



ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน*

สุภาพร มาลีวรรณ พย.ม.**

สมเสาวนุช จมูศรี PhD***

อภิญญา วงศ์พิริยโยธา PhD***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา 2 กลุ่มโดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ที่มีมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี ตำบลเมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน 2558 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต ดีวกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน ความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว ค่าความดันโลหิต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**นักศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Effects of Home Visit Program on Health Beliefs, Behaviors and Blood Pressure among Patients with Hypertension in Community*

Supaporn Maleewan M.N.S.**

Somsaowanuch Chamusri Ph.D.***

Apinya wongpiriyayothar Ph.D.***

Abstract

This quasi – experimental research (with two groups pretest and posttest) was conducted to assess the effects of home visit program on health beliefs, behaviors and blood pressure among patients with hypertension in community. Participants were 46 patients with uncontrolled hypertension who attended H.R.H. the Princess Mother's Centenary Celebration Hospital in Nakhonratchasima province. They were recruited using purposive sampling and using a matched pair for assignment into control group and an experimental group. The experimental group received a home visit program while the control group received routine nursing care. Data collection was conducted twice, before and immediately after the intervention using demographic data questionnaire, health belief questionnaire, behaviors questionnaire, and blood pressure measurements. The study was conducted between August – November 2015. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t – test and Independent t- test .The results revealed that after receiving the home visit program the experimental group showed significant improvement in terms of health belief, behaviors and blood pressure compared to the time before enrolling in the program and better than the control group.

Keywords : home visit program, health beliefs, behaviors, blood pressure, patients with hypertension.

*Thesis of Master of Nursing Science Program, Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing Mahasarakham University.

**Student in Master of Nursing Science Program, Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing Mahasarakham University

***Asst. Prof., Faculty of Nursing Mahasarakham University



บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 ใน 3 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1,560 ล้านคน¹ และในปัจจุบันสมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก พบว่ามีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงแล้วถึงจำนวน 1,800 ล้านคน² สำหรับประเทศไทย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสถิติ อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากปีพ.ศ.2554 - 2556 คือ 1,433.61; 1,570.63; 1,621.72 ตามลำดับและพบว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรคนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยในระยะยาวอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้เสียชีวิตหรือพิการ ซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากความดันโลหิตสูง¹

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็ม ขาดการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่ควบคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์³ จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง จากปี พ.ศ. 2554 - 2556 คือ 1,366.06; 1,590.25; 1704.75 ตามลำดับ⁴ ซึ่งในปีพ.ศ. 2555 - 2556 พบอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าสถิติของประเทศไทย และพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงตำบลเมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2554 - 2556 มีจำนวน 182; 213; 269 คน ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 85; 106 ; 131 คน คิดเป็นร้อยละ 47; 50; 49 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือต้องควบคุมความดันโลหิตให้ได้ร้อยละ 60⁴

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดัน

โลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การจัดการความเครียด การตรวจตามนัด⁵ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง^{6,7} รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁸ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง(Perceived susceptibility) เช่น อัมพาต โรคหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Perceived severity) ก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว (Perceived benefits) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้นจะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้นๆ เกิดผลดี มีประโยชน์เหมาะสมสำหรับตนเอง รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Perceived barriers) โดยจะหลีกเลี่ยงต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยร่วมจะชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม⁸

การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีที่สามารถผสมผสานกับการให้บริการสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอยู่แล้วและสามารถทำได้ในสถานการณ์จริง เป็นการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก ครอบคลุม งานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู คนปกติ กลุ่มเสี่ยง และเจ็บป่วย ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพัฒนา การดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี⁹ จากผลการวิจัยที่ผ่านมา¹⁰⁻¹³ การเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องในบริบทของผู้ป่วย สามารถให้ความรู้และคำแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง รวมถึงครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ ซึ่งมีการประเมินผลลัพธ์ที่ครอบคลุมทั้งการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับความดันโลหิต ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง มี



ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ตามงานวิจัยของ ณีภูจิรา ปราสาทแก้ว¹³ ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพดีขึ้นและมีระดับความดันซิสโตลิกลดลง ผู้วิจัย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการ พัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยให้ความรู้ อภิปราย ปัญหา ร่วมหาแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม การยก สถานการณ์จำลองของกรณีศึกษา สาธิตการออกกำลังกาย การเลือกอาหาร เสริมสร้างแรงจูงใจ มอบสมุดพกให้บันทึก การปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวและควบคุมความดันโลหิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงใน ภาพประกอบที่ 1

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพตามระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

กิจกรรม: ให้ความรู้ อภิปรายปัญหา ร่วมหาแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวที่ต้อง การยกสถานการณ์จำลองของกรณีศึกษา สาธิตการออกกำลังกาย การเลือกอาหาร เสริมสร้างแรงจูงใจ
2. กระตุ้นชักนำให้เกิดการปฏิบัติ
 - 2.1 แผ่นพับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว
 - 2.2 สมุดพกบันทึกการปฏิบัติตัว
 - 2.3 โทรศัพท์ ทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยลดยาลดความดันโลหิตให้กำลังใจ (3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์)

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตัว
 - การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว
2. การปฏิบัติตัว
 - การรับประทานอาหาร
 - การควบคุมน้ำหนัก
 - การออกกำลังกาย
 - การผ่อนคลายความเครียด
 - การลดบุหรี่
 - การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
3. ค่าความดันโลหิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษา 2 กลุ่มโดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ รับประทานที่คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี ตำบลเมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การจับคู่ เพื่อให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกัน มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี การศึกษาระดับเดียวกัน มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกแตกต่างกันไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกแตกต่างกันไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท จับฉลากสุ่มอย่างง่าย คำนวณจากตารางค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน¹⁴โดยคำนวณ Effect size (d) ในเรื่องพฤติกรรมของจุฑารัตน์ ภาตะนันท์¹¹ และ

ค่าความดันโลหิตของณีภูจิรา ปราสาทแก้ว¹³ได้ค่า effect size 1.36¹⁵ ผู้วิจัยจึงเปิดตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่าง¹⁶ ที่ค่า effect size = 1.4 และอำนาจทดสอบทางสถิติ (Power analysis) 0.99 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน และได้เพิ่มอัตราการเกิดผลลัพธ์ไม่ครบถ้วนตามความคาดหวัง (Response rate) ร้อยละ 15¹⁷ ได้กลุ่มละ 23 คน รวมกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ที่ร่วมหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือครอบครัว ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความดันโลหิตที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 ปฏิบัติตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้านมอบ “สมุดพกเตือนใจ” ให้บันทึกการปฏิบัติตัวทุกวัน และกระตุ้น



ติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3, 5, 7 เป็นรายบุคคลและประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ระดับสูงหมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด แบบสอบถามการปฏิบัติตัว ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ ระดับสูงหมายถึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเครื่องวัดความดันโลหิต

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนมีค่า CVI เท่ากับ 0.92 การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่คลินิกความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลลำตะเพินชัย จังหวัดนครราชสีมา มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค¹⁸ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และผ่านการเห็นชอบการเก็บข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี ในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างโดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการดูแล และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมในการทำวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอและนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขออนุญาตโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลงนามยินยอมในการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และวัดความดันโลหิต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งนัดมาไม่ตรงกัน

3. ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 1 ตามแผนที่กำหนดไว้ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้าน 1ชม. 30 นาที นัดหมายวันเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 เพื่อทบทวนปัญหา และประเมินการปฏิบัติตัว ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จากนั้น ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ตามงานวิจัยของณัฐริธา ปราสาทแก้ว¹³ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลสุขภาพตามระบบปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวม การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t – test ในส่วนของการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวม การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t – test หลังจากทดสอบการแจกแจงข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติ Kolmogorov smirnov พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 46 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,256 บาท ส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ ระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 63 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,026 บาท ส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ ระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย 5 ปี ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 1)

1. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน



และหลังการทดลอง พบว่า

ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม¹³ ($\bar{X} = 116.87$, $SD = 13.79$) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($\bar{X} = 149.96$, $SD = 6.21$) กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($\bar{X} = 116.83$, $SD = 12.64$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($\bar{X} = 122.26$, $SD = 9.55$)

การปฏิบัติตัวกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ($\bar{X} = 23.17$, $SD = 2.23$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ($\bar{X} = 34.78$, $SD = 1.24$) กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ($\bar{X} = 22.09$, $SD = 2.68$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ($\bar{X} = 28.17$, $SD = 2.06$)

ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก¹³ กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ($\bar{X} = 146.26$, $SD = 11.91$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง ($\bar{X} = 126.39$, $SD = 8.88$) เป็นความดันโลหิตในระดับ Prehypertension กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ($\bar{X} = 147.87$, $SD = 11.89$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง ($\bar{X} = 145.61$, $SD = 8.42$) อยู่ในความดันโลหิตสูงระดับ 1

ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก¹³ กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($\bar{X} = 94.83$, $SD = 4.78$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 หลังการทดลองมี

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง ($\bar{X} = 82.87$, $SD = 5.04$) อยู่ในความดันโลหิตในระดับ Prehypertension กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($\bar{X} = 93.48$, $SD = 5.44$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($\bar{X} = 92.57$, $SD = 5.17$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 โดยค่าเฉลี่ยทั้งหมดที่กล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .05$) (ตารางที่ 2)

2. เปรียบเทียบ ความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 149.96$, $SD = 6.21$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 122.26$, $SD = 9.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .05$) ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 34.78$, $SD = 1.24$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 28.17$, $SD = 2.06$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .05$) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลองลดลง ($\bar{X} = 126.39$, $SD = 8.88$) อยู่ในระดับ Prehypertension ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 145.61$, $SD = 8.42$) อยู่ในความดันโลหิตสูงระดับ 1 และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลองลดลง ($\bar{X} = 82.87$, $SD = 5.04$) อยู่ในความดันโลหิตในระดับ Prehypertension ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 92.57$, $SD = 5.17$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 โดยค่าเฉลี่ยทั้งหมดที่กล่าว มามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	39.10	9	39.10
หญิง	14	60.90	14	60.90
อายุ				
40 – 49	1	4.30	2	8.70
50 – 59	7	30.50	6	26.10
60 – 69	8	34.80	8	34.80
70 – 79	6	26.10	7	30.40
80 – 89	1	4.30	0	0
$\bar{X} \pm SD$	64.61 \pm 9.83		63 \pm 8.65	



ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ				
โสด	0	0	1	4.30
คู่	20	87.00	17	74.00
หม้าย/หย่า/แยก	3	13.00	5	21.70
การศึกษา				
ประถมศึกษา	22	95.70	22	95.70
มัธยมศึกษา/ปวช.	1	4.30	1	4.30
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	21.70	2	8.70
เกษตรกร	17	74.00	20	87.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	4.30	0	0
ข้าราชการ	0	0	1	4.30
สิทธิการรักษา				
ข้าราชการ	1	4.30	4	17.40
บัตรประกันสุขภาพ	22	95.70	19	82.60
รายได้				
น้อยกว่า 5,000 บาท	16	69.60	18	78.30
5,001 – 10,000 บาท	2	8.70	4	17.40
มากกว่า 10,000 บาท	5	21.70	1	4.30
$\bar{X} \pm SD$	4256.52 \pm 3991.56		5.26 \pm 3.56	
ระยะเวลาที่รักษา				
0 – 5 ปี	17	74.00	16	69.60
6 – 10 ปี	5	21.70	6	26.10
11 – 15 ปี	1	4.30	1	4.30
$\bar{X} \pm SD$	4.48 \pm 3.13		5.26 \pm 3.56	
การมาตรวจตามนัด				
ทุกครั้ง	22	95.70	21	91.30
ไม่ทุกครั้ง	1	4.30	2	8.70
การสูบบุหรี่				
สูบบุหรี่	3	13.00	1	4.30
ไม่สูบบุหรี่	16	69.60	16	69.60
เคยสูบบุหรี่	4	17.40	6	26.10
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ดื่ม	5	21.70	6	26.10
ไม่ดื่ม	13	56.60	10	43.50
เคยดื่ม	5	41.70	7	30.40



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 23)						
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	116.87	13.79	149.96	6.21	- 12.61	.001*
การปฏิบัติตัว	23.17	2.23	34.78	1.20	- 19.83	.001*
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	146.26	11.91	126.39	8.88	7.33	.001*
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	94.83	4.78	82.87	5.04	10.07	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 23)						
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	116.83	12.64	122.26	9.55	- 2.58	.017*
การปฏิบัติตัว	22.09	2.68	28.17	2.06	-8.10	.001*
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	147.87	11.83	145.61	8.42	.755	.458
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	93.48	5.44	92.57	5.17	1.67	.110

* P <.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n = 23		กลุ่มควบคุม n = 23		t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	149.96	6.21	122.26	9.55	11.70	.001*
การปฏิบัติตัว	34.78	1.24	28.17	2.06	13.29	.001*
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	126.39	8.88	145.61	8.42	-7.53	.001*
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	82.87	5.04	92.57	5.17	6.44	.001*

* P <.05

การอภิปรายผล

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านของผู้วิจัยทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและค่าความดันโลหิตลดลง ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้าน อันประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการยกยอการยกยอการณัจาลองของกรณี

ศึกษา สาธิตการออกกำลังกาย การเลือกอาหาร อภิปรายผลเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงทำให้กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา หรือการชักจูงให้ปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น^{11,13}

2. การปฏิบัติตัว ผู้วิจัยมีการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพให้กับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวดีขึ้นทุกคน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย¹⁹ การผ่อนคลายความเครียด และ



การควบคุมน้ำหนัก ซึ่งผู้วิจัยจัดให้มีกิจกรรม การยกตัวอย่างของกรณีศึกษา การเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการสาธิตการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 1 ในงานวิจัยนี้มีการชักจูงให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต โดยมีการมอบสมุดพกเตือนใจให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติตัวทุกวัน เพื่อใช้ในการทบทวนการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย มีการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อค้นหาปัญหาและและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย^{13,20}

3. ค่าความดันโลหิต ในการวิจัยนี้มีการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นทุกคน ส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงจาก 146.26/94.83 มม.ปรอท ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 เป็น 126.39/82.87 มม.ปรอท ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนควบคุมความดันโลหิตได้

2. ควรติดตามผลของการเยี่ยมบ้านในระยะยาว และต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และกำลังใจอันยิ่งใหญ่ของคุณพ่อสงวน คุณแม่บุญสิ่ว มาลีวรรณ โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2558 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

References

1. World Health Organization. New data highlight increases in hypertension, Diabetes incidence.

[database on the internet]. 2012 [cited 2014 Dec 5]. A available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html.

2. World Hypertension League. World Hypertension Day 2014 – 17 May. [database on the internet]. 2014 [cited 2014 Dec 9]. A available from: http://ish-world.com/news/a/World_Hypertension_Day_2014_-_17_May.

3. Pannee T, wandee T, Sarintarat S. Medical Caring. Bangkok: NP place, Thailand; 2010.

4. H.R.H. the Princess Motrer's Centenary Celebration Hospital, Nakhonratchasima. Annual report 2014. Nakhonratchasima: H.R.H. the Princess Motrer's Centenary Celebration Hospital, Nakhonratchasima; 2014.

5. Rattana R. Health beliefs and disease control behaviors among persons with hypertension in primary care unit of Li Hospital Lamphun Province. [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2007.

6. Mayasin S. Health beliefs and self care of hypertension patients Tumbol Puyud Amphoe Muang Changwat Pattani. [Thesis]. Songkla; Prince of Songkla University; 2008.

7. Wanvisa R, Nisaporn W, Pattama S, Onusa S. Social support and health beliefs and self care behavior among essential hypertension patients receiving services at Promphiram Hospital, Phitsanulok Province: Journal of Nursing and Health Sciences 2012; 6(2): 76-88.

8. Becker M.H, Maiman L. A. The health belief modle : Original and correlates in psychological theory. In M. Becker (Ed). The health belief modle and personol Health Behavior 1975; 2: 9-26.

9. Bureau of Nursing, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Home word. Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand; 2013.

10. Rattree M. Effects of home visit on health behaviors of persons with hypertension at Umong Subdistrict,



- Lamphun Province. [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2007.
11. Chutarat P. Effects of a home-based care program on self care behaviors and blood pressure in uncontrolled hypertensive patients. [Thesis]. Bangkok: Huachiew Chlermprakiet University; 2010.
 12. Sasitorn N. Effects of systematic educative intervention based upon the health belief modle on self care behaviors essential hypertension patients and the caring behaviors of their families: 4 case study of one village in Khon Kaen. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008.
 13. Nattira P, Sangthong T, wantana M. The Effects of a home visit and telephone follow-up program on health beliefs and blood pressure in persons with uncontrolled hypertension: *Journal of Public Health* 2012; 42 (3): 1931.
 14. Cohen, J. Quantitative Medthods in Psychological Bulletin. (pp.155-159). America Psychological Association. [database on the internet]. 1992 [cited 2014 Dec 5]. A vailable from www.unt.edu/rss/class/mike_5030/articles/Cohen1992.pdf.
 15. Glass, G. V. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Rresearch* 1979; 10(5): 3-8.
 16. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral science*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 17. Punnee P, chayan P. *Texbook of Clinical Research*. Bangkok: Amarinprinting, Thailand; 2010.
 18. Boonjai S. *The methodology in nursing research*. Bangkok: You and I intermedia, Thailand; 2011.
 19. Nam – oy P, Varin B, Factor predicted blood pressure control in persons with hypertension in one community hospital: *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32 (1): 23-30.
 20. Suptawee H, Promjit H, Surachart S. The Effects of behavioral modification program on knowledge, behaviors and blood pressure level in prehypertension group Kaengkthro Hospital Chaiyaphum Province: *Journal of Nursing and Health Care* 2013; 31 (4): 97-104.