

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาย จังหวัดบุรีรัมย์

Effects of a health behaviors developing program for the elderly with hypertension at Phlapphla Chai District, Buri Ram Province

ธนาพร ปะตาทะโย* วาริณี เลี่ยมสวัสดิกุล** และมุกดา หนูยศศรี**

Tanaporn Patatayo,* Warinee Iemsawasdikul,** and Mukda Nuysri**

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญ จังหวัดบุรีรัมย์

** สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*Bankokchareon Sub-district Health Promoting Hospital, Buriram Province.

** School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 60-75 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันทุม อำเภอพลับพลาย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 72 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญเป็นกลุ่มทดลอง และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันทุมเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองฟรอสต์-โพรสิด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) พฤติกรรมสุขภาพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.88 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่ใช้การทดสอบวิลคอกชันแมตช์แพร์สซายน์แรงค์ และการทดสอบแมนวิทนียู ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อน

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Corresponding author E-mail: warinee@yahoo.com

วันที่รับบทความ: 7 ตุลาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ: 13 มกราคม 2563

ทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: โปรแกรม, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, แบบจำลองฟรีสตี-โพรสตี

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to compare health behaviors and blood pressure of the elderly with hypertension in experimental group before and after experiment, and after experiment between experimental group and comparison group. The sample comprised 72 essential hypertension patients, aged 60–75 years, registered at Bangkokchareon subdistrict health promoting hospital and Banchandum subdistrict health promoting hospital, Phlapphlachai District, Buri Ram Province. These patients could not controlled their blood pressure and they had no complication. They were selected by the purposive sampling technique as inclusion criteria. Patients from Bangkokchareon subdistrict health promoting hospital were put in the experimental group and Patients from Banchandum subdistrict health promoting hospital were put in the comparison group. There were 36 persons in each group. The experimental tool was the Health Behaviors Developing Program for the Elderly with Hypertension based on PRECEDE–PROCEED model. The collecting data tool was 2 parts questionnaires including 2 parts: 1) general data and 2) health behaviors with CVI was 0.88 and reliability coefficient was 0.80. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks test, and Mann-Whitney U test. The results were founded as follows. After experiment, the overall and every aspect of health behaviors of experimental group were significantly higher than before experiment and the comparison group ($p < .05$). The systolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than before experiment and decreased more than the comparison group. However, the diastolic blood pressure of the experimental group was not significantly different between before and after experiment, nor the comparison group ($p > .05$).

Keyword: Program, Health Behavior, Hypertension, PRECEDE–PROCEED Model

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกตายก่อนวัยอันควรและกำลังรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค, 2560) ผู้มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน สองในสามอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา คาดว่า พ.ศ. 2568 ประชากรทั่วโลกกว่า 1.56 พันล้านคน จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เสียชีวิตจากโรคความดัน

โลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ทุกปี (World Health Organization, 2011) สำหรับประเทศไทย อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ของประเทศ พ.ศ. 2559 เท่ากับ 12.2 (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุช่วงอายุ 66-69 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54 ช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65 และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75 (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2560) ทั้งยังพบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละจังหวัดสูง จังหวัดบุรีรัมย์และอำเภอพลับพลาชัย มีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร พ.ศ. 2559 เท่ากับ 2,984.68 และ 4,045.95 ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ต่อแสนประชากร เท่ากับ 46,247.17 และ 39,257.20 ตามลำดับ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32 และ ร้อยละ 33 ตามลำดับ สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญ มีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร พ.ศ. 2559 เท่ากับ 3,424.66 และมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ เท่ากับ 43,902.44 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์, 2560) จะเห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้มีอัตราเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงตามมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยอื่น และมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกสูง แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่เปลี่ยนแปลงมาก (Isolate systemic hypertension [ISH]) (จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลตงนอก, และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ, 2558) การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติทำได้โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตให้เหมาะสมด้วยการลดน้ำหนักตัว จำกัดโซเดียม ลดอาหารไขมันอิ่มตัว ลดแอลกอฮอล์ เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ผลจะต้องรักษาโดยการให้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

พฤติกรรมสุขภาพสำคัญที่จะช่วยลดน้ำหนักตัว ได้แก่ พฤติกรรมออกกำลังกายและรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการเป็นอาหารแต่จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มม.ปรอท เน้นรับประทานผักและผลไม้ให้มาก จำกัดโซเดียมให้น้อยกว่า 2,300 มก.ต่อวัน ช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มม.ปรอท ออกกำลังกายแบบแอโรบิกสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 4 มม.ปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) มีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2554) หากยังควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติไม่ได้จะต้องรับประทานยาช่วย จึงต้องมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดประสิทธิผลต้องเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีหลากหลาย การวิจัยนี้ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมี 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเป็นปัจจัย/ลักษณะที่บุคคลมีในตนเอง ชักนำ/จูงใจให้แสดงพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงด้วยตัวแบบด้านลบ ส่งผลให้รับรู้ภาวะคุกคามของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงตรงกับความเป็นจริง ชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิด

พฤติกรรม ได้แก่ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง และ 3) บัณฑิตเสริมเป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับ/คาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น ได้แก่ การให้คำชมเชยและข้อมูลป้อนกลับโดยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Green & Kreuter, 2005; ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์, 2553; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง
2. เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 60-75 ปี ที่ไม่สามารถควบคุม

ความดันโลหิตได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพลับพลาย อำเภพลับพลาย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1,131 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์, 2560)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาได้แก่ มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง โรคไต สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินจนไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ สามารถอ่านออกเขียนได้ และเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกครั้ง กำหนดให้ผู้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญอยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนผู้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันทุม อยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 คน

เครื่องมือวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดแบบจำลองฟรอสต์-โพรสตี ครอบคลุม บัณฑิต 3 ด้าน ได้แก่ บัณฑิตนำ คือ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก และการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้วยตัวแบบด้านลบและแลกเปลี่ยนความคิด บัณฑิตเอื้อ คือ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ และบัณฑิตเสริม คือ การเสริมแรงจูงใจ ด้วยการให้คำชมเชยและข้อมูลป้อนกลับ โดยการเยี่ยมบ้านของอสม.

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถาม มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ 7 ข้อ ด้านรับประทานยา จำนวน 12 ข้อ ด้านออกกำลังกาย จำนวน 11 ข้อ และด้านจัดการความเครียด 5 ข้อ ใช้แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ได้แก่ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ พฤติกรรมด้านบวกให้ 5-1 คะแนน พฤติกรรมด้านลบ ให้ 1-5 คะแนน แปลผลระดับพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49 และน้อยที่สุด 1.00-1.49

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.88 และหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกขมิ้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.80

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 006/2562 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการกิจกรรมและระยะเวลาของการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะก่อนทดลอง** จัดทำเครื่องมือวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย วิทยากร และ อสม. ประสานงานขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ร่วมการวิจัยแต่ละ 36 คน ผู้วิจัยคัดเลือกและเก็บข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. **ระยะทดลอง** กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ๗ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก 2) การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ และ 3) การเสริมแรงใจ ด้วยการให้คำชมเชยและข้อมูลย้อนกลับโดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. คนละ 1 ครั้ง และนัดหมายให้ผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเจริญ ในสัปดาห์ที่ 7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลและข้อมูลในระบบบริการปกติจากทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลพลับพลายชัย ที่ออกหน่วยให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำเดือน และนัดหมายให้ผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดุมในสัปดาห์ที่ 7

3. **ระยะหลังทดลอง** กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามวัดความดันโลหิต สรุปการเรียนรู้ จับคู่บอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรม วิเคราะห์ผลสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรม นำเสนอให้กลุ่มฟัง และเสริมแรงใจโดยการให้คำชมเชย และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สรุปการเรียนรู้ จับคู่บอกเล่าประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรม วิเคราะห์ผลสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรม นำเสนอให้กลุ่มฟัง และเสริมแรงใจโดยการให้คำชมเชย และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา t-test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายปกติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 67.19 ปี (SD = 5.30) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.66 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 94.44 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 66.66 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.55 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.66 ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.28 ปี (SD = 3.52) ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 50.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.66 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.63 กก.ต่อ ตรม. (SD = 3.57) เพศหญิง มีรอบเอว เฉลี่ย 83.53 ซม. (SD = 9.67) เกินมาตรฐาน เพศชาย มีรอบเอวเฉลี่ย 82.43 ซม. (SD = 6.89) ไม่เกินมาตรฐาน

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.11 มีอายุเฉลี่ย 66.72 ปี (SD = 4.17) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.22 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.11 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท

ร้อยละ 77.78 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.22 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.22 ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 10.28 ปี (SD = 6.53) ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 72.22 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.90 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.07 กก.ต่อ ตรม. (SD = 4.20) เพศหญิง รอบเอว เฉลี่ย 83.93 ซม. (SD = 7.34) เกินมาตรฐาน เพศชาย รอบเอวเฉลี่ย 82.32 ซม. (SD = 5.90) ไม่เกินมาตรฐาน

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง

2.1 หลังทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้ Paired t-test และ Wilcoxon matched- pairs signed-ranks test (n = 36)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t / Z†	p-value
	M/Mdn†	SD/QD†	ระดับ	M/Mdn†	SD/QD†	ระดับ		
ด้านรับประทานอาหาร	3.19	0.35	ปานกลาง	3.71	0.35	มาก	-6.99	.000
ด้านรับประทานยา	4.42†	0.73†	มาก	4.96†	0.24†	มากที่สุด	-3.50†	.000
ด้านออกกำลังกาย	3.28	1.07	ปานกลาง	3.91	0.66	มาก	-3.61	.000
ด้านจัดการความเครียด	2.92	1.29	ปานกลาง	3.88	0.79	มาก	-3.72	.000
โดยรวม	3.45	0.56	ปานกลาง	4.07	0.29	มาก	-6.29	.000

2.2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง โดยใช้ t-test และ Mann-Whitney U test (n = 72)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 36)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านรับประทานอาหาร	3.71	0.35	มาก	3.15	0.33	ปานกลาง	7.03	.000
ด้านรับประทานยา	4.74	0.37	มากที่สุด	3.75	0.39	มาก	-3.98	.000
ด้านออกกำลังกาย	3.91	0.66	มาก	3.34	0.75	ปานกลาง	3.46	.001
ด้านจัดการความเครียด	3.88	0.79	มาก	2.96	0.91	ปานกลาง	4.58	.000
โดยรวม	4.07	0.29	มาก	3.34	0.30	ปานกลาง	10.45	.000

3. การเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง

3.1 หลังทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้ t-test (n = 36)

ความดันโลหิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ซิสโตลิก	153.86	8.24	สูงเล็กน้อย	135.22	8.73	ปกติ	10.01	.000
ไดแอสโตลิก	82.44	8.27	ปกติ	81.33	7.81	ปกติ	0.70	.487

3.2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (t = 6.63, p < .05) แต่ความดันโลหิต

ไดแอสโตลิกลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ (t = -1.16, p > .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ฯ ตามแนวคิดแบบจำลองฟรีสดี-โพรสดี (Green & Kreuter, 2005) ครอบคลุม ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจโรคถูกต้อง เพราะจัดการเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วม ใช้รูปแบบที่หลากหลาย (McKinney, 2008 อ้างใน สถาพร พฤษภูมิกุล, 2555) ทำให้เข้าใจกลไกเกิดโรค เห็นอันตรายของโรค การมีความรู้มีผลต่อการรับรู้ (อาภาพร เฝ้าวพัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, และขวัญใจ อำนาศสัยชัยเชื้อ, 2556) การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วยตัวแบบด้านลบและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้รับรู้ภาวะคุกคามของภาวะแทรกซ้อนจากโรคตรงความเป็นจริง ชักนำไปเกิดพฤติกรรมสุขภาพ (ภัทรา เล็กจิตรธาดา, และอัจฉรา จินายน, 2553) และเขียนพันธสัญญาใจทำให้เห็นความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ทำให้ได้เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่นและของตนเอง และปัจจัยเสริม ได้แก่ การเสริมแรงใจ ด้วยการให้คำชมเชยและข้อมูลป้อนกลับโดยการเยี่ยมบ้านของ อสม. คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้ได้รับคำพูดชักจูงและกระตุ้นทางอารมณ์ จึงรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยที่การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย (Bandura, 1986 อ้างถึงใน วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559) กลุ่มทดลอง

จึงปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการพยาบาลและข้อมูลในระบบบริการปกติจากทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลพลับพลายที่ออกหน่วยให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำเดือน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านจันตุม ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ได้รับความรู้เป็นรายบุคคลตามปัญหาที่พบ ประกอบกับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.11 ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ฯ จึงมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่เปลี่ยนแปลง ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมและไม่มีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับ รุ่งโรจน์ พรหมอยู่, สุภาพร แนวบุตร, และ ชมนาด วรณพศิริ (2558) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี (2560) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนทดลองและลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน เนื่องจากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้าน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รับประทานอาหารแคลอรีในระดับมาก ช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิก 8-14 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) รับประทานโซเดียมลดลงทำให้ความดันโลหิตลดลง (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2554) พฤติกรรม

รับประทานยาอยู่ในระดับมากที่สุด ทำให้ปัสสาวะมากขึ้น หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดกว้างขึ้นเลือดไหลได้ดีขึ้น ความดันโลหิตจึงลดลง (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญาณกุล, 2561) รับประทานยาถูกต้องมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตลดลง มีพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกลง เฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) และมีพฤติกรรมจัดการความเครียด ด้วยการบริหารการหายใจที่ถูกต้อง อยู่ในระดับมาก ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดอัตราการหายใจ (พีระ นูระณิกิจเจริญ, 2554) สอดคล้องกับ สุริยนต์ โคตรขมภู, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, และทองหล่อ เดชไทย (2554) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ ดวงแข รักไทย และเบญญา คุณรักษ์พงษ์ (2550) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ

ควบคุมความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทำให้ความดันโลหิตไม่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง ให้ครอบคลุมทุกเขตที่รับผิดชอบ
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาและติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2559*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2560). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&tid=30&gid=1-015-008>
- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี. (2560). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 129-137.
- จันจิราภรณ์ วิชัย, สายสมร พลดงนอก, และกิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ. (2558). *ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง*. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- ขจรพรรณ จันทรประสิทธิ์, และวิลาวณีย์ เสนารัตน์. (2553). การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพ. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและกระบวนการการพยาบาล* (หน่วยที่ 7, หน้า 1-57). (พิมพ์ครั้งที่ 13). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ดวงแข รักไทย, และเบญญา คุณรักษ์พงษ์. (2550). *ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. รายงานการวิจัย, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง.

- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2554). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- ภัทรา เล็กจิตรธาดา, และอัจฉรา จินายน. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิดหลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- รุ่งโรจน์ พรหมอยู่, สุภาพร แนวนุตร, และชมนาด วรณพรศิริ. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 10(3), 108-120.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2559). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา นโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล และบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน* (หน่วยที่ 12, หน้า 1-63). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. (2561). การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ. *รามาศิบัติเวชสาร*, 41(1), 95-103.
- สถาพร พงษ์พิบูล. (2555). คุณภาพผู้เรียนเกิดจากกระบวนการเรียนรู้. *วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(2), 1-13.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป* (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558). กรุงเทพมหานคร: อีวี่น้ำพรีนติ้ง.
- สุรียนต์ โคตรชมภู, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, และทองหล่อ เดชไทย. (2554). การจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 47-60.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์. (2560). *NCD โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2562, จาก <https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
- อาภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาศัตยชี้อ. (บ.ก.). (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed). New York: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2011). *Hypertension*. Retrieved January 25, 2019, from https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1