



ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม
สุขภาพและความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ในชุมชนเลือกสรร แขวงบุคคโล เขตธนบุรี

The Effects of Home Visit Based on Participation
Program on Health Behaviors and Blood Pressure
of Persons with Hypertension in Selected
Community in Bukhalo, Thonburi

วัชรพร เชยสุวรรณ* สุภรณ์ โพธิสา** ยูวดี วงษ์แสง**

Vacharaporn Choewisuan,* Suporanee Potisa,** Yuwadee Wongsang**

*,** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร

*,** Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

* Corresponding Author: kungvach@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเลือกสรร จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที่ผลการวิจัยภายหลังการเยี่ยมบ้าน พบว่า 1) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเลือกสรร น้อยกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน โรคความดันโลหิตสูง การมีส่วนร่วม

Received: July 8, 2020; Revised: October 1, 2020; Accepted: October 9, 2020

Abstract

The study was a quasi-experimental research that aimed to investigate the effects of home visit based on participation on health behaviors including knowledge, attitude and self-care behaviors for controlling hypertension. Purposive sampling was used to select thirty people who have been diagnosed with hypertension in selected community. The research instruments were home visit based on participation program and the health behaviors questionnaire. Data were analyzed using the descriptive statistics and Paired t-test. The results revealed that, after completing the program: 1) The mean scores of knowledge, attitude, and self-care behaviors for controlling hypertension were significantly higher than those before entering the program at .05 level. 2) The means of systolic and diastolic blood pressure were significantly lower than those before entering the program at .05 level.

Keywords: home visit, hypertension, participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนาและ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน¹ เช่นเดียวกับประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 22 เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557² นอกจากนี้ยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยร้อยละ 54 ของโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 47 ของโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดัน

โลหิตสูง ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการรับประทานอาหารเค็มและมัน³

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือภาวะที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวานหรือไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปกติ (น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท) ปกติค่อนข้างสูง (120 - 139/80 - 89 มิลลิเมตรปรอท) สูงระดับ 1 (140 - 159/90 - 99 มิลลิเมตรปรอท) และสูงระดับ 2 (\geq 160/100 มิลลิเมตรปรอท)⁴ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 แบบ คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย คือ ควรลดความดันโลหิตลงต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี



โรคเบาหวานหรือโรคไต ควรลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะเห็นว่าการรักษาทั้ง 2 วิธี มีความสำคัญเท่าๆ กัน และต้องทำควบคู่กัน⁵ ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงมาตามเกณฑ์ปฏิบัติได้⁴ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักนิยมแต่การใช้ยาลดความดันโลหิต โดยไม่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเท่าที่ควร⁶ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ให้บริการเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลในสถานบริการมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการไม่ชัดเจน ขาดการประสานงานในทีมและชุมชน ผู้นำชุมชนยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขาดการสนับสนุนในการจัดกิจกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและไม่ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค⁷

การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นกลวิธีหลักที่สำคัญประการหนึ่งในการควบคุมโรค ซึ่งกระทำได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนัก และเจตคติที่ดีในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ ซึ่งการเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ตามปกติจะกระทำอย่างน้อยปีละครั้งต่อ

ครอบครัวและเพิ่มจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านตามปัญหาสุขภาพ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกัน ตลอดจนให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁸ โดยในการเยี่ยมบ้านนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญ⁹ ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ร่วมกับพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน ถือเป็นบุคคลที่มีความคุ้นเคยใกล้ชิดกับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง การนำ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวนั้น เป็นไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพแบบการเสริมสร้างพลัง (Participation as empowerment) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในความหมายของวิธีการ (Means) ที่จะทำให้งานที่กำหนดไว้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และการมีส่วนร่วมร่วมในความหมายของเป้าประสงค์ (Ends) คือ การที่ประชาชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้มีทักษะ ความรู้ที่จำเป็นในการแก้ปัญหา จนเกิดการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน¹⁰ จากการศึกษาของ สุภัญญา ศักดิ์คำดวง⁷ พบว่า การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้นำชุมชนและผู้ดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่ในความรับผิดชอบดูแล ทำให้ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม มีการทำงานเป็นทีม และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ดังนั้นการที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนถือเป็นการทำงานเชิงรุก เพื่อการพัฒนา

ศักยภาพและแก้ปัญหาพร้อมกัน ส่งผลดีต่อสภาวะสุขภาพชุมชนและการพัฒนาที่ยั่งยืน¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและในชุมชน พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่รับบริการตามปกติที่โรงพยาบาล¹² และผลงานวิจัยของ ราตรี มณีขัติย์¹³ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านอย่างมีแบบแผนของพยาบาลสามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาวิจัยจะเห็นว่า การที่พยาบาลติดตามไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสนับสนุนให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพในครอบครัวและชุมชน ซึ่งสามารถพัฒนาไปเป็นแกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ฟื้นหายเร็ว การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับ ไพโรจน์ มะกล่ำคำ¹⁴ ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรค และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรค

และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นจากก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวินิจฉัยชุมชนของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน พบว่าในชุมชนเลือกสรร แขวงบุคคโล เขตธนบุรี มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.46 (91 คน) และเป็นโรคที่ประชาชนในชุมชนป่วยมากเป็นอันดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 30.56 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 27.89 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.31 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.15 และมีความเครียด ความวิตกกังวล ร้อยละ 4.78¹⁵ จากความสำคัญและสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเลือกสรร แขวงบุคคโล เขตธนบุรี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วม



2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน

2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านน้อยกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนเลือกสรร ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ในการวิจัยนี้แบ่งการแสดงออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

2. **ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

3. **เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

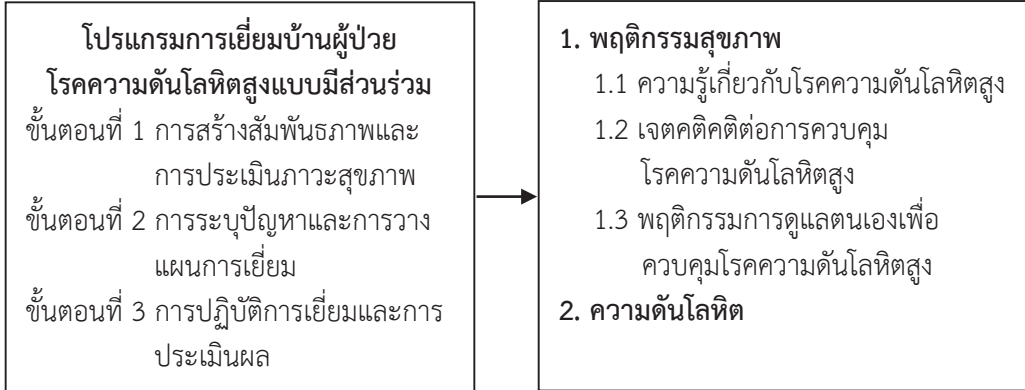
4. **พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพแบบการเสริมสร้างพลังขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในความหมายของวิธีการที่จะทำให้งานที่กำหนดไว้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และการมีส่วนร่วมในความหมายของเป้าประสงค์ คือ การที่ประชาชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้มีทักษะ ความรู้ที่จำเป็นในการแก้ปัญหา จนเกิดการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน¹⁰ มาบูรณาการกับกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก ครอบคลุมงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู คนปกติ กลุ่มเสี่ยง และเจ็บป่วย ทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี⁸ จากผลการวิจัยที่ผ่านมา การเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงอย่างต่อเนื่องในบริบทของผู้ป่วย สามารถให้ความรู้และคำแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัว การดูแลตนเองรวมถึงครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ได้ดีขึ้น¹²⁻¹⁴ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ถือเป็นกลวิธีหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน⁷ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้ประชากรแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรประกอบด้วย ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นวัยผู้ใหญ่ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเลือกสรร แขวงบुकโคล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2562 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามลักษณะที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้งรายเก่าและรายใหม่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเลือกสรร 2) ไม่มีโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคในการรับรู้ต่อการทำกิจกรรมในการเยี่ยมบ้าน เช่น โรคเกี่ยวกับสมอง โรคทางจิตเวช เป็นต้น 3) ช่วยเหลือ

ตนเองได้ 4) อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ และ 5) สมัยใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ รุนแรงเกิดขึ้นขณะเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้ (1) มีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (2) มีภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (3) มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ (4) มีโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke) และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis)¹⁶ สำหรับการทดสอบ Paired t-test กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง เท่ากับ 0.50¹⁷ สำหรับ



งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง¹⁸ ที่มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.84 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ แสดงถึงผลที่เกิดจากการทดลองสูง ดังนั้นการใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน ก็สามารถทำให้เกิดผลการทดลองในระดับสูงได้ งานวิจัยครั้งนี้จึงพิจารณาใช้ขนาดอิทธิพลปานกลาง (Medium effect size) คือ 0.5 จึงทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยอีก ร้อยละ 20 เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพ โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของแต่ละคน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจที่จะให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือผู้วิจัยได้ทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเยี่ยมบ้าน (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และนัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหาและการวางแผนการเยี่ยม โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพจากที่สัมภาษณ์ครั้งก่อน มาจัดทำแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการเยี่ยมและการประเมินผล โดยทีมเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งประกอบด้วย นักวิจัย 1 คน ผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน หลังจากพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านประมาณ 45 นาทีต่อครั้ง การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งมีรายละเอียด ดังนี้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในเรื่อง การควบคุมอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกายแบบแอโรบิก วิธีการเดิน การแกว่งแขนหรือปั่นจักรยาน วันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้เอกสารแผ่นพับประกอบการสอน พร้อมกับสาธิตการบริหารร่างกายเพื่ออบอุ่นร่างกายและเพื่อผ่อนคลายร่างกายหลังจากออกกำลังกาย และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับขณะที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้กำลังใจและให้คำชมเชยแก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายความรู้สึกขณะออกกำลังกาย หากปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยให้กำลังใจและสาธิตการออกกำลังกายซ้ำอีกครั้ง และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ผู้วิจัยได้กระตุ้นชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร และให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยใช้เอกสารแผ่นพับประกอบการสอน วัดความดันโลหิต และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป รวมทั้งแจ้งกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินในวันนี้นัดหมายการเยี่ยมไว้ ให้กลุ่มตัวอย่างโทรศัพท์แจ้งผู้วิจัยหรืออาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนัดหมายการเยี่ยมใหม่

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด โดยใช้เอกสารแผ่นพับประกอบการสอน และทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1

เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติภารกิจ กำลังกาย การควบคุมอาหาร วัดความดันโลหิต และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เป็นการ ทบทวนความรู้ของครั้งที่ 1 และ 2 สอบถามปัญหา และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เน้น การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรม สุขภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพชุดเดิม (Post-test) และขอบคุณ ที่ให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิง เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของโปรแกรม การเยี่ยมบ้าน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างแผนการเยี่ยม บ้านกับคำนิยามและกรอบแนวคิดทฤษฎี โดย กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ สอดคล้องกับคำนิยามเลย จนถึงมีความสอดคล้อง กับคำนิยามมาก (คะแนน 1 - 4) ซึ่งค่าเฉลี่ยที่ ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป¹⁹ ผลการพิจารณา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด ขดลวด (Aneroid) จำนวน 5 เครื่อง ซึ่งผ่านการ ทดสอบความเป็นมาตรฐานของเครื่องมือ (Calibrate) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการวัด ความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่ง ประเทศไทย⁴

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความ ดันโลหิต โรคประจำตัว ประวัติการรักษา ระยะเวลา ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ประวัติ

การเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จากงานวิจัยของ ภริมณ โสดาจันทร์²⁰ ในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด รวมทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มี พฤติกรรมทางบวก จำนวน 11 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 และ 13 และข้อคำถามที่มี พฤติกรรมทางลบ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 1, 4 และ 14 โดยลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการ ปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เป็นบางครั้ง และนานๆ ครั้ง/ไม่ปฏิบัติ ข้อที่มี พฤติกรรมทางบวกให้คะแนน 3, 2 และ 1 ข้อที่มี พฤติกรรมทางลบ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 การแปล ความหมายของคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 34 - 42 มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก คะแนน 25 - 33 เหมาะสมปานกลาง และคะแนน 14 - 24 เหมาะสมน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จาก งานวิจัยของ ภริมณ โสดาจันทร์²⁰ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 และ 10 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 4 และ 5 โดยลักษณะคำตอบเป็น แบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่ เห็นใจ และไม่เห็นด้วย ข้อที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ข้อที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 การแปลความหมาย คะแนน ดังนี้ คะแนน 24 - 30 มีเจตคติอยู่ใน ระดับดี คะแนน 18 - 23 ระดับปานกลาง และคะแนน 10 - 17 ระดับไม่ดี



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จากงานวิจัยของ ภริมณ โสตาจันทร์²⁰ จำนวน 12 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน รวมเป็น 12 คะแนน โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 10-12 มีความรู้ในระดับดี คะแนน 7 - 9 มีความรู้ในระดับพอใช้ คะแนน 0 - 6 มีความรู้ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยการพยาบาลอนามัยชุมชนและโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษา (Content validity) และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อว่า มีความสอดคล้องกับตัวแปรหรือไม่ เกณฑ์การให้คะแนนและการลงความเห็น ได้แก่ คะแนน 1 เห็นด้วย คะแนน 0 ไม่แน่ใจ และ คะแนน -1 ไม่เห็นด้วย แล้วนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มาหาค่าเฉลี่ยในรายข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป²¹ ผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่า IOC เฉลี่ยรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ คือ ปรับคำถามให้อ่านเข้าใจง่าย ตัดข้อคำถามที่ซ้ำกันออก และเปลี่ยนข้อคำถามให้เป็นเชิงบวก จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

เท่ากับ 0.72, 0.70 และ 0.73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เอกสารเลขที่ COA-NMD-REC049/61 วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2561 และวันหมดอายุ 20 ธันวาคม 2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย ด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายให้ทราบว่าคุณสมบัติที่มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ ซึ่งจะไม่มีการเสียใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะเสนอข้อมูลในภาพรวมที่จะไม่กระทบกระเทือนหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 8 คน ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และรับผิดชอบการแก้ไขปัญหาประชาชนในชุมชนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนถึงขั้นตอนในการทำวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามและแบบสังเกต เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมอาสาสมัครสาธารณสุขในการทำวิจัยครั้งนี้ มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่จำนวน 2 คน มีการเตรียม

อาสาสมัครสาธารณสุขโดยการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเพื่อสร้างความคุ้นเคย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขั้นตอนในการทำวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขทดลองวัดความดันโลหิต และศึกษาคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจัดทำรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างและจัดทำตารางการนัดหมายการเยี่ยมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเข้าเยี่ยมบ้านต่อไป

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) ประสานงานกับพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย และรายละเอียดของการเยี่ยมบ้าน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ดำเนินการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น และเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง 3) ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่กำหนดในโปรแกรม และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวัดความดันโลหิต ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ และ 4) ในระหว่างการเยี่ยมบ้าน นักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะสังเกตการปฏิบัติกรวัดความดันโลหิตและการให้คำแนะนำผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขว่ามี การปฏิบัติเป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและการแจกแจงของ

ตัวแปรโดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความดันโลหิต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามลักษณะที่กำหนด โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ จำนวน 32 คน แต่มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ครบตามกระบวนการ เนื่องจากไปต่างจังหวัด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ พบว่า เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.33) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 26.67) มีอายุระหว่าง 35 - 90 ปี ($\bar{X} = 66.83$, $SD = 13.12$) ส่วนมากมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.33 ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.42 - 35.56 กิโลกรัม/เมตร² ($\bar{X} = 24.29$, $SD = 3.96$) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติและอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 33.33 เท่ากัน โรคประจำตัวอื่นๆ พบว่า เป็นเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 36.67 ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 2 - 30 ปี ($\bar{X} = 10.93$, $SD = 8.28$, Median = 10) และเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40 สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 16.67 และ ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 16.67 เท่ากัน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 30)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	26.67
หญิง	22	73.33
อายุ (Min - Max = 35 - 90 ปี, $\bar{X} \pm SD = 66.83 \pm 13.12$)		
< 60 ปี	8	26.67
≥ 60 ปี	22	73.33
ดัชนีมวลกาย (Min - Max = 18.42 - 35.56 กิโลกรัม/เมตร², $\bar{X} \pm SD = 24.29 \pm 3.96$)		
ผอม (< 18.50 กิโลกรัม/เมตร ²)	1	3.34
ปกติ (18.50 - 22.99 กิโลกรัม/เมตร ²)	10	33.33
เกิน (23.00 - 24.99 กิโลกรัม/เมตร ²)	6	20.00
อ้วนระดับ 1 (25.00 - 29.99 กิโลกรัม/เมตร ²)	10	33.33
อ้วนระดับ 2 (≥ 30.00 กิโลกรัม/เมตร ²)	3	10.00
โรคประจำตัวอื่นๆ		
เบาหวาน	14	46.67
ไขมันในเลือดสูง	11	36.67
ตับอักเสบ	1	3.34
ข้อเสื่อม	1	3.34
ไมเกรน	1	3.34
ซีด	1	3.34
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Min - Max = 2 - 30 ปี, $\bar{X} \pm SD = 10.93 \pm 8.28$, Median = 10)		
≤ 5 ปี	10	33.33
6 - 9 ปี	2	6.67
≥ 10 ปี	18	60.00
ประวัติการรักษา		
รักษา	30	100.00
ไม่รักษา	0	0.00
ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว		
มี	12	40.00
ไม่มี	18	60.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 30) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	8	26.67
ไม่สูบบุหรี่	22	73.33
ประวัติการดื่มสุรา		
ดื่ม	5	26.67
ไม่ดื่ม	25	73.33

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 110 - 173 มิลลิเมตรปรอท ($\bar{X} = 135.53$, $SD = 12.02$) ส่วนมากอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง (120 - 139 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 50 รองลงมา คือ ระดับสูงขั้นที่ 1 (140 - 159 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 40 ภายหลังเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 110 - 150 มิลลิเมตรปรอท ($\bar{X} = 125.47$, $SD = 9.63$) ส่วนมากอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง (120 - 130 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 76.67 รองลงมา คือ ระดับปกติ (น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 13.33

ส่วนระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน อยู่ระหว่าง 70 - 100 มิลลิเมตรปรอท ($\bar{X} = 79.07$, $SD = 8.06$) ส่วนมากอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง (80 - 89 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ ระดับปกติ (น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 40 ภายหลังเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 60 - 84 มิลลิเมตรปรอท ($\bar{X} = 74$, $SD = 6.24$) ส่วนมากอยู่ในระดับปกติ (น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 60 รองลงมา คือ ระดับปกติค่อนข้างสูง (80 - 89 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 40 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน

ระดับความดันโลหิต	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)				
ระดับปกติ (< 120)	2	6.67	4	13.33
ระดับปกติค่อนข้างสูง (120 - 139)	15	50.00	23	76.67
ระดับสูงขั้นที่ 1 (140 - 159)	12	40.00	3	10.00
ระดับสูงขั้นที่ 2 (≥ 160)	1	3.33	0	0.00
Min - Max	110 - 173		110 - 150	
$\bar{X} \pm SD$	135.53 \pm 12.02		125.47 \pm 9.63	
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)				
ระดับปกติ (< 80)	12	40.00	18	60.00
ระดับปกติค่อนข้างสูง (80 - 89)	13	43.33	12	40.00



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน (ต่อ)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Min - Max	110 - 173		110 - 150	
$\bar{X} \pm SD$	135.53 \pm 12.02		125.47 \pm 9.63	
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)				
ระดับสูงขั้นที่ 1 (90 - 99)	4	13.33	0	0.00
ระดับสูงขั้นที่ 2 (≥ 100)	1	3.33	0	0.00
Min - Max	70 - 100		60 - 84	
$\bar{X} \pm SD$	79.07 \pm 8.06		74.00 \pm 6.24	

2. พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการเยี่ยมบ้าน พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2 - 12 ($\bar{X} = 9.23$, $SD = 2.49$) ส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.33 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 20 เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 30 ($\bar{X} = 26.07$, $SD = 4.53$) ส่วนมากมีเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.67 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 20 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 26 - 40 ($\bar{X} = 33.70$, $SD = 3.36$) ส่วนมากมีพฤติกรรมระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 70 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 30

ภายหลังเยี่ยมบ้าน พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 12 ($\bar{X} = 10.90$, $SD = 1.18$) ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 90 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 10 เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 30 ($\bar{X} = 27.93$, $SD = 4.00$) ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.34 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.33 เท่ากัน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 30 - 41 ($\bar{X} = 36.80$, $SD = 3.17$) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 93.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.67 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
มีความรู้ระดับดี (10 - 12 คะแนน)	19	63.33	27	90.00
มีความรู้ระดับพอใช้ (7 - 9 คะแนน)	6	20.00	3	10.00
มีความรู้ระดับไม่ดี (0 - 6 คะแนน)	5	16.67	0	0.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Min - Max	2 - 12		7 - 12	
$\bar{X} \pm SD$	9.23 \pm 2.49		10.90 \pm 1.18	
ระดับเจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง				
มีเจตคติระดับดี (24 - 30 คะแนน)	23	76.67	28	93.34
มีเจตคติระดับปานกลาง (18 - 23 คะแนน)	6	20.00	1	3.33
มีเจตคติระดับไม่ดี (10 - 17 คะแนน)	1	3.33	1	3.33
Min - Max	10 - 30		10 - 30	
$\bar{X} \pm SD$	26.07 \pm 4.53		27.93 \pm 4.00	
ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง				
เหมาะสมมาก (34 - 42 คะแนน)	21	70.00	28	93.33
เหมาะสมปานกลาง (25 - 33 คะแนน)	9	30.00	2	6.67
เหมาะสมน้อย (14 - 24 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
Min - Max	26 - 40		30 - 41	
$\bar{X} \pm SD$	33.70 \pm 3.36		36.80 \pm 3.17	

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน

คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังจากเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	mean	SD	df	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนเยี่ยมบ้าน	9.23	2.49	29	4.852*	< .001
หลังเยี่ยมบ้าน	10.90	1.18			
เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนเยี่ยมบ้าน	26.07	4.53	29	3.354*	.002
หลังเยี่ยมบ้าน	27.93	4.00			



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตก่อน และหลังการเยี่ยมบ้าน (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	mean	SD	df	t	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนเยี่ยมบ้าน	33.70	3.36	29	5.918*	< .001
หลังเยี่ยมบ้าน	36.80	3.17			
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)					
ก่อนเยี่ยมบ้าน	135.53	12.02	29	3.760*	.001
หลังเยี่ยมบ้าน	125.47	9.63			
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)					
ก่อนเยี่ยมบ้าน	79.07	8.06	29	2.920*	.007
หลังเยี่ยมบ้าน	74.00	6.24			

* p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้มีปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมจำนวน 3 ครั้ง โดยการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการควบคุมอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกายแบบแอโรบิก วิธีการเดิน การแกว่งแขน วันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้เอกสารแผ่นพับประกอบการสอน พร้อมกับสาธิตการบริหารร่างกายเพื่ออบอุ่นร่างกายและเพื่อผ่อนคลายร่างกายหลังจากออกกำลังกาย และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งการให้กำลังใจ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง การ

จัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติกรออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และวัดความดันโลหิต และการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เป็นการทบทวนความรู้ของครั้งที่ 1 และ 2 สอบถามปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ และเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านทั้ง 3 ครั้ง มีการให้กำลังใจ และสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงภายหลังจากเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁴ ที่กล่าวว่า สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วยและสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁸ กล่าวถึงการเยี่ยมบ้านว่าเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษาาร่วมกัน ตลอดจนให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ถือเป็นกลวิธีหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน⁷ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพแบบการเสริมสร้างพลังขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในความหมายของวิธีการที่จะทำให้งานที่กำหนดไว้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และการมีส่วนร่วมในความหมายของเป้าประสงค์ คือ การที่ประชาชนมาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้มีทักษะ ความรู้ ที่จำเป็นในการแก้ปัญหา จนเกิดการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน¹⁰ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติดา อุปัททวนณิชย์¹² พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และ ราตรี มณีขัติย์¹³ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านอย่างมีแบบแผนของพยาบาลสามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายให้เหมาะสม การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ลดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิตให้ปลอดภัย และการเน้นย้ำให้พบแพทย์ตามนัด จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ภายหลังจากเยี่ยมบ้านยังคงอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง (120 - 139 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 76.67 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะค่าความดันโลหิตจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและช่วงอายุ ถ้าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นหรืออาจจะเปลี่ยนแปลงได้ในเวลาต่างกัน เช่น เมื่อมีอาการเครียด ความดันโลหิตอาจจะสูงขึ้นได้ เป็นต้น⁴ สอดคล้องกับ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ วนิดา ตรงค์ฤทธิชัย²² ที่กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมผู้ป่วย คือ บุคคลจะสุขภาพแข็งแรงหรือป่วยเป็นโรคย่อมขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการผิดปกติ พฤติกรรมการเจ็บป่วยในการแสวงหาการวินิจฉัยและเยียวยาที่เหมาะสมจะมี



ส่วนเกี่ยวข้องกับภาระที่ยังความเจ็บป่วยหรือเพิ่มความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้เมื่อบุคคลได้รับวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใดแล้ว พฤติกรรมของผู้ป่วยก็มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลนั้นหายป่วยหรือมีอาการรุนแรง เรื้อรัง พิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญต่อการศึกษากิจกรรมสุขภาพที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสาธารณสุขเหล่านั้น แล้วหาวิธีการที่เหมาะสมมาใช้ปลูกฝังหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย³ กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้ความดันซิสโตลิกลดลง 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 4 มิลลิเมตรปรอท และไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตรปรอท ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌ็องนูริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง อีระทองคำ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล²³ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความดันเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ ไพโรจน์ มะกล้าดำ¹⁴ ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10, 6.66 และ 6.67 ตามลำดับ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ และเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. รูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

3. ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่มีเรื่องวัดความดันโลหิตประจำที่บ้าน ดังนั้นเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีการเฝ้าระวัง ตรวจสอบคัดกรอง และให้บริการการวัดความดันโลหิตที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำชุมชนหรือจากการเยี่ยมบ้าน



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics. [Internet]. [cited 2013 April 1]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
2. The Twelfth National Health Development Plan Board, Ministry of Public Health. The twelfth national health development plan (2017-2021). [Internet]. [cited 2019 April 20]. Available from: [http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1 .pdf](http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1.pdf). (in Thai).
3. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 update 2015. [Internet]. [cited 2018 February 15]. Available from: <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>. (in Thai).
4. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trickthink; 2019. (in Thai).
5. National High Blood Pressure Education Program. The seventh report of The Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003;42(6):1206-52.
6. Archananuparp S. The evolution of health promotion international. Bangkok: Health System Research Institute; 1998. (in Thai).
7. Sakcomeduang S. Improving care for hypertensive patients in community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2009. (in Thai).
8. Bureau of Nursing, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Home ward. Bangkok: The Agricultural Co-operative Fedration of Thailand; 2013. (in Thai).
9. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Village health volunteers B.E. 2011. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2014. (in Thai).
10. Oakley P, Kahssay HM. Community involment in health development: an overview. In: Oakley P, Kahssay HM, editor. *Community involment in health development: a review of the concept and practice*. Geneva: World Health Organization; 1999.
11. Allender JA, Rector C, Warner KD. *Community health nursing: promoting and protecting the public's health*. 7th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
12. Auppapattawanit S. Effects of health-care team on knowledge self-care behaviors and blood pressure in the essential hypertension patients at Khanghangmaew hospital, Chanthaburi province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2007. (in Thai).
13. Maneekat R. Effect of home visit on health behaviors of persons with hypertension at Umong subdistrict, Lumphun province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2007. (in Thai).



14. Maklamdum P. The effect of health promotion on self-care behaviors for the elderly patients with hypertension. *Phranakhon Rajabhat Research Journal* 2015;10(1):20-39. (in Thai).
15. Community Health Nursing Department, The Royal Thai Navy College of Nursing. The report of community health practicum academic year 2018. Bangkok: Education Division, Naval Medical Department; 2019. (in Thai).
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral science*. 2nd ed. Hillsdall, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Orathai P, Phumonsakul S. *Power analysis and sample size estimation using G*Power program*. Bangkok: Pimdee; 2013. (in Thai).
18. Thatsaeng B, Lasuka D, Khampolsiri T. Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal* 2012;39(4):124-37. (in Thai).
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
20. Sodachan P. Effects of participatory learning process on knowledge attitude and practice of patients with hypertension and families in Arawan community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2008. (in Thai).
21. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997.
22. Kompayak J, Durongritichai V. *Community health nursing: concept, principle, and nursing practice*. Bangkok: Private Higher Education Institutions in Nursing Textbooks; 2011. (in Thai).
23. Prasatkaew N, Terathongkum S, Maneesriwongul W. Effects of a home visit and telephone follow-up program on health behaviors and health status in persons with uncontrolled hypertension. *Journal of Public Health* 2012;42(3):19-31. (in Thai).