

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน

ภารดี ขาวรินทร์* ประทีป ปัญญา**

สมฤดี กীরตวนิชเสถียร*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานบริการสุขภาพว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยา กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่พัฒนาจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 0.93 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.71 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) หลังได้รับโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 138.60 เป็น 134.47 มิลลิเมตรปรอท ($p < .001$) และ จาก 83.5 เป็น 80.4 มิลลิเมตรปรอท ($p = .007$) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 79.87 เป็น 84.73 คะแนน ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จาก 44.53 เป็น 48.73 คะแนน ($p < .001$) ดังนั้นโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์มีผลต่อการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง อันเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน/การติดตามทางโทรศัพท์/ความเชื่อด้านสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ/ความดันโลหิตสูง

วันที่รับบทความ: 25 กันยายน 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 29 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 23 ธันวาคม 2568

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี E-mail: paradeeo2500@gmail.com

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพธนบุรี

The Effects of a Home Visit and Telephone Follow-up Program on Blood Pressure, Health Behaviors, and Health Beliefs among Community-Dwelling Patients with Hypertension

Paradee Chaonarin*, Prateep Punya**

Somruidee Keeratavanithsathian*

ABSTRACT

The quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effects of a home visit program combined with telephone follow-up on blood pressure levels, health behaviors, and health beliefs among patients with hypertension in a community in Thawi Watthana district, Bangkok. The study included 30 participants diagnosed with hypertension and receiving pharmacological treatment. The intervention was implemented over a 12-week period. Research instruments included the home visit and telephone follow-up program, blood pressure monitoring device, health belief questionnaire, and health behavior questionnaire developed based on the Health Belief Model concept. The instruments demonstrated content validity of 0.95 and 0.93, with Cronbach's alpha coefficients of 0.71 and 0.72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test.

The results showed that mean systolic and diastolic blood pressure significantly decreased after the intervention, from 138.60 to 134.47 mmHg ($p < .001$) and from 83.5 to 80.4 mmHg ($p = .007$), respectively. Mean scores of health belief and health behaviors significantly increased after the intervention, from 79.87 to 84.73 scores, and from 44.53 to 48.73 scores, respectively ($p < .001$). These findings indicate that home visit programs combined with telephone follow-up are effective in enhancing health beliefs and health behaviors, thereby improving blood pressure control among patients with hypertension. Such interventions may play an important role in reducing the risk of stroke, a major complication of hypertension, in community settings.

Keywords: Home Visit/Telephone follow-up/Health Beliefs/Health Behaviors/Hypertension

Article info: Received: September 25, 2024, Revised: May 29, 2025, Accepted: December 23, 2025

Main responsible party: Pimlada Pongchaichanon

* Lecture, Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Bangkok Thonburi University.

**Lecture, Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Bangkok Thonburi University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Essential Hypertension) พบได้ถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 1.28 พันล้านคน โดยประมาณ 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง¹ สำหรับประเทศไทย พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วย 1,431.99 ต่อประชากรแสนคน² กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นที่สุดในประเทศไทย และมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ตามรายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2565 พบว่าโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยรายใหม่อยู่ที่ 1,678.51 ต่อแสนประชากร และมีความชุกในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.7 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ อย่างไรก็ตาม อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของกรุงเทพมหานครอยู่ที่ร้อยละ 43.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ร้อยละ 50²

โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจวาย หรือภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร³ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วย และครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจได้ แก่ความวิตกกังวลและความเครียด ด้านเศรษฐกิจจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และการดูแลระยะยาว ตลอดจนด้านสังคมจากการศึกษาของ เอกปกรณ์ และคณะ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ในเขตกรุงเทพมหานคร คือวิถีชีวิตที่เร่งรีบซึ่งก่อให้เกิดความเครียดสูง การบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่มีโซเดียมสูง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษทางอากาศจากฝุ่น PM 2.5 สูง⁴

ความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา⁵ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรเลือกวิธีการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁶ ซึ่งอธิบายว่า หากผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Perceived Benefits) รวมถึงการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมขึ้น การศึกษาของแขงและคณะ พบว่าการเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม⁷ นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น การติดตามทางโทรศัพท์มาใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการนัดหมาย การติดตามอาการ และการให้คำปรึกษา ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ⁸

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตทวีวัฒนา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสอดคล้องกับสังคมสูงวัยที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

**โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน**
กิจกรรมโปรแกรมเยี่ยมบ้าน

1. การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.1 ให้ความรู้ อภิปรายปัญหา ร่วมหาแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามบริบทของผู้เข้าร่วมวิจัย
 - 1.2 การยกสถานการณ์จำลองของกรณีศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 สาธิตและร่วมการออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก
 - 1.4 สาธิตและร่วมการผ่อนคลายความเครียด
 - 1.5 การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.6 เสริมสร้างแรงจูงใจในการลด ละ เลิก สุรา บุหรี่
2. กระตุ้นชักนำให้เกิดการปฏิบัติ
 - 2.1 แผ่นพับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว
 - 2.2 โทรศัพท์ ทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยลดอุปสรรคและให้กำลังใจ

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ตัวแปรตาม

ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว
 - การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว
2. พฤติกรรมสุขภาพ
 - การรับประทานอาหาร
 - การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก
 - การผ่อนคลายความเครียด
 - การลดการสูบบุหรี่
 - การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
3. ค่าความดันโลหิต

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และมายแมน (Becker and Maiman)⁹ ในการพัฒนาโปรแกรม โดยมุ่งเสริมสร้างการรับรู้ด้านความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) โดยการให้ความรู้ อภิปรายปัญหา ร่วมกันหาแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามบริบทของกลุ่มตัวอย่าง 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ร่วมกับการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แสดงภาวะเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพผลกระทบของโรคอย่างชัดเจน 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) โดยการสาธิต และร่วมการออกกำลังกาย แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการวัดปริมาณเกลือในอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ และเลิกการบริโภคสุราและการสูบบุหรี่ และ 4) ด้านการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) โดยการกระตุ้นและชักนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำจาก แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง ควบคู่กับ การให้คำปรึกษา และติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เพื่อทบทวนการปฏิบัติตัว ช่วยลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง และเสริมแรงทางจิตใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในสถานบริการสุขภาพและได้รับการรักษาด้วยยาในชุมชนแห่งหนึ่งแขวงทวิวัฒนา กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Inclusion criteria)

- 1) อายุ 35 ปี ขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากสถานพยาบาล
- 3) ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
- 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถพูดและความเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลได้
- 5) สม่ครใจ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนออกจาก

การวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถติดต่อได้ หรือย้ายที่อยู่
- 2) เสียชีวิต
- 3) ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบเวลาที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลอ้างอิงจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของ สุภาพร มาลีวรรณ¹⁰ ได้ขนาด

อิทธิพล (Effect size) = 0.48 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบ (Confidence of interval) 95 % ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี หนังสือรับรองโครงการเลขที่ 5/ 2567 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างโดย อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ ชักถามข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมด ของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการบอกเลิกการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะมีไม่ผลใด ๆ ต่อการดูแล และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมในการทำวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของเบคเกอร์และมายแมน (Becker and Maiman)⁹ ที่เชื่อว่าการรับรู้ เกี่ยวกับความรุนแรง ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคส่งผลต่อพฤติกรรม

ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เครื่องวัดความดันโลหิต และ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ มี 3 ส่วนคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือกตามความรู้สึก 5 ระดับ คือ 5) หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด 4) มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก 3) มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบางส่วน 2) หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย และ 1) หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือภายในหนึ่งสัปดาห์ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5 ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 3 - 4 ครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้ง และไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลยในหนึ่งสัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of item objective congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการ

พยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์ สาขากาพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา ของแบบสอบถาม ความเชื่อถือด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองในกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.71 และ 0.72 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร รัชสจริยธรรม 5/2567 วันที่รับรอง 27 มีนาคม 2567 หลังจากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยการสมัครใจ และการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผล กระทบใด ๆ การรักษาความเป็นส่วนตัว และเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลต่าง ๆ มีการนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม และแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในเขต และแขวงทวิวัฒนากรุงเทพมหานคร โดยครั้งแรกที่พบกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรม จากนั้นรวบรวมเบอร์

โทรศัพท์ เพื่อติดตาม และเพิ่มลงในกลุ่มไลน์ โดยดำเนินการวิจัยใน 12 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 วัดความโลหิต และประเมินสุขภาพทั่วไป วัดความเชื่อถือด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และ การรับประทานยา ในช่วงที่ผ่านมา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ความเชื่อถือด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ ออกแบบกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด

ครั้งที่ 2 ,3, 5, 8 และ 11 เยี่ยมบ้าน มีกิจกรรมวัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมและกำกับติดตาม การรับรู้ความเชื่อถือด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวดังนี้

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีกิจกรรมให้ความรู้ อภิปรายปัญหาร่วมกันเพื่อหา แนวทางการจัดกิจกรรมเรื่องอาหาร วัดปริมาณเกลือในอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานบ่อยให้เห็นเชิงประจักษ์ การออกกำลังกาย การลดความเครียดที่เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความรู้ อภิปรายปัญหา ร่วมหาแนวทางการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามบริบทของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูงในวัฏกรรมหุ่นจำลองผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ที่มีเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นชัดเจนโดยการสาธิตอาการ และอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้น จากผลของความดันโลหิตที่สูงเกินเกณฑ์ปกติ

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้วยการสาธิต และร่วมการออกกำลังกายด้วยวิธี แอโรบิก และนํ้าวิธีการผ่อนคลายความ เครียด การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค จากการเลือกวิธีการปรุงอาหารและวัตถุดิบที่เหมาะสม รวมถึงวัดปริมาณเกลือในอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานบอกรู้ให้เห็นเชิงประจักษ์ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด ละ เลิก ในรายที่ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่

4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ กระตุ้นชักนำให้เกิดการปฏิบัติตามแผนพับเรื่องปริมาณเกลือที่สามารถเติมในอาหาร และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยลดอุปสรรคและเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 4, 6, 7, 9, 10 ติดตามทางโทรศัพท์ มีกิจกรรมคือ ทบทวน และปรับปรุงการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ประเมินความก้าวหน้าของประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว

ครั้งที่ 12 ประเมินผลโปรแกรมวัดความดันโลหิตและประเมินสุขภาพทั่วไปให้ตอบแบบ สอบถามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน รวมถึง ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร

การจัดการความเครียด และการใช้ยา แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองใช้ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นเพศชายร้อยละ 50 และเพศหญิงร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น¹¹ ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 ด้านอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.0 ไม่มีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้โดยมีรายได้จากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุ รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.33 รายได้ต่อเดือนต่ำสุด เท่ากับ 600 บาท และสูงสุด 45,000 บาท เมื่อจำแนกตามเส้นความยากจนคือพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 2,802 บาทต่อเดือน¹² มีร้อยละ 43.3 และผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 2,802–15,000 บาทต่อเดือนมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน สถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือโสดและหม้าย ร้อยละ 10.0 เท่ากัน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ค่าเฉลี่ย = 2.1 ปี) ตั้งแต่ 5–10 ปี (ค่าเฉลี่ย = 9.0 ปี) และ ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย =

16.8 ปี) โดยแต่ละช่วงมีสัดส่วน ร้อยละ 33.33 เท่ากัน โรคประจำตัวที่พบรวมมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 36.67 ตามลำดับ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.0 รองลงมาใช้สิทธิ ข้าราชการ ร้อยละ 30.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 Demographic Characteristics of the Participants (N=30)

Demographic Characteristics	Frequency (%)	Mean (M)	Standard Deviation (SD)
Gender			
Male	15 (50.0)		
Female	14 (46.7)		
Other	1 (3.3)		
Age			
Less than 60 years	5 (16.7)	53.4	6.427
60-74 years (young old)	18 (60.0)	66.6	4.402
75-89 years (middle old)	7 (23.3)	77.0	2.160
Education Level			
Below primary school	3 (10.0)		
Primary school	18 (60.0)		
Secondary school/Vocational	9 (30.0)		
Occupation			
Unemployed	15 (50.0)		
Casual worker	7 (23.3)		
Trading/Business	3 (10.0)		
Farmer	1 (3.3)		
Government officer/Pensioner	4 (13.3)		
Income (Baht/month)			
Less than 2,802 (600-2,600)	13 (43.3)	984.6	815.91
2,802-15,000 (3,000-15,000)	13 (43.3)	6,527.4	6,125.84
More than 15,000 (20,000-45,000)	4 (13.3)	31,250.0	21,213.20
Marital Status			
Married	24 (80.0)		

Demographic Characteristics	Frequency (%)	Mean (M)	Standard Deviation (SD)
Single	3 (10.0)		
Widowed	3 (10.0)		
Duration of Illness (years)			
Less than 5 years	10 (33.3)	2.1	
5-10 years	10 (33.3)	9.0	
More than 10 years	10 (33.3)	16.8	
Comorbidities			
Diabetes mellitus	16 (53.3)		
Dyslipidemia	11 (36.7)		
Blood/Cardiovascular disease	2 (6.7)		
Health Insurance			
Universal Health Coverage	21 (70.0)		
Civil Servant Medical Benefit	9 (30.0)		

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) หลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.389, p < .001$) และ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.902, p = .007$)

นอกจากนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.824, p < .001$) และ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.556, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Comparison of Mean Scores of Health Behaviors and Health Beliefs among Community-Dwelling Patients with Hypertension Before and After the Intervention (N = 30)

Variables	Pre-intervention		Post-intervention		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
Systolic Blood Pressure (SBP)	138.60	20.03	134.47	16.97	4.389	29	0.000***
Diastolic Blood Pressure (DBP)	83.53	12.24	80.47	8.25	2.902	29	0.007**

Variables	Pre-intervention		Post-intervention		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
Health Beliefs	79.87	7.89	84.73	5.21	5.824	29	0.000***
Health behaviors	44.53	6.25	48.73	4.71	7.556	29	0.000***

Note: **p < .05, ***p < .01, ****p < .001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีผลในการลดระดับความดันโลหิตเพิ่มคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมต่อระดับความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิต ทั้งซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และ ไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 138.60 มิลลิเมตรปรอท เป็น 134.47 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 83.53 มิลลิเมตรปรอท เป็น 80.47 มิลลิเมตรปรอท ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจางและคณะ¹³ ซึ่งพบว่า การเยี่ยมบ้านร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น การลดลงของระดับความดันโลหิตดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะ

ของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง นอกจากนี้ การติดตามทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น เสริมแรง และให้กำลังใจผู้ป่วย ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลีและคณะ⁸ ที่พบว่า การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการติดตามผู้ป่วยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต

2. ผลของโปรแกรมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 79.87 คะแนน เป็น 84.73 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอค⁶ ที่อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรค ล้วนมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

การเพิ่มขึ้นของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ อาจอธิบายได้จากกิจกรรมของโปรแกรมที่มุ่งเสริมสร้างการรับรู้ในแต่ละองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการใช้นวัตกรรม หุ่นจำลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แสดงภาวะแทรกซ้อน ในการสาธิต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนถึงความรุนแรงของโรคหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ การให้ความรู้ควบคู่กับการอภิปรายร่วมกัน ยังช่วยส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในขณะที่ การติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องมีบทบาทสำคัญในการลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการให้คำปรึกษา การแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนที่สอดคล้องกับ บริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 44.53 คะแนน เป็น 48.73 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร มาลีวรรณ และคณะ¹¹ ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอาจอธิบายได้จากลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจริง ได้แก่ การสาธิตและการร่วมออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่

เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งช่วยเสริมสร้างทั้ง ทักษะ ความมั่นใจ และความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การใช้แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับปริมาณเกลือในอาหาร ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้และติดตามพฤติกรรมของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ที่เชื่อว่าการให้ข้อมูลทรัพยากร และการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹

โดยสรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กและระยะเวลาการติดตามผลที่สั้น อาจส่งผลต่อการอธิบายความยั่งยืนของผลลัพธ์ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความคงทนของโปรแกรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อระดับความดันโลหิต การปฏิบัติตัว และความเชื่อ

ด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชน
ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพิจารณานำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทั้งนี้อาจปรับระยะเวลา ความถี่ และรูปแบบของการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่

2. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพ โดยประยุกต์กระบวนการและขั้นตอนของโปรแกรมไปใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขอื่น ๆ โดยเน้นการเสริมทักษะ การสื่อสารทางโทรศัพท์ การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน เช่น ผู้ดูแล (caregiver) อสม. หรือ อสส. เพื่อมีบทบาทในการติดตามอาการ ให้คำแนะนำ และ เสริมแรงทางจิตใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

4. ควรพิจารณานำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนและต่อยอดการดำเนินโปรแกรม เช่น การพัฒนา

แอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัล สำหรับการติดตามการรับประทานยา การเฝ้าระวังระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อไปนี้อาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมและการวิจัยในอนาคต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนและสนับสนุนการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาวมากขึ้น เพื่อประเมิน ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

2. ควรดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และมีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และขยายความสามารถในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้กับรูปแบบการดูแลอื่น เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพแบบกลุ่ม หรือการใช้เทคโนโลยีสุขภาพทางไกล (telehealth) เพื่อประเมินความคุ้มค่าและความเหมาะสมของแต่ละแนวทาง

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือข้อจำกัดของโปรแกรม ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญต่อการยอมรับและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

4. ควรมีการพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ในประเทศไทย เพื่อให้เครื่องมือมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

2. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Situation report on non-communicable diseases: diabetes, hypertension, and related risk factors, 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023.

3. American Heart Association. Health threats from high blood pressure [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from:

<https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/health-threats-from-high-blood-pressure>

4. Aekplakorn W, Pitayatiennan P, Satheanpittayakul T, Pongpradit K. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Thai adults: results from national health examination surveys, 2004–2020. J Hypertens. 2023;41(4):681–689.

5. Chia YC, Ching SM, Lim HM, Syed Saadun Tarek Wafa SWW, Yip CH, Boo YL, et al. Hypertension control in the Asia-Pacific region: a systematic review and meta-analysis of 73 studies and 1,119,640 patients. J Clin Hypertens (Greenwich). 2022;24(2):203–214.

6. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The health belief model and HIV risk behavior change. In: Preventing AIDS. Cham: Springer; 2022. p. 5–24.

7. Zhang Y, Zhang Z, Meng Y, Gong X, Xu L. Effectiveness of home visits combined with family-based interventions for hypertension management: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2023;106(3):556–566.

8. Li J, Shu N, Deng J, Liu X, Wan L, Yang Y, et al. Effect of telemedicine interventions on blood pressure control in patients with hypertension: a systematic review and network meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2022;28(2):107–117.

9. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975;13(1):10–24.

10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.

11. Maleewan S, Jamusri S, Wongpiriyayothi A. Effects of a home visit program on health beliefs, self-care behaviors, and blood pressure among patients with hypertension in the community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016;34(4):63–72.

12. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2019. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2020.

13. Office of the National Economic and Social Development Council. Poverty and inequality analysis report of Thailand 2021 [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2022 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.nesdc.go.th/download/document/Yearend/2022/reportPoverty2564.pdf>