



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล
และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วรารัตน์	ทิพย์รัตน์*	Wararat	Tiparat*
กนกพรรณ	พรหมทอง**	Kanokpan	Promthong**
กัญญา	มุสิกชนะ***	Kanyapa	Musikachana***

Abstract

Uncontrolled hypertensive older adult patients are at a high risk of complications from this disease. Caregivers' health literacy is important for managing the health behavior of older adults in families. This quasi-experimental research aimed to study the effects of health belief model-based interventions on caregivers' health literacy and blood pressure in uncontrolled hypertensive older adults. Participants were 64 uncontrolled hypertensive older adult patients and their caregivers, who were divided into an experimental and a control group. The experimental instruments consisted of health belief model-based interventions, based on Becker's theory of the health belief model and enhancing health literacy, administered for 12 weeks. The data collection tools were a questionnaire on caregivers' health literacy and a blood pressure monitor. The questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .84. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The results indicated that after receiving the program, the experimental group had a higher mean score for caregivers' health literacy. The average systolic and diastolic blood pressure was lower than before receiving the program with statistical significance ($p < .001$, $p < .001$, and $p < .05$, respectively), and higher than that of the control group with statistical significance ($p < .001$, $p < .001$, and $p < .01$, respectively).

This study showed that the health belief model-based interventions with the enhancing health literacy program could increase health literacy levels of caregivers and lead to healthier behavior for uncontrolled hypertensive older adult patients.

Keywords: Health behavior; Health literacy; Older adult; Uncontrolled hypertension

* Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani, Nursing College of Trang, Department of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: wararatt@bcnt.ac.th

** Lecturer, Boromarajonani, Nursing College of Trang, Department of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Registered Nurse, Professional level, NongTrud Sub-district Health Promoting Hospital, Trang Province

Received 19 April 2024; Revised 23 September 2024; Accepted 26 September 2024



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล มีความสำคัญต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และผู้ดูแล จำนวน 64 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และเครื่องวัดความดันโลหิต ทดสอบความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

e-mail: wararatt@bcnt.ac.th

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตูด จังหวัดตรัง



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs: Non-communicable diseases) ถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาพและสังคม องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายระดับโลก ซึ่งครอบคลุมตามปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เป้าหมายด้านอัตราการตายและอัตราร้อย 2) เป้าหมายด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา และ 3) เป้าหมายด้านระบบบริการระดับชาติโดยวัดความสำเร็จของการดำเนินงานฯ ในการจัดการแก้ปัญหาที่จะต้องบรรลุในปี พ.ศ. 2568 แต่การป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงระดับ 3 (BP $\geq 180/110$ mmHg) มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าความดันโลหิตปกติประมาณ 9 เท่า (Department of Disease Control, 2020) ข้อมูลด้านการควบคุมความดันโลหิต ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีเท่ากับร้อยละ 59.20, 58.60 และ 56.50 ตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่าถึงแม้จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อัตราการควบคุมโรคมีแนวโน้มลดลง (Bunpoke et al., 2021) โดยเฉพาะประชากรสูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ คือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.00 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 67.20 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.80 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากในวัยสูงอายุจะเกิดการเสื่อมของหลอดเลือดแดงมากขึ้น และสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ (Musini et al., 2019)

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกช่วงเวลา ดังนั้นกลไกสำคัญของการควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสงบอย่างต่อเนื่อง การสร้างความเข้าใจกับผู้ดูแลหรือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคแก่ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการปรับพฤติกรรมในผู้สูงอายุ การให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาในการรับประทานยา การตัดสินใจร่วมกันในการเลือกแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร่วมกับมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมั่นใจ (Magteppong et al., 2022)

การศึกษาเกี่ยวกับความเท่าทันต่อโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น และไม่สามารถสอบถามบุคลากรสุขภาพได้เมื่อมีข้อสงสัย มีอุปสรรคไม่สามารถเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนและสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงเข้าใจ และการจัดการตนเอง ครอบครัวจึงต้องให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ในการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมตามมา (Kongai et al., 2023) จากการศึกษาของ จิตรา อารังชัยชนะ (Thamrongchaichana, 2021) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลานมากที่สุด เกี่ยวกับการพาไปร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน การให้คำพูดคุยเรื่องสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคอยดูแลรับส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Kassahun et al., 2020; Tanak et al., 2020) และช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Intaboot, 2020) อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคให้กับผู้สูงอายุ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม และมีระดับความดันโลหิตลดลง (Penpoompaung et al., 2023)



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีระดับความดันโลหิตลดลง (Hirungerd et al., 2021) รวมทั้งแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้เป็นทักษะและความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์และเลือกข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ จากการสื่อสารและทางสารสนเทศมาใช้ส่งเสริมและดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลต่อคุณภาพการดูแล หากมีความรอบรู้สูงจะทำให้การดูแลดี เช่น การจัดการกับอาการของผู้สูงอายุและรับรู้ความต้องการของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Deeken et al., 2019)

นอกจากนี้ การสร้างเสริมสุขภาพด้วย สบช. โมเดล (PBRI: Participation, Boding, Responsibility, Integrity model) โดยใช้แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี จำแนกภาวะสุขภาพกลุ่มป่วยเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับความรุนแรง คือ สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และกำหนดมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์) 3 ลด (ลดบุหรี่ย, ลดเหล้า, ลดอ้วน) (Turner et al., 2022) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและทำให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลง (Juwa et al., 2019)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2015) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง โดยใช้มาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด และป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (PBRI model) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในตำบลหนองตรุด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ด้รง ในการสร้างชุมชนสุขภาพะ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 30.12 ที่สามารถควบคุมได้ ($BP \leq 139/89$ mmHg) ซึ่งค่าเป้าหมายกำหนดไว้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 59.88 (Public health office of Trang, 2020) โดยสถานบริการจัดรูปแบบการให้บริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง และนัดพบแพทย์ทุก 3 เดือนพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคล ยังไม่ได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือรับรู้ข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยร่วมกัน ดังนั้นในการศึกษานี้มุ่งที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว ทั้งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแล การส่งคลิปวิดีโอภาษาถิ่นผ่านไลน์แอปพลิเคชันเพื่อทบทวนการปฏิบัติตัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำให้กำลังใจในการปฏิบัติเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ลดลงตามเกณฑ์ ลดการเกิดความรุนแรงของโรคต่อไป



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวกักกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

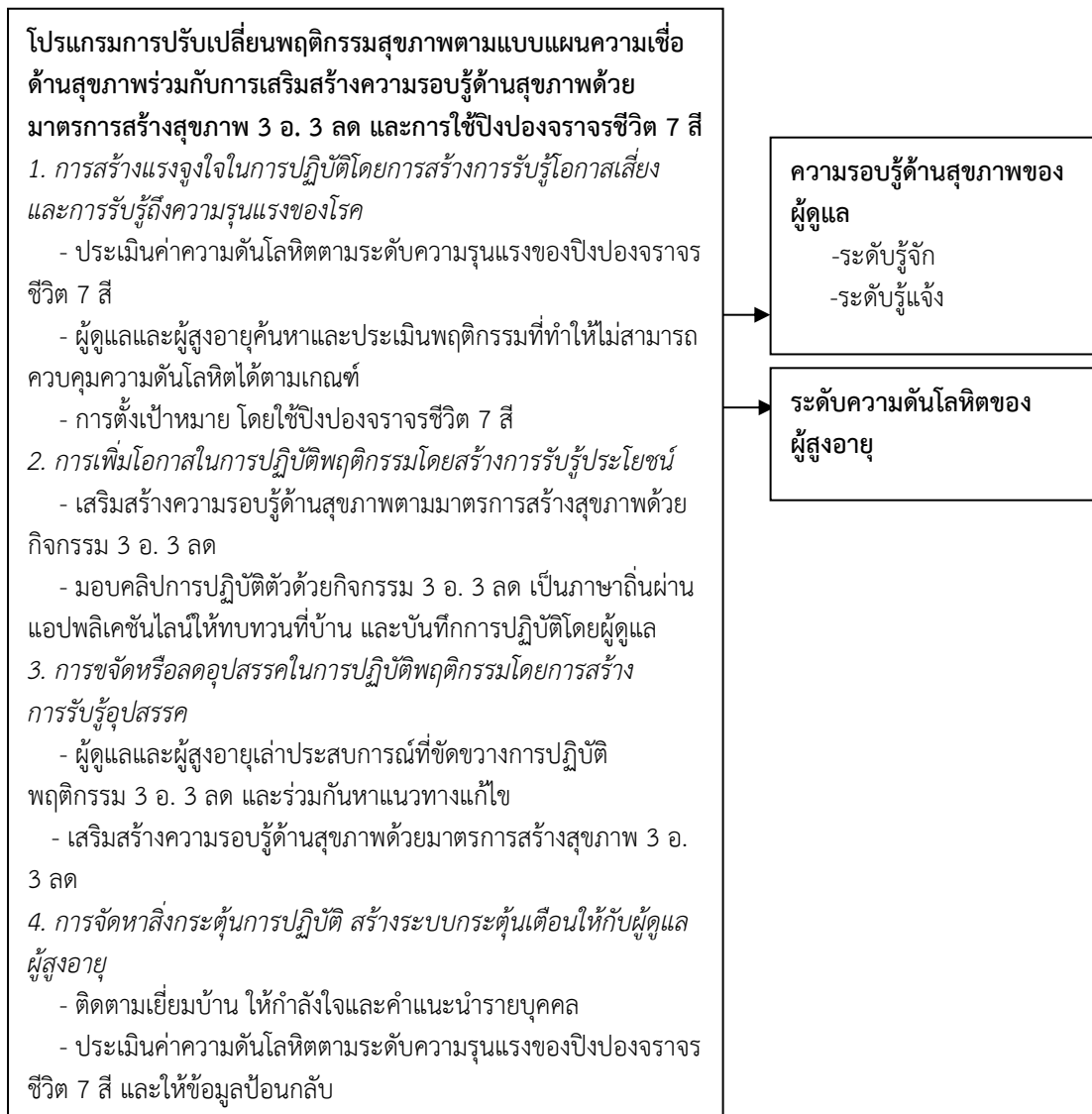
ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยการออกแบบกิจกรรมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 1) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติโดยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 2) การเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยสร้างการรับรู้ประโยชน์ 3) การจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการสร้างการรับรู้อุปสรรค และ 4) การจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ร่วมกับการนำเครื่องมือ “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” (PBRI model) โดยแบ่งผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสีเหลือง (BP = 140-159/90-99 mmHg) กลุ่มสีส้ม (BP = 160-179/100-109 mmHg) และกลุ่มสีแดง (BP $\geq$ 180/100 mmHg) มาใช้เป็นสื่อสร้างความตระหนัก เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดความกลัวต่อความรุนแรงของโรค และการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2015) โดยใช้มาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3 ลด (ลดน้ำหนัก ลดบุหรี่ ลดสุรา) ให้กับผู้ดูแลในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้งเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยได้มอบคลิปการปฏิบัติตัวเป็นภาษาถิ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ให้ผู้ดูแลเปิดให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้ทบทวนที่บ้าน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลให้ผู้สูงอายุฯ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม ซึ่งการมีส่วนร่วมดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวที่แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ การกระตุ้น การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ลดความรุนแรงของโรคได้ โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (two group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาด อำเภอมะนัง จังหวัดตรัง จำนวน 240 คน (Public health office of Trang, 2020)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาด อำเภอมะนัง จังหวัดตรัง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา 2) มีค่าความดันโลหิต Systolic ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 -109 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกัน 2 ครั้งของการมารับบริการตามนัด 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย ประเมินความจำระยะสั้นโดยใช้แบบสอบถาม Mini-Cog จำนวน 3 ข้อคะแนนเต็ม 5 คะแนน ได้คะแนนรวม > 3 คะแนนขึ้นไป 4) ได้รับการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสถานบริการ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยตรงและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน 3) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถพูด อ่าน และเขียนได้

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย คือ เกิดอุบัติเหตุ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล คือ มีการย้ายที่อยู่ในระหว่างดำเนินการวิจัย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม $G * Power$ ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้จำนวน 64 คู่ และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน จึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) คือ เพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับเดียวกันตามเกณฑ์ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว 7 สี่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) คือ เพศ และอายุไม่เกิน 5 ปี ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พร้อมผู้ดูแลและจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันเป็นลำดับตัวเลขที่เหมือนกัน และสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากที่ละคู่ รายชื่อแรกเป็นกลุ่มควบคุม 32 คู่ และรายชื่อหลังเป็นกลุ่มทดลอง 32 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ

1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรฐานการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ร่วมกับแนวคิดป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว 7 สี่ เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบและสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรค โดยใช้สัญลักษณ์ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว 7 สี่ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สีเขียวเข้ม (BP $\leq 139/89$ mmHg) สีเหลือง (BP = 140-159/90-99 mmHg) สีส้ม (BP = 160-179/100-109 mmHg) สีแดง (BP $\geq 180/100$ mmHg) และสีดำ (BP $\geq 180/100$ mmHg และมีภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ ไต) (2) การสร้างการรับรู้ประโยชน์และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรฐานการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด (3) การสร้างการรับรู้อุปสรรคและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (4) การสร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

1.2 แผนการสอนเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตตามมาตรฐานการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1.3 คลิปวิดีโอภาษาถิ่นคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด จำนวน 20 นาที

1.4 คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด และแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด ของ ผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก

โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องของเนื้อหาตามความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย ความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ผลการทดลองใช้พบว่า โปรแกรมฯ เข้าใจง่าย มีความเข้าใจในเนื้อหาตรงกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคร่วม ประวัติการรับประทานยา ระยะเวลาที่เป็นโรค ความดันโลหิตตามกลุ่มป้องกันจราจรชีวิต 7 สี จำนวน 8 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

2.2 แบบวัดความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Thanasukan & Neelapaijit, 2015) โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 7 ตอน จำนวน 57 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลเอง การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น 2 ระดับตามเกณฑ์ระดับการเรียนรู้ คือ ระดับรู้แจ้ง (คะแนน $\geq 75\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับรู้จัก (คะแนน $< 75\%$ ของคะแนนเต็ม) โดยข้อคำถามผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) คือ .89 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดพกพา ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลตรัง ใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย และใช้ผู้วิจัยคนเดียวกันในการวัดความดันโลหิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติ หมายเลข 4/2565 ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยขอคัดรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ตอบรับหรือปฏิเสธโดยที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลเอกสารจะเก็บเป็นความลับในตู้เก็บเอกสารที่ทำงานโดยล็อกกุญแจไว้ ไม่มีการบันทึกชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลเป็นรายบุคคลได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่เดียวกันและเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์ จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 13 เป็นครั้งที่ 1)

ระยะทดลอง

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมดำเนินการในสัปดาห์ที่มาตรวจตามนัด ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มาตามนัด ณ คลินิกโรคเรื้อรัง ตามขั้นตอนปกติของการให้บริการของสถานบริการ ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมดังนี้ 1) ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพชี้แจงการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือและยินยอมร่วมวิจัย 3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยตรวจวัดความดันโลหิต และให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และ 4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าพบแพทย์ตามปกติ พบพยาบาลให้คำแนะนำและเขียนใบนัดในสมุดประจำตัว ปรึกษาและกลับบ้าน โดยผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลและผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในวันที่มาตามนัด ณ คลินิกโรคเรื้อรังคือ สัปดาห์ที่ 12

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่มาพบแพทย์ ณ คลินิกโรคเรื้อรังตามนัด (สัปดาห์ที่ 13) โดยตรวจวัดความดันโลหิตและให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (pre-test) จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม (เช้า-บ่าย) ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเวลาในการเข้ากลุ่มตามความสมัครใจ จำนวน 16 คู่ต่อกลุ่ม และติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (พบกลุ่มทดลอง) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ.3 ลด ผู้วิจัยแจ้งผลค่าความดันโลหิตพร้อมแปลผลตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในกลุ่มผู้ป่วย ติดที่สันปกแฟ้มประวัติ Family folder และสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุวิเคราะห์พฤติกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตได้และร่วมกำหนดเป้าหมาย ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. โดยการฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม การสาธิตการตรวจวัดระดับความเค็มของอาหาร การสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสม และฝึกทักษะการจัดการความเครียด พร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเป็นภาษาถิ่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ผู้ดูแลเปิดให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน และมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด และแบบบันทึกพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด ของผู้สูงอายุโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกและนำมาในวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (พบกลุ่มทดลอง) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรม และจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. ในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าปฏิบัติได้เพิ่มขึ้นเท่าเดิม หรือน้อยลง ให้วิเคราะห์อุปสรรคพร้อมให้บอกวิธีการจัดหรือลดอุปสรรคในการขัดขวางการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ 3 ลด (ลดบุหรี่, ลดเหล้า, ลดน้ำหนักตัว) ทั้งการสืบค้นข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และให้ความรู้ในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 (พบกลุ่มทดลอง) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรม จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล เพื่อสอบถามการปฏิบัติ ตรวจดูแบบบันทึกพฤติกรรม และตรวจวัดระดับความเค็มของอาหาร



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ที่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ให้กำลังใจ และวางแผนร่วมกันในการจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเพิ่มเติม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 (พบกลุ่มทดลอง) การจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ผู้วิจัยให้ผู้ดูแล ทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพครั้งที่ 2 และตรวจวัดความดันโลหิตพร้อมดูแบบบันทึกพฤติกรรม เปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิตกับระดับสีตามเกณฑ์ป้องกันภาวะหัวใจ 7 สี โดยบันทึกค่าเป็นจุดกราฟในคู่มือของผู้ป่วย กล่าว ชื่นชมและให้กำลังใจ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเพิ่มเติม

ระยะหลังทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 (พบกลุ่มทดลองที่มาพบแพทย์ที่คลินิกชุมชนตามนัด) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้น กิจกรรมการวิจัย โดยตรวจวัดความดันโลหิตผู้สูงอายุ และให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ พร้อมแปล ผลติดสติ๊กเกอร์สีที่สนักแฟ้มประวัติ Family folder และสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย และอธิบายเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน และสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้นำพบกลุ่มควบคุมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามหลัก 3 อ. 3 ลด ตามขั้นตอนพร้อมเน้นย้ำให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลพบว่าเป็นปกติ (test of normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้สถิติ t-test for independent sample มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลพบว่าเป็นปกติ (test of normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.75 มีอายุเฉลี่ย 69.69 ปี (SD = 4.82) อยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 59.38 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 93.75 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 81.25 มีโรคร่วมร้อยละ 7.81 เป็นไขมันในเลือดสูง มียารับประทาน 3 ชนิดร้อยละ 53.17 ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.25 และความดันโลหิตอยู่ในระดับสีเหลืองร้อยละ 62.50 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 อายุเฉลี่ย 46.09 ปี (SD = 9.90) อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 46.87 จบการศึกษาระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 71.86 รายได้ครอบครัว 22,968.75 บาท/เดือน (SD = 6581.91) อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 78.13 อาชีพทำสวน/กรีดยาง ร้อยละ 93.75 และมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 86.87



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 มีอายุเฉลี่ย 69.88 ปี (SD = 3.75) อยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 53.13 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.63 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.00 มีโรคร่วมร้อยละ 15.63 เป็นไขมันในเลือดสูง มียารับประทาน 3 ชนิด ร้อยละ 46.87 ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.88 ความดันโลหิตอยู่ในระดับ สีเหลือง ร้อยละ 62.50 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.25 อายุเฉลี่ย 43.84 ปี (SD = 4.03) อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 53.13 จบการศึกษาระดับ ปวช. ร้อยละ 68.72 รายได้ครอบครัว 18,406.25 บาท/เดือน (SD = 8560.47) อยู่ในช่วง 10,001-20,000 ร้อยละ 62.50 อาชีพทำสวน/กรีดยาง ร้อยละ 85.42 และมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 93.75

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุฯ ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) เกี่ยวกับ เพศ อายุ และค่าความดันโลหิตตามระดับสีป้องกัน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกัน (matched pair) เกี่ยวกับเพศ และอายุ ทดสอบความแตกต่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square test ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับรู้แจ้ง (คะแนน ≥ 75 % คะแนนเต็ม) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.87 ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุฯ อยู่ในกลุ่มสีเขียวเข้ม ($BP \leq 139/89$ mmHg) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.38 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($n = 32$)

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล				
ระดับรู้จัก (คะแนน < 75 %ของคะแนนเต็ม)	29	90.62	9	28.13
ระดับรู้แจ้ง (คะแนน ≥ 75 %ของคะแนนเต็ม)	3	9.38	23	71.87
ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ				
$\leq 139/89$ mmHg (สีเขียวเข้ม)	0	0	19	59.38
140-159/90-99 mmHg (สีเหลือง)	20	62.50	12	37.50
160-179/100-109 mmHg (สีแดง)	12	37.50	1	3.12

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (สัปดาห์ที่ 12) คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตตัวบน-ตัวล่างของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.08, p < .001$ และ $t = 6.88, p < .001, t = 2.56, p < .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมฯ (n = 32)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล	74.06	4.28	83.06	4.29	11.08	<.001*
ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้						
-Systolic blood pressure (SBP)	153.72	7.11	138.97	3.52	6.88	<.001**
-Diastolic blood pressure (DBP)	93.34	3.84	83.94	4.47	2.56	.015*

p* < .05, p** < .001

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุฯ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.07, p < .001 และ t = 9.27, p < .001, t = 2.83, p < .01 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 64)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ				หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล								
กลุ่มทดลอง (n = 32)	74.06	4.28	0.93	.358	83.06	4.29	8.07	<.001**
กลุ่มควบคุม (n = 32)	73.06	4.35			72.53	6.01		
ความดันโลหิตตัวบนของผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ (Systolic)								
กลุ่มทดลอง (n = 32)	153.72	7.11	.12	.906	138.97	3.52	9.27	<.001**
กลุ่มควบคุม (n = 32)	153.50	7.58			150.44	6.04		
ความดันโลหิตตัวล่างของผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ (Diastolic)								
กลุ่มทดลอง (n = 32)	93.34	3.40	2.08	.061	83.94	4.47	2.83	.006*
กลุ่มควบคุม (n = 32)	91.38	4.13			87.13	4.49		

p* < .01, p** < .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วม



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โปรแกรมฯ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ๆ (Becker, 1974) ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ขั้นตอน โดยการให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการแจ้งผลการตรวจวัดความดันโลหิตและแปลผลโดยใช้เกณฑ์ป้องกันภาวะโรค 7 สี ในกลุ่มผู้ป่วย มีการติดสติ๊กเกอร์สีที่แฟ้มสุขภาพ (Family folder) และสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ มีการรับรู้ค่าความรุนแรงของสี ซึ่งเป็นสื่อสัญลักษณ์ที่จดจำได้ง่ายกว่าค่าตัวเลข ต่างจากการรับรู้แบบเดิม คือ “ผู้ป่วยจะรู้ว่าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แต่จะจดจำค่าตัวเลขไม่ค่อยได้ มักจะหลงลืมและจำค่าตัวเลขสลับกัน” แต่ในการศึกษารุ่นนี้ได้มีการแปลค่าความดันโลหิตเป็นสีของป้องกันทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจดจำได้ง่ายว่าอยู่ในสีอะไร เห็นความรุนแรงของโรคได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยการนำสื่อสัญลักษณ์ “ป้องกันภาวะโรค 7 สี” ซึ่งเป็นสื่อที่นำ “สี” ที่ประชาชนมีความคุ้นเคย ในชีวิตประจำวันมาเป็นตัวแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Juwa et al., 2019) ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตามค่าสีของป้องกันภาวะโรค 7 สี ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความกลัว จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรืองดเว้นการกระทำพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรค ทำให้สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคตามระดับสีลงได้ (Hirungerd et al., 2021)

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ วิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคพร้อมบอกอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้เกิดการสะท้อนการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา เกิดการรับรู้และมองเห็นแนวทางในการจัดการกับอุปสรรคนั้น ๆ และตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ความดันโลหิตลดลงในแต่ละระดับเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติหรือสร้างโอกาสในการปฏิบัติ โดยทุกกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อจะได้ตระหนักและรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับผู้สูงอายุฯ เพราะผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการกระตุ้นเตือนหรือเน้นย้ำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้ของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรม ทำให้สามารถจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้ถูกต้องเหมาะสม (Pramoonsin et al., 2020)

การศึกษารุ่นนี้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้ง (คะแนน ≥ 75 % ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 9.38 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับรู้แจ้งเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.87 แสดงว่าผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการสร้างการรับรู้ประโยชน์ จัดกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุฯ การให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตามมาตรการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์) และ 3 ลด (ลดน้ำหนัก, ลดบุหรี่, ลดสุรา) ฝึกปฏิบัติในการเลือกเมนูอาหารประจำวัน การตรวจสอบความเค็มในอาหาร การสาธิตการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เทคนิคการลดการสูบบุหรี่ การลดการดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนักตัว และการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ การร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ เป็นการสะท้อนพฤติกรรมจากการปฏิบัติจากประสบการณ์ และสามารถนำแนวปฏิบัติของบุคคลอื่นไปปรับใช้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอโฮห์ และคณะ (AYoh et al., 2022) พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สุข. โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้คะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

การที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุฯ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้รับกำลังใจและข้อเสนอแนะเป็นรายบุคคลทำให้กล้าที่จะซักถามข้อมูลเพิ่มเติม มีการตรวจวัดความเค็มของอาหารในครัวเรือน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น สามารถกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามมาตรฐานการสร้างสุขภาพด้วยกิจกรรม 3 อ. 3 ลด ทั้งการจัดหา การช่วยเหลือต่าง ๆ และกระตุ้นเตือนโดยเปิดคลิปวิดีโอภาษาถิ่นคำแนะนำ ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 3 ลด ให้ผู้สูงอายุฟังเป็นประจำทุกวัน ซึ่งคลิปวิดีโอมีภาพและการใช้ภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย การฟังบ่อย ๆ เป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ข้อมูลได้มากขึ้น กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุฯ รู้สึกมีกำลังใจและมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 93.75 ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนและร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุฯ มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม

การปฏิบัติตามหลัก อ. อาหาร การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียม เช่น ข้าวกล้อง อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ผักโขม มะเขือเทศ เห็ด เป็นต้น ซึ่งช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวได้ดี (Houston et al., 2008) การลดอาหารที่มีไขมันสูงเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวช่วยลดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ก็จะส่งผลทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง รวมทั้ง อ. ออกกำลังกายเป็นประจำช่วยให้เยื่อหลอดเลือด (endothelium) มีความยืดหยุ่นช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลง 4-7 มิลลิเมตรปรอท (Pescatello et al., 2015) และ อ. อารมณ์ การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทำให้ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติลดลงส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศราพงษ์ เป็นพุ่มพวง และคณะ (Penpoompaung et al., 2023) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับการกระตุ้น การช่วยเหลือ คำพูดชักจูง รวมถึงข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคคลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ ในส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้

ดังนั้น เมื่อมีการติดตามตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ มีระดับความดันโลหิตที่มีการเปลี่ยนค่าความรุนแรงของสistolเป็นสีเขียวเข้ม ($BP \leq 139/89$ mmHg) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.38 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน-ตัวล่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าลดลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีการสะท้อนผลการปฏิบัติโดยดูจากคู่มือการบันทึกพฤติกรรม และแสดงผลความดันโลหิตเป็นกราฟเส้นในสมุดคู่มือการปฏิบัติฯ ของผู้สูงอายุฯ ตามแถบสีของป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุฯ เห็นแนวโน้มของกราฟเส้นที่ลดลงซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้มีกำลังใจในการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่องมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

การเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการจากสถานบริการตามปกติ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และแจ้งผลค่าความดันโลหิตว่าควบคุมได้หรือไม่ได้ พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการ



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการนัดตรวจครั้งต่อไปสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงไม่ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแล รวมทั้งไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเหมือนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตตัวบน-ตัวล่าง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฯ ลดลงและดีกว่ากลุ่มควบคุม สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยออกแบบการศึกษาเป็นแบบวัดซ้ำเพื่อติดตามประเมินระดับความดันโลหิต

References

- AYoh, N., Sittisart, V., & Na Wichian, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing Suphanburi*, 5(2), 129-139. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260549> (in Thai)
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Bunpoke, J., Kaedjuna, H., Nakarach, B., Thesara, K., Threekhoa, W., & Lunarun, R. (2021). *The KPI template to control service quality of performance non- communicable diseases (Diabetes Mellitus and Hypertension) Fiscal year 2021*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf> (in Thai)
- Deeken, F., Rezo, A., Hinz, M., Discher, R., & Rapp, M. A. (2019). Evaluation of technology-based interventions for informal caregivers of patients with dementia-a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 426-445.
- Department of Disease Control. (2020). *Annual Report 2022*. <https://ddc.moph.go.th/dncd/> (in Thai)



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล
และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- Hirungerd, S., Vutiso, P., & Srimongkol, M., (2021). The effects of health belief model program on knowledge, stroke prevention behavior and blood pressure levels in hypertensive patients the responsibility area of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 478-487. (in Thai)
- Houston, M. C., & Harper, K. J. (2008). Potassium, magnesium, and calcium: Their role in both the cause and treatment of hypertension. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich.)*, 10(7 Suppl 2), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.08575.x>
- Intaboot, K. (2020). The effect of a self-management and social support program on new hypertension cases with uncontrolled blood pressure. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima*, 26(1), 73-83. (in Thai)
- Juwa, S., Wongwat, R., & Manoton, A. (2019). The effectiveness of the health behavior change program with 7 colors ball tool on knowledge, health belief and behavior related to the prevention and control of hypertension and diabetes mellitus, in Maeka Sub-District, Muang District, Phayao Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 127-141. (in Thai)
- Kassahun, C. W., Asasahegn, A., Hagos, D., Ashenafi, E., Tamene, F., Addis, G., & Endalkachew, K. (2020). Knowledge on hypertension and self-care practice among adult hypertensive patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital, Ethiopia, 2019. *International Journal of Hypertension*, 2020, 5649165. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32373351/>
- Kongai, A., Kamdaeng, P., Lorga, T., Apiwongwarn, P., Satijasakulrat, S., Naunboonruang, P., & Anuwatnonthakate, A. (2023). Hypertension literacy and self-management among older persons living with hypertension, Mae Hong Son Province: A critical incident technique qualitative study. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 41(4), 1-15. (in Thai)
- Magteppong, W., Nanudorn, A., & Pounsamai, P. (2022). The development of the pattern of family roles in caring for elderly persons with hypertension through family participation. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(2), 101-116. (in Thai)
- Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Division of Health Education. (2015). *Health literacy evaluation and promotion*. Printery of Division of Health Education.
- Musini, V. M., Tejani, A. M., Bassett, K., Puil, L., & Wright, J. M. (2019). Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000028. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000028.pub3> (in Thai)
- Penpoompaung, I., Inkoom, J., & Jaisangad, S. (2023). Effects of a perceived self-efficacy, disease knowledge, and social support enhancement program on knowledge, self-care behaviors, and blood pressure among the older adults with uncontrolled hypertension. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 30(3), 118-134. (in Thai)



The Effects of Health Belief Model-Based Interventions on Caregivers' Health Literacy and Blood Pressure in Uncontrolled Hypertensive Older Adults

ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล
และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- Pescatello, L. S., MacDonald, H. V., Lamberti, L., & Johnson, B. T. (2015). Exercises for hypertension: A prescription update integrating existing recommendation with emerging research. *Current Hypertension Report*, 17(11), 87. <http://doi/10.1007/s11906-015-0600-y>
- Pramoonsin, O., Tamdee, D., & Aungwattana, S. (2020). Effects of participatory learning of family members on knowledge and practice in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal*, 47(3), 314-326. (in Thai)
- Public health office of Trang. (2020). *The report of chronic patient data 2019*. <http://tro.moph.go.th/provis/main/index.php> (in Thai)
- Tanak, L., Koshakri, R., & Jewpattanakul, Y. (2020). Factors related to health literacy among high-risk hypertension population in Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 140-150. (in Thai)
- Thamrongchaichana, J. (2021). A development of exercise program applying social support theory among the elderly person with hypertension in Ban Had District, Khon Kaen Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 6(2), 23-29. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/872/467> (in Thai)
- Thanasukan, C., & Neelapaijit, N. (2015). *The development of health literacy measurement tool for diabetes mellitus and hypertensive of patients*. <https://www.nkp-hospital.go.th/H.ed/mFile/20180122115054.pdf> (in Thai)
- Turner, K., Charoensuk, S., Polthana, P., Nitirat, P., & Howharn, C., (2022). Conceptual framework of health policy for health promotion with PBRI Model by integrating with higher education missions into healthy communities, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 5(3), 204-208. (in Thai)