

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
กรุงเทพมหานคร**

พนิตนันท์ พรหมดำ*

นิตยา สุขชัยสงค์**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง และติดตามผลการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-80 ปี จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการรักษาโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ พฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Repeated Measure one-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ พฤติกรรมการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนค่าระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรับประทานยา, ทฤษฎีแรงจูงใจในการรักษาโรค, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Corresponding author; E-mail: nittaya_po@nmu.ac.th

The effectiveness of the application of the protection motivation theory and social support of antihypertensive drug behavior among elderly people in Bangkok Metropolitan

Panidnun Promdum*

Nittaya Sukchaisong**

Abstract

This quasi-experimental research with two group, pre-post tested, and follow-up, aimed to examine the effectiveness of the protection motivation theory and social support of antihypertensive drug behavior among elderly people. Sample were 44 elderly people at age 60-80 years old. The participants were equally assigned into an experimental and comparison groups, 22 each. The experimental group received health promotion behavior program applied with Protection Motivation Theory and social support. Data were collected using a questionnaire that included perceived susceptibility of disease, self-efficacy of taking medication, perceived of the effectiveness of the results, behavior of using antihypertensive drug, and social support from family members as well as health care volunteer. Data were analyzed by descriptive statistics, Paired t-test, and Repeated Measure one-way ANOVA.

The result found that in the experimental group the mean scores for perceived severity of disease, perceived susceptibility of disease, self-efficacy of taking medication, perceived of the effectiveness of the results, behavior of antihypertensive medication adherence, and social support from family members and health care volunteer were higher than the mean scores in the comparison group with statistical significance (p -value < 0.05) after intervention and follow-up. The mean scores for blood pressure was lower than the mean scores in the comparison group with statistical significance (p -value < 0.05).

This study suggests that nurses should apply health promotion behavior program of antihypertensive medication adherence for elderly people in order to change behavior and to prevent disease complications.

Keywords: drug behavior, protection motivation theory, social support, elderly people with hypertension

*Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

**Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

Corresponding author; E-mail: nittaya_po@nmu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง พบว่าทั่วโลกมีอุบัติการณ์จำนวนคนป่วยมากขึ้น คาดว่าประมาณในปี 2025 จะมีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 1,560 ล้านคนทั่วโลก โดยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอุบัติการณ์ป่วย 9.4 ล้านคน¹ ในประเทศไทยพบว่ารายงานสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2560 มีอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยภาวะความดันโลหิตสูง 8,525 มีอัตราเพิ่มขึ้น สำหรับในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2560 มีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 305 และ 319 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และมีอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป พบ 4,056.19 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งการศึกษาพบว่าโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ และจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 66 เปอร์เซ็นต์เมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป²⁻³ ถ้าไม่ได้ควบคุมระดับความดันโลหิต มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยอัตราภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค พบภาวะหลอดเลือดหัวใจ 1,097 คนต่อประชากรแสนคน ภาวะหลอดเลือดสมอง 382.3 คนต่อประชากรแสนคน³ และมีการศึกษายืนยันว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ⁴ สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 มีภาวะแทรกซ้อนในประชากรเกิดขึ้นร้อยละ 1.42 ในผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง โดยที่พบสูงสุด คือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 76.54

รองลงมา คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 15.05 และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ร้อยละ 8.4⁵

จากการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่ได้ผลดีที่สุด คือ การรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตจากโรคได้⁶ ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยโดยมีการศึกษายืนยันว่าผู้สูงอายุรับประทานยาต่อเนื่องและถูกต้องเพียงร้อยละ 26 ถึง 59 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁷ และพบผู้สูงอายุร้อยละ 60 ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ ไม่เข้าใจในคำแนะนำ เป็นผลให้เกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁸ จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานยาอย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างถูกต้อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา⁹ การสนับสนุนทางสังคม การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของบุคลากรทางสาธารณสุข และการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน^{10,11}

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protective Motivation Theory) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ในคือผู้สูงอายุ ชาย-หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ในชุมชนเขต

กรุงเทพมหานคร โดยการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างเหมาะสม¹²

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protective Motivation Theory) และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการผ่านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง เน้นกระบวนการคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผ่านการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว ก่อให้เกิดผลต่อความคิด ทศนคติแบบแผนพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ทั้งหมดนี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างได้เหมาะสม¹³⁻¹⁴ โดยส่งเสริมการฝึกทักษะการในการรับประทานยาที่ถูกต้อง พร้อมจดบันทึกการรับประทานยา เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จากครอบครัวและออสส. โดยการพูดให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ที่ถูกต้องจนทำให้สามารถควบคุมค่าระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายการรักษาได้¹⁵

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของ

ผลลัพธ์ในพฤติกรรม พฤติกรรมการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรม พฤติกรรมการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของการรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคม ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ในประสิทธิผลของการรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคม และค่าระดับความดันโลหิต หลังการทดลองและระยะติดตามผล ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดลองวัดก่อน-หลัง และติดตามผลการทดลอง

ประชากร คือ ประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตศูนย์บริการสาธารณสุข 31 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย ทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล effect size เท่ากับ 1.05 จากนั้นนำค่าที่ได้ไปเทียบกับตารางของโคเฮน¹⁷ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.80 พบว่าได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน และป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้น ร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 2 ปี 3) มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 4) มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ADL มากกว่า 12 คะแนน ส่วนเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

2) การรับรู้ความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ โรคไตวาย โรคจอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ผล 0.91

3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยปัจจัยจากพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ลืมรับประทานยา ปรับลดหรือเพิ่มยาเอง เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ผล 0.82

4) การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เรื่องการรับประทานยาได้ตรงกับช่วงเวลา รับประทานยาได้ถูกชนิดยาที่แพทย์สั่ง รับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง รับประทานยาตามวันที่แพทย์นัด สังเกตอาการผิดปกติเพื่อแจ้งอาการแพทย์ได้ เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ค่าความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ผล 0.88

5) การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้สึกเชื่อมั่นและมั่นใจว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการรับประทานยาถูกขนาด การรับประทานยาต่อเนื่อง การเก็บยาอย่างถูกวิธี รับประทานยาตรงเวลา การพกยารับประทานเมื่อต้องออกเดินทางนอกที่พักอาศัยเพื่อรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ค่าความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ผล 0.78

6) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การเก็บยาที่ถูกต้อง การไม่ซื้อยามารับประทานเอง เป็นต้น ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ค่าความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ผล 0.86

7) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับ คนในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขให้คำชมเชยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการจัดยา ติดตามระดับความดันโลหิต สอบถามอาการผิดปกติ เป็นต้น ข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ค่าความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ผล 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรู้แรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง และสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เพื่อสามารถควบคุมค่าระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายการรักษาได้ ได้แก่ 1) คู่มือการรับประทานยา 2) สไลด์ประกอบการสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน 3) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท ซึ่งมีการทดสอบเทียบค่าความเที่ยงตรงของการวัด ปีละ 1 ครั้งโดยศูนย์เครื่องมือแพทย์วิชัยพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช และได้ใช้เครื่องมือดังกล่าว เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินผลก่อนการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อคน มีผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยสัมภาษณ์ทั้งหมด 3 คน แล้วจึงเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม การวิจัย ซึ่งจัดขึ้น 3 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที กลุ่มละประมาณ 8 -12 คน ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยผู้วิจัยจะโทรนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างก่อนทุกครั้ง และในสัปดาห์ที่ 4 โทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัยใช้เวลา 5 นาที/ราย สัปดาห์ที่ 6 จะติดตามผลและประเมินผลซึ่งกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้ความรู้แรง การเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยผ่านสื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว ใช้สไลด์มีภาพประกอบคำบรรยาย

สัปดาห์ที่ 2 มีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 นำเสนอตัวแบบด้านลบที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มตัวอย่างคิดทบทวนในพฤติกรรมเสี่ยงและให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองใช้คำพูดชักจูงโดยผู้วิจัย ให้คำชมเชย และการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จผ่านการฝึกทักษะ เทคนิคการบันทึกและการจัดยารับประทาน

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายผลดีภายหลังจากการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสมาชิกในครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ การชื่นชมในการกระทำ และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา การติดตามวัดค่าความดันโลหิต การเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 3 โทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือนและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 4 ทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์หน้าต่อหน้า

สัปดาห์ที่ 8 (ระยะติดตามผล) เพื่อติดตามความยั่งยืนในระหว่างนี้กลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หน้าต่อหน้า

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยขอการรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชราช รหัสโครงการวิจัย IRB KFN 12/2019 และผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์บริการ

สาธารณสุข เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงว่าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล แบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่องานวิจัยได้รับการนำเสนอและเผยแพร่แล้ว โดยในการเผยแพร่ข้อมูลจะทำให้ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้วให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมตน กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ตามปกติที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดให้ตามนัดทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยาและแรงสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่ามีกระจายตัวเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การ

รับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยา แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ (t-test dependent sample)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยา แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิตในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองกับเปรียบเทียบ (ร้อยละ 68.2 และ 59.1 ตามลำดับ) ด้านอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 62-82 ปี เฉลี่ย 68.68 (± 5.23) ปี ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 63-80 ปี เฉลี่ย 69.40 (± 4.80) ปี สถานภาพสมรสมีสถานภาพคู่ จบการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งสองกลุ่มมีเป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มทดลอง การเจ็บป่วยระหว่าง 2-22 ปี เฉลี่ย 10.31 (± 5.67) ปี ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ 3-18 ปี เฉลี่ย 10.09 (± 5.14) ปี ระดับความดันโลหิตพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน เฉลี่ย 160.59 (± 5.23) mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่าง เฉลี่ย 87.36 (± 4.43) mmHg ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความดันโลหิตตัวบน

เฉลี่ย 161.77 (± 6.62) mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเฉลี่ย 87.86 (± 4.43) mmHg พบว่ามีคุณลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05)

คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยา แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยา แรงสนับสนุนทางสังคม และค่าระดับความดันโลหิต พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยทุกด้านดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) หลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจ

คลายตัว (DBP) หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยา แรงแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม

เปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และเมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่ต่างกันพบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (n=22)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t	df	p-value ^a
	Mean (SD)	Mean (SD)			
การรับรู้ความรุนแรง					
ก่อนทดลอง	15.45(1.79)	15.31(1.79)	0.24	42	0.804
หลังทดลอง	22.09(1.10)	14.54(1.10)	14.72	42	<0.001
ระยะติดตามผล	23.63(1.58)	14.36(1.36)	29.32	42	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ก่อนทดลอง	20.77(1.82)	20.09(1.47)	1.36	42	0.180
หลังทดลอง	28.50(1.33)	18.13(1.42)	24.89	42	<0.001
ระยะติดตามผล	29.90(1.42)	17.54(1.50)	37.11	42	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง					
ก่อนทดลอง	16.63(1.83)	16.00(1.41)	1.28	42	0.205
หลังทดลอง	20.04(1.52)	15.04(1.78)	13.65	42	<0.001
ระยะติดตามผล	23.31(1.78)	14.72(1.70)	42.21	42	<0.001

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทายา แรงสนับสนุนทางสังคมและค่าความดันโลหิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (n=22) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value*
	Mean (SD)		Mean (SD)				
การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ							
ก่อนทดลอง	21.13(2.99)		20.13(1.63)		1.53	42	0.133
หลังทดลอง	27.77(1.71)		19.18(1.22)		18.93	42	<0.001
ระยะติดตามผล	29.05(1.13)		18.90(1.10)		29.99	42	<0.001
พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทายา							
ก่อนทดลอง	47.59(4.73)		46.00(4.74)		1.11	42	0.272
หลังทดลอง	53.04(1.83)		45.18(3.37)		9.59	42	<0.001
ระยะติดตามผล	54.68(1.24)		44.40(2.48)		17.34	42	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม							
ก่อนทดลอง	42.36(3.48)		41.72(3.73)		0.58	42	0.562
หลังทดลอง	48.09(1.99)		39.72(2.93)		11.06	42	<0.001
ระยะติดตามผล	50.04(1.95)		38.90(2.68)		18.31	42	<0.001
ความดันโลหิต	ตัวบน	ตัวล่าง	ตัวบน	ตัวล่าง	ตัวบน/ ตัวล่าง		ตัวบน/ตัวล่าง
ก่อนทดลอง	160.59 (5.23)	87.36 (4.58)	161.77 (6.62)	87.86 (4.68)	0.65/ 0.35	42	0.515/0.722
หลังทดลอง	142.13 (6.87)	84.27 (3.70)	161.81 (3.99)	89.04 (4.78)	11.23/ 3.69	42	<0.001/<0.001
ระยะติดตามผล	139.13 (6.87)	81.68 (2.71)	162.18 (3.99)	90.13 (5.04)	13.59/ 6.92	42	<0.001/<0.001

*p-value < 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับปรึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม ในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=22)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	MD (Std.Er.)	p-value ^{a*}	MD (Std.Er.)	p-value ^{a*}
การรับรู้ความความรุนแรง				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	6.63(0.42)	< 0.001 [*]	-0.77(0.45)	0.304
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	8.18(0.39)	< 0.001 [*]	-0.95(0.42)	1.000
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	1.54(0.25)	< 0.001 [*]	-0.18(0.54)	1.000
	F=291.28, df=1.44, p-value<0.001 ^{c*}		F=2.28, df=2, p-value=0.115 ^b	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	6.22(0.76)	< 0.001 [*]	-1.95(0.22)	0.504
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	7.63(0.74)	< 0.001 [*]	-2.54(0.26)	1.000
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	1.40(0.32)	< 0.001 [*]	-0.59(0.19)	1.000
	F=79.98,df=1.27,p-value<0.001 ^{c*}		F=68.58,df=2,p-value<0.001 ^{b*}	
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	2.59(0.85)	0.012 [*]	-0.95(0.33)	0.127
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	5.86(0.61)	< 0.001 [*]	-1.27(0.34)	0.105
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	3.27(3.27)	< 0.001 [*]	-0.31(0.12)	0.147
	F=45.30,df=1.20,p-value<0.001 ^{c**}		F=10.65,df=1.18,p-value<0.001 ^{c*}	
การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	6.63(0.54)	< 0.001 [*]	-0.95(0.27)	0.107
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	7.90(0.60)	< 0.001 [*]	-1.22(0.27)	0.125
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	1.27(0.41)	< 0.001 [*]	-0.27(0.15)	0.249
	F=129.76,df=2,p-value<0.001 ^{b*}		F=14.53,df=1.46,p-value<0.001 ^{c*}	
พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับปรึกษา				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	5.45(0.85)	< 0.001 [*]	-0.81	0.349
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	7.09(0.96)	< 0.001 [*]	-1.59	0.198
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	1.63(0.44)	< 0.001 [*]	-0.77	0.252
	F=44.41,df=1.34,p-value<0.001 ^{c*}		F=4.15,df=1.47,p-value=0.036 ^c	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทุพพญา และแรงสนับสนุนทางสังคม ในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=22) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	MD (Std.Er.)	p-value ^{a*}	MD (Std.Er.)	p-value ^{a*}
แรงสนับสนุนทางสังคม				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	5.72(0.50)	< 0.001 [*]	-2.00(0.54)	0.104
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	7.68(0.69)	< 0.001 [*]	-2.81(0.56)	0.124
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	1.95(0.42)	< 0.001 [*]	-0.81(0.28)	0.027
	F=59.53,df=1.40,p-value<0.001 ^{c*}		F=0.43,df=1.61,p-value=0.612 ^c	
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	-18.45(2.08)	< 0.001 [*]	-0.59(1.67)	0.759
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	-21.45(2.65)	< 0.001 [*]	0.40(1.90)	0.832
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	-3.00(2.42)	< 0.001 [*]	1.00(0.84)	0.796
	F=9.91,df=1,p-value<0.001 ^{c*}		F=11.12,df=1,p-value=0.021 ^c	
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)				
หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	-3.01(0.61)	< 0.001 [*]	1.18(0.67)	0.290
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	-5.68(0.70)	< 0.001 [*]	2.27(0.78)	0.026
ระยะติดตามผล-หลังทดลอง	-2.59(0.42)	< 0.001 [*]	1.09(0.52)	0.152
	F=46.54,df=1.56,p-value<0.001 ^{c*}		F=5.72,df=2,p-value=0.001 ^b	

^{*} p-value < 0.05, ^a Bonferroni, ^b Sphericity assumed, ^c Greenhouse-Geisser

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติด้านการรับประทุพพญา และแรงสนับสนุนทางสังคม หลังได้รับโปรแกรมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมรับประทุพพญา รักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการเสริมสร้างการรับรู้ความความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยการนำเสนอตัวแบบที่มีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงจากการที่ไม่รับประทุพพญา ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับความความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะอัมพาต และเกิดการรับรู้ประสิทธิผลของ

ผลลัพธ์การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เค็มเร็น และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการรับประทานยาอย่างถูกต้อง คือ การได้รับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง¹⁸

นอกจากนี้การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนจากการใช้คำพูดชักจูงโดยนักวิจัย ให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง เพราะการสร้างเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ นอกจากนี้การเสริมสร้างการรับรู้ประสิทธิผลของการมีพฤติกรรมผ่านการอภิปรายผลดีภายหลังจากการปฏิบัติรับประทานยาอย่างถูกต้อง จะเป็นการเสริมแรงเพื่อให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น¹⁹ โปรแกรมนี้ยังมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ การชื่นชมในการกระทำ การสอบถามอาการ และมีการติดตามสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน การติดตามวัดค่าความดันโลหิต การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัวจึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง^{20,21}

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจำนวน 2 ราย โดย อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อติดตามวัดค่าความดันโลหิต ไม่สะดวกให้เยี่ยมตามเวลาที่กำหนดต้องเลื่อนเวลาออกไป ทำให้เสี่ยงต่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง แต่ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ในภายหลังเมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลพร้อม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลชุมชน โดยนำแนวทางแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน คอยติดตามความคืบหน้าระดับดันโลหิต การรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยา รักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

2. ควรมีการนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมครั้งต่อไป อาจเพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเพิ่มขึ้น แต่ระยะในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับกิจกรรมที่ต่อเนื่องและไม่เยาะจนเกินไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมหาวิทยาลัย

References

1. World Health Organization. A global brief on hypertension. [Internet]. 2013. [cited 2020 May 13]. Available from: http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf.
2. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health at a glance Thailand 2017. [Internet]. 2020. [cited 2020 May 13]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health%20at%20a%20glance%20thailand%202017.pdf. (in Thai).
3. Centers for Disease Control and Prevention. Hypertension cascade: hypertension prevalence, treatment and control estimates among US adults aged 18 years and older applying the criteria from the American College of Cardiology and American Heart Association's 2017 hypertension guideline—NHANES 2013–2016 external icon. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2019.
4. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension. [Internet]. 2019. [cited 2020 May 13]. Available from: <http://www.thaiheart.org/images/column1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf>. (in Thai).
5. Division of Non-Communicable Diseases. Non-Communicable Diseases Report. [Internet]. 2013. [cited 2020 May 13]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/document-s-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020>. (in Thai).
6. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, Brown AS, et al. ACCF Task Force. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*. 2011 May 31; 123(21):2434-506.
7. Nguyen QT, Anderson SR, Sanders L, Nguyen LD. Managing hypertension in the elderly: a common chronic disease with increasing age. *Am Health Drug Benefits*. 2012 May; 5(3):146-53. PMID: 24991317; PMCID: PMC4046467.
8. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Med Clin North Am*. 2009; 93(3):753-69.
9. Wangworatrakul W, Suwannaroop N, Moopayak K. Factors predicting to medication adherence among patients with essential hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2017; 18(1):131-39. (in Thai).
10. Yazdanpanah Y, Saleh Moghadam A, Mazlom S, Haji Ali Beigloo R, Mohajer S. Effect of an Educational Program based on Health Belief Model on Medication Adherence in Elderly Patients with Hypertension. *Evidence Based Care*. 2019; 9(1): 52-62. doi: 10.22038/ebcj.2019.35215.1895
11. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in elderly: Silence killer should be aware. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2017; 28(1): 100-11. (in Thai).
12. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo JT, Petty RE. (Eds), *Social*

- psychophysiology: a sourcebook. New York: Guilford Press;1983. p.153-76.
13. Kumpiriyapong N, Sasat S. The Effect of health belief programme on medicine used behavior in older persons with hypertension. Royal Thai Navy Medical Journal.2017; 44(3):67-83.
14. Boer H, Sedel ER. Protection motivation theory. In Conner M, Norman P. (Eds.) Predicting health behaviour research and practice with social cognition models. Hong Kong: Open University Press. Centers for Disease Control and Prevention;1983. p 95-118.
15. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
16. Ingkamanee N, Na Ayuthya SK, Puwarawuttipanit W, Peerapatdit T. Effectiveness of promoting a problem-solving ability program on medication adherence in patients with type 2 diabetic. J Nurs Sci. 2011;29(2): 56-64.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
18. Kamran A, Sadeghieh Ahari S, Biria M, Malepour A, Heyda H. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(6): 922–27.
19. Noumani HA, Wu JR, Barksdale D, Knalfl G, Alkhasawneh E. Health beliefs and medication adherence in Omanis with hypertension. J Cardiovasc Nurs.2018; 36(6):518-26.
20. Barari G, Scafide K, Krall J, Mallinson RK, Weinstein AA. Mediating role of self-efficacy in the relationship between family social support and hypertension self-care behaviors: A cross-sectional study of Saudi men with hypertension. Int J Nurs Pract.2018;25(6): 85-92.
21. Intaboot K. The effect of a self-management and social support program on new hypertension cases with uncontrolled blood pressure. ODPC.2020;26(1):73-83.

๙๙๙ ๙๙๙ ๙๙๙ ๙๙๙ ๙๙๙