18]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร โดยกิจกรรมการกำกับตนเองและสะท้อนคิด จัดทำ "สมุดบันทึกอาหารพื้นบ้านลดโซเดียมสำหรับผู้สูงอายุ" โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบันทึกปริมาณการเติมเครื่องปรุงรส และความถี่ในการรับประทานในแต่ละวัน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในพฤติกรรมของตนเอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาควรมีการติดตามผลระยะยาวโดยเพิ่มระยะเวลาติดตามผลเป็น 6 และ 12 เดือน โดยใช้ระบบ mHealth ร่วมกับการติดตามของ อสม. เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและการควบคุมความดันโลหิต

References

1. Brent M. Egan. Holly J. Mattix-Kramer. Jan N. Basile. Susan E. Sutherland. Managing hypertension in older adults. Current Hypertension Reports [Internet]. 2024;26(4):157–67. doi: 10.1007/s11906-023-01289-7
2. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Mortality numbers and rates of the five major noncommunicable diseases, 2018–2022 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jun 12]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/. (in Thai)
3. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health literacy promotion tools in health service settings [Internet]. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2024 [cited 2024 Mar 12]. Available from: https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/ (in Thai)
4. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1998.
5. Supasri S, Wungrath J, Boonchieng W. Effects of a health promotion program on perceived self-efficacy and outcome expectations on self-care among elderly with hypertension, Chiang Rai Province, Thailand. Journal of Public Health 2021;51(1):33–42. (in Thai)
6. Singsalasang A, Laohasiriwong W, Puttanapong N, Phajan T, Boonyaleephan S. Socioeconomic disparities in income, education and geographic location for hypertension among Thai adults: Results from the National Socioeconomic Survey. F1000Research 2017;6:1836. doi: 10.12688/f1000research.12709.1.
7. Pathum Thani Provincial Public Health Office. Outpatient summary data of Bueng Kham Phroi Subdistrict Health Promoting Hospital, Moo 13, Bueng Kham Phroi Subdistrict, Lam Luk Ka District, Pathum Thani Province [Internet]. Pathum Thani: Provincial Public Health Office; 2024 [cited 2024 Mar 12]. (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Annual performance report for fiscal year 2023: Health Region 4 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Mar 12]. Available from: https://rh4.moph.go.th/upload_file_section_r4/j11vNzxORx8YtJMDPvp7x9ej0r671e.pdf. (in Thai)
9. Sriklo M, Sermsinsiri K,. Effects of a health literacy program on self-management behaviors of patients with uncontrolled type 2 diabetes in Thailand: A quasi-experimental study. Belitung nursing journa 2026;12(1):97-105 doi: 10.33546/bnj.4156.
10. The Committee prepared the preliminary brain test-Thai version, 1999. Mini Mental Examination Thai-2002, MMSE-2002. Bangkok: Institute of geriatric medicine, department of medical services, Ministry of public health, Thailand; 2002. (in Thai)
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175–91. doi: 10.3758/bf03193146.
12. Jirawatkul A. Sample size adjusted for non-adherence. Journal of Health Science of Thailand 2011;20(1), 1–2. Available from: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/10087/8920 (in Thai)
13. Nakkling, Y., & Tadsri, P. Effect of self–efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand, 2017;6(1):27-35. (in Thai)

14. Division of Mental Health Promotion and Development. Self-stress assessment and analysis (ST-20) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2024 Jun 12]. Available from: https://dmhpd.dmh.go.th (in Thai)
15. Opasanant P, Sukwong P. Formation and implementation of public health policy toward salt reduction in food consumption. Journal of Primary Care & Community Health 2023;14:1-8. doi: 10.1177/21501319231180164
16. Intaranongpai S, Sirithanawutichai T, Namtatsanee S. Influences of health literacy, perceived self-efficacy, and patient–health care team provider communication on self-care behaviors among patients with hypertension. Journal of Nursing and Health Science Research 2023;15(1):1-14. (in Thai)
17. Nunyapruk C, Therawiwat M, Kaeodumkoeng K, Tmamee N. Factors related to blood pressure control behaviors among hypertensive patients in Ranod Hospital, Songkhla Province. Journal of Health Education 2019;42(1):190–203. (in Thai)
18. Tomduangkaew P, Opasanant P, Hinmal K. Factors affecting blood pressure level control in patients with hypertension. Journal of Nursing and Public Health Reaserch 2024;4(2):2–20. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr (in Thai)