

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The effects of health behavior modification program for elderly with hypertension at Suwannaphum District, Roi Et Province

อุบลรัตน์ มั่งสระคู* วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล** และมุกดา หนูศรี**

Ubonrat Mangsrakhu,* Warinee lemsawasdikul,** & Mukda Nuysri**

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพรินทร์ ตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

**สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Kham Parin Health Promoting Hospital, Chang Phuak sub-district, Suwannaphum district, Roi-Et province

**School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 66 คน ที่ไม่มีโรคอื่นร่วม เพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลช้างเผือกและตำบลน้ำคำซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เครื่องมือทดลองเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองพีริสดี-โพริสดีของกรีนและครูเดอร์ เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และเครื่องมือวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบที วิลคอกซันซายน์แรงค์ และแมนวิทนีเยีย ผลการวิจัยพบว่า (1) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และมีพฤติกรรมสุขภาพรายด้านทุกด้าน ยกเว้นด้านการรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ($p > .05$) และ (2) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ($p > .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรม, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Corresponding author E-mail: warinee@yaho.com

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to compare health behaviors and blood pressure of elderly with hypertension in an experimental group and a comparison group between before and after experiment and between the experimental group and the comparison group after experiment. The sample of 66 elderly both male and female with primary hypertension without comorbidity who lived in Chang Phueak sub-district and Nam Kham sub-district was purposively selected. They were equally assigned to be in the experimental group and the comparison group. The experimental tool was the Health Behavior Modification Program for Elderly with Hypertension based on the PRECEDE-PROCEED model of Green and Kreuter. The research tools were health behaviors questionnaire with Cronbach's alpha 0.89 and a sphygmomanometer. Data were analyzed by t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, and Mann-Whitney U test. The results were founded as follows. (1) After experiment, overall health behaviors of the experimental group was significantly higher than that before experiment and the comparison group ($p < .05$), and every aspect of health behaviors, except medication behaviors significantly higher than that before experiment and the comparison group ($p < .05$), but overall health behaviors and every aspect of health behavior of the comparison group were not significantly different from before experiment. (2) After experiment, systolic and diastolic blood pressure of the experimental group were significantly lower than that before experiment and the comparison group ($p < .05$), but systolic and diastolic blood pressure of the comparison group were not significantly different from before experiment.

Keywords: Program, Health Behavior, Elderly, Hypertension

ความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ ประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 24.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 และยังพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559; วิชัย เอกพลากร, 2559) พ.ศ. 2556-2558 อัตราป่วยตายต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น (8.09, 18.28 และ 25.11 ตามลำดับ) (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) พ.ศ. 2559 ผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 41,288.72 ต่อแสนประชากร

และมีอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.17 ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 38,534.61 ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.33 ตำบลช้างเผือก มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.24 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด, 2559) และใน พ.ศ. 2557-2559 มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 83.14, 76.81 และ 74.26 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพรินทร์, 2559) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เป็นต้น จึงมีความ

จำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความอ่อนแอและไวต่อยามากกว่ากลุ่มอื่น

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดแบบจำลองพีรอสิด-โพรสิด (PRECEDE-PROCEED model) ของกรีนและครูเตอร์ ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม และปัจจัยเสริมที่ได้รับหลังปฏิบัติพฤติกรรมช่วยให้มีพฤติกรรมต่อเนื่อง (Green & Kreuter, 2005) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนี้ เน้นการให้ความรู้ และการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารแบบแดช การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ และการเสริมแรงใจด้วยการโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน สังคม ได้อย่างมีคุณค่าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง
2. เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่าง

ก่อนและหลังทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง
2. หลังทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีโรคอื่นร่วม เพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 313 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาโดยเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยยา อาศัยอยู่ในเขตตำบลช้างเผือกและตำบลน้ำคำอย่างน้อย 6 เดือน สามารถสื่อสารได้ดี และเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน

เครื่องมือวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองพีรอสิด-โพรสิด ของกรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter, 2005) ประกอบด้วย
 - (1) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และสร้าง

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการสอนตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มผสมผสานของกาเย่ (Gagn & Briggs, 1974) โดยจัดสภาพการเรียนรู้ การสอนให้สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ภายในบุคคล (2) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ (3) การเสริมแรงจิตใจด้วยการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้กำลังใจให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 47 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 17 ข้อ การผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 ข้อ และการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ การตอบใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 0-3 คะแนนตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านบวก และ 3-0 คะแนนตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านลบ การแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00, ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.01-2.00 และระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00

2.2 เครื่องมือวัดความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.97 และหาความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนตู ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 25/2561 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพรินทร์และบ้านน้ำคำ ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงและการจัดการแก้ไข การเก็บความลับของข้อมูลผู้ร่วมการวิจัย การมีสิทธิออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามเข้าร่วมการวิจัยอย่างเต็มใจจากกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง พัฒนาเครื่องมือวิจัย เตรียมพยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นวิทยากร จำนวน 2 คน ติดต่อประสานงานเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย โดยชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้คัดเลือกและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และวัดความดันโลหิต

2. ระยะทดลอง *กลุ่มทดลอง* ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสอนตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มผสมผสานของกาเย่ 2) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ทักษะการรับประทานยาแบบแดช การเดินเร็ว การหายใจลึกๆ และการรับประทานยา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพรินทร์ และ 3) การเสริมแรงโดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต สัปดาห์ละครั้ง และให้หมายเลขโทรศัพท์ของผู้วิจัยเพื่อใช้

ติดต่อขอคำปรึกษา และนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต และสรุปกิจกรรม หลังได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 7 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคำพรินทร์

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปกติ และนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วัดความดันโลหิต และสรุปกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 7 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำคำ

3. ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพและวัดความดันโลหิต สรุปผลการควบคุม ความดันโลหิต ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอบถามข้อสงสัย ให้ตัวแทนกลุ่ม สรุปความรู้ที่ได้รับ พร้อมให้ข้อเสนอแนะ กล่าวขอบคุณ และมอบเครื่องนับก้าวให้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง กลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและวัดความดันโลหิต ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา และ t-test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายปกติ และใช้ Wilcoxon Signed Rank test และ Mann Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.76 มีอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 33.33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.64 มีสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 72.73 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 93.94 เกือบทั้งหมดมีสิทธิรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ

81.82 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 87.88 มีระยะเวลาป่วย 1-10 ปี ร้อยละ 63.64 มีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทาน 1-2 ชนิด ร้อยละ 69.70 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.91 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.91 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.81 กก./ม.² (SD = 4.76) และ 23.69 กก./ม.² (SD = 4.78) ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 39.39

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 39.39 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.64 มีสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 72.73 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 96.97 เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.97) มีสิทธิรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 100.00 มีระยะเวลาป่วย 1-10 ปี ร้อยละ 78.79 มีการรักษา 3 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 66.67 ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 93.94 ตามลำดับ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.78 กก./ม.² (SD = 3.76) และ 22.81 กก./ม.² (SD = 3.79) ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 45.45

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ด้านการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) กลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน หลังทดลอง ไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ($p > .05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้ t-test และ Wilcoxon Signed Rank test (n = 66)

กลุ่ม/พฤติกรรมสุขภาพ รายด้านและโดยรวม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t/ Z*	p-value
	M/Mdn*	SD/QD*	ระดับ	M/Mdn*	SD/QD*	ระดับ		
กลุ่มทดลอง								
ด้านการรับประทานอาหาร	1.40	0.36	ปานกลาง	2.23	0.24	มาก	-13.49	.000
ด้านการออกกำลังกาย	1.06	0.62	ปานกลาง	2.31	0.56	มาก	-7.82	.000
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	1.00*	0.58*	น้อย	2.33*	2.00*	มาก	-4.85*	.000
ด้านการรับประทานยา	2.48	0.37	มาก	2.58	0.28	มาก	-1.12	.269
โดยรวม	1.46	0.29	ปานกลาง	2.33	0.26	มาก	-11.87	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ด้านการรับประทานอาหาร	1.56	0.45	ปานกลาง	1.62	0.38	ปานกลาง	-1.43	.162
ด้านการออกกำลังกาย	0.89	0.49	น้อย	0.89	0.46	น้อย	- 0.05	.958
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	1.13	0.74	ปานกลาง	1.38	0.69	ปานกลาง	-1.49	.144
ด้านการรับประทานยา	2.48	0.37	มาก	2.48	0.36	มาก	- 0.14	.889
โดยรวม	1.46	0.26	ปานกลาง	1.50	0.19	ปานกลาง	-1.86	.073

2.2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ด้านการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ t - test และ Mann Whitney U test (n = 66)

พฤติกรรมสุขภาพ รายด้านโดยรวม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t/ Z*	p-value
	M/Mdn*	SD/QD*	ระดับ	M/Mdn*	SD/QD*	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	2.23	0.24	มาก	1.62	0.38	ปานกลาง	7.85	.000
ด้านการออกกำลังกาย	2.31	0.56	มาก	0.89	0.46	น้อย	11.16	.000
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	2.33*	2.00*	มาก	1.50*	1.00*	ปานกลาง	-4.44*	.000
ด้านการรับประทานยา	2.58	0.28	มาก	2.48	0.37	มาก	1.17	.245
โดยรวม	2.33	0.26	มาก	1.50	0.19	ปานกลาง	14.45	.000

3. ผลการเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

3.1 ผลการเปรียบเทียบความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก หลังทดลองไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ($p > .05$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตระหว่างก่อน และหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ paired t-test ($n = 66$)

กลุ่ม/ ความดันโลหิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง								
ซิสโตลิก	148.94	6.47	สูงเล็กน้อย	130.14	5.38	ปกติ	15.17	.000
ไดแอสโตลิก	86.08	5.99	ปกติ	68.77	3.51	ปกติ	13.75	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ซิสโตลิก	149.94	7.24	สูงเล็กน้อย	150.02	5.31	สูงเล็กน้อย	-0.11	.913
ไดแอสโตลิก	87.52	5.31	ปกติ	87.84	4.92	ปกติ	-1.72	.096

3.2 ผลการเปรียบเทียบความดันโลหิตหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิกและความดัน

ไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง โดยใช้ t-test ($n = 66$)

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง ($n = 33$)			กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 33$)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ซิสโตลิก	130.14	5.38	ปกติ	150.02	5.31	สูงเล็กน้อย	-15.11	.000
ไดแอสโตลิก	68.77	3.51	ปกติ	87.84	4.92	ปกติ	-13.78	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานส่วนใหญ่ เนื่องจากโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาตามแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) มีการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการสอนตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มผสมผสานของกาเย่ (Gagn & Briggs, 1974) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แปลผลการประเมิน และได้แสดงความรู้สึกรับต่อการประเมินตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงหรือภาวะคุกคามของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2554) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นขณะฝึกปฏิบัติ ช่วยให้เกิดทักษะที่เกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2556; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559) ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบแดช การเดินเร็ว การหายใจลึกๆ และการรับประทานยา การเสริมแรงสูงใจด้วยการโทรศัพท์ติดตาม จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่องจากการได้รับคำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับ การยกย่องชมเชย

(Green & Kreuter, 2005) ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการได้รับการชักจูงด้วยคำพูดจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับ พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ, วิธนา เทียงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา และสุธรรม นันทมงคลชัย (2557) ซึ่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) และ ชลการ ชายกุล (2557) ที่พบว่า หลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .01$)

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารแบบแดช การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว และการผ่อนคลายความเครียดด้วยการหายใจลึกๆ อยู่ในระดับมาก และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกลดลง สอดคล้องกับ รัชต์วรรณ ตู่แก้ว และจุริภรณ์ เจริญพงศ์ (2556) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิกภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < .05$) ชลการ ชายกุล (2557) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิก/ไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้ปรับ พฤติกรรมสุขภาพ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. ควรพัฒนาโปรแกรมให้ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงทุกกลุ่มอายุ และวิจัยติดตามพฤติกรรม
สุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง ใน
ระยะ 3-6 เดือน เพื่อติดตามความคงทนของพฤติกรรม
สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปีปฏิทิน
พ.ศ. 2558. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- ชลการ ชายกุล. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ
และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์). มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์, สงขลา.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2556). แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model). สืบค้นเมื่อ 15
ธันวาคม 2559, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115416>
- พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ, วิภา เทียงธรรม, อาภาพร เภาวัฒนา, และสุธรรม นันทมงคลชัย. (2557). การป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(3),
145-60.
- รัชต์วรรณ ตู่แก้ว, และจรีภรณ์ เจริญพงศ์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2559, จาก
http://202.28.117.115/files/gs28_attachment_files/les/463/HS_018.pdf?1402718961
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพรินทร์. (2559). ทะเบียนผู้รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพรินทร์ ปีงบประมาณ 2559. ร้อยเอ็ด: ผู้แต่ง
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2559). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. ใน ประมวล
สาระชุดวิชา นโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและบทบาทของพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 1, น. 12-1-12-62). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วิชัย เอกพลการ. (บก.). (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.
นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2559). รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2559, จาก
https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- อาภาพร เภาวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาคัสติยเชื้อ. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

Gagné, R. M., & Briggs, L. J. (1974). *Principle of instructional design*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass. [online]. Retrieved December 20, 2018, from http://fhc.sums.ac.ir/files/salamat/health_education.pdf

Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.