



ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อ ด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ณัฐจิรา ประสาทแก้ว* แสงทอง อีระทองคำ** วันทนา มณีศรีวงศ์กุล**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านไทยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเที่ยงแท้ จังหวัดชัยนาท ถูกเลือกแบบบังเอิญ จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมบ้านแบบปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และวัดค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตซิสโตลิกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษามีข้อเสนอว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และลดความดันโลหิต จึงควรนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องในสถานบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ค่าความดันโลหิต, ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Essential Hypertension) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง¹ โดยพบผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวน 8.4 ล้านคน อยู่ในทวีปเอเชียประมาณ 1 ใน 3 ของโลก หรือ 2.8 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 579.89 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 775.12 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2550 และเป็นอันดับแรกของอัตราผู้ป่วยใน³

ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย และไตวาย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงค่าเดินทางเพื่อไปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากการศึกษาในปีพ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 1,007.09 บาทต่อรายต่อครั้ง⁴ ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง⁵⁻⁷ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่

ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขต้องหากลวิธี ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งเบคเกอร์⁸ เชื่อว่า หากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ในทำนองเดียวกัน หากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง แต่รับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่ำ จะทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ควบคุมความดันโลหิต⁸ สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁹⁻¹²

การเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านตามปกติกระทำอย่างน้อยปีละครั้งต่อครอบครัว และเพิ่มจำนวนครั้งในการเยี่ยมตามปัญหาสุขภาพของแต่ละครอบครัว¹³⁻¹⁴ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในปัจจุบันประสบกับปัญหาในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านบุคลากรและงบประมาณ จากการศึกษพบว่า ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 643.80-694.70 บาทต่อครั้ง¹⁵ และพบปัญหาอุปสรรคในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ขาดยานพาหนะ ร้อยละ 36.2 ขาดความปลอดภัย ร้อยละ 24.5 จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอ ร้อยละ 17.6 และมีโครงการพิเศษเข้ามาแทรกงานประจำ ร้อยละ 50 โดยเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขมีการรับผิดชอบงานประจำต่างๆ เช่น ด้านสาธารณสุขมูลฐาน ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และปฏิบัติงานด้านพยาบาลในคลินิก¹⁶

ปัจจุบันจึงได้มีการนำเทคโนโลยีทางการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ เข้ามาช่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการนัดหมายเพื่อเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด หรือการให้ความรู้หรือคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์¹⁷ เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ที่บ้าน จึงทำให้สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้งค่าบริการถูก ส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง¹⁸ จากการศึกษาในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁹ จากการสังเคราะห์งานวิจัย คอนลิน และคณะ²⁰ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการติดตามทางโทรศัพท์และให้คำแนะนำ มีความสนใจในการวัดระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

ความชุกผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2548 พบ 736.19 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 1,174.58 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2550²¹ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านไทย ตำบลเทียงแก อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท พบผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 143 คน ปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 156 คน ในปี พ.ศ. 2551²²⁻²³ ในจำนวนนี้ต้องติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต จำนวน 52 คน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2551 การเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านไทย จำนวน 1,007 ครัวเรือน สามารถปฏิบัติร้อยละ 50.24 เนื่องจากสัดส่วนของภาระงาน

ต่อจำนวนบุคลากรไม่เหมาะสม¹⁶ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ อันจะส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง แต่การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังมีจำกัด กอปรกับแนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ โดยประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพยังไม่พบเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการประยุกต์ใช้การเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงลดลง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ สร้างโดยผู้วิจัยบนพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที และการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3, 5, และ 7 โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที/ครั้ง เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ประเมินปัญหาสุขภาพ และค่าความดันโลหิต ร่วมกับการพิจารณาแนวทางในการควบคุมความดันโลหิต ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยโปรแกรมผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2. การเยี่ยมบ้านแบบปกติ ตามแนวปฏิบัติของคู่มือดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน¹⁴ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและผู้ใช้บริการ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้ คำแนะนำ และส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ผู้ดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก สุภาพร หริ้มแก้ว¹² ที่สร้างตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอก²⁴ และเบคเกอร์ และไมแมน²⁵ จำนวน 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5 7-18 22-28 และ 33 และข้อคำถามที่เป็นลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 19-21 29-32 และ 34-35 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง ไม่เห็นด้วย คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดสอบกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งมีคุณสมบัติ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 ส่วนในกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.76

4. เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดชนิดตั้งโต๊ะ (Desk Model) แบบปรอท (Mercurial Sphygmomanometer) และหูฟัง (Stethoscope)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (Two Groups Pretest-posttest Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต และรับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านไทย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเที่ยงแท้ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลเที่ยงแท้ อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ.2553 จำนวน 66 คน คำนวนจากการเปิดตารางค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) ถูกเลือกแบบบังเอิญ (Convenience Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป; 2) มีความดันโลหิตช่วงซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันช่วงไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 เดือน; 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก; 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ ไตวาย เป็นต้น และไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย; 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาการสื่อสารภาษาไทย; และ 6) สม่ัใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน โดยสุ่ม



เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่เป็นกลุ่มทดลอง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านไทย และกลุ่มควบคุม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเที่ยงแท้ พร้อมทั้งจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน ในด้านเพศ อายุ การศึกษา การรักษา และค่าความดันโลหิต การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (ID ๐๖-๕๓-๐๗ ว) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จากนั้นเข้าพบหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านไทยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเที่ยงแท้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2553

1.2 ตรวจสอบรายชื่อผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

1.3 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยผู้วิจัย 2 ท่าน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (Mercurial Sphygmomanometer) โดยมีวิธีการวัดตามหลักเกณฑ์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดเดียวกัน

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และเมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม

2.2 ผู้ช่วยผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม และวัดค่าความดันโลหิต พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.3 กลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมบ้านตามปกติจากผู้วิจัย จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย พร้อมบันทึกข้อมูลที่ได้ในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์

3. ขั้นตอนประเมินผล

3.1 ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 เช่นเดียวกับก่อนทดลอง

3.2 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิต และเมื่อข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิต ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง จำนวน 66 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน ไม่มีการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.60 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 60.21 ปี (SD = 9.21)

และ 59.55 ปี (SD = 9.41) ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.70 และ 81.80 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.80 เท่ากัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.60 ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 39.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,015.15 บาท (SD = 1,307.94) และ 4,848.49 บาท (SD = 1,034.45) ตามลำดับ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 97.00 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 84.80 และ 78.80 ตามลำดับ และไม่ได้ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 87.90 และ 84.80 ตามลำดับ มีบุตร/ คู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 75.70 และ 66.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 4.24 ปี (SD = 2.39) และ 4.33 ปี (SD = 1.88) ตามลำดับ กลุ่มทดลองเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อัมพฤกษ์ อัมพาต

และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 78.80 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต คิดเป็นร้อยละ 60.60 และทั้งสองกลุ่มใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง คือ ยาขับปัสสาวะ ยาด้านเรนิน คิดเป็นร้อยละ 84.80 เท่ากัน

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิต มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

Table 1 Comparison of the Overall and Individual Aspect of Health Beliefs Post-test Mean Scores Blood Pressure Between the Experimental and Control Groups by Independent t-test (N = 66).

Variables	Experimental Group			Control Group			t	p
	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range		
Overall health beliefs	102.67	5.96	93-113	99.91	6.62	88-113	1.78	.080
Perceived susceptibility for complications	27.88	3.24	20-31	26.85	3.02	19-31	1.34	.186
Perceived complication severity	22.73	2.39	18-27	21.70	2.49	17-26	1.71	.091
Perceived benefits of health behavior	30.27	2.25	24-35	29.36	2.03	26-33	1.72	.090
Perceived barriers to health behavior	21.79	2.19	18-26	22.00	2.64	17-27	-.36	.724
Systolic blood pressure	165.91	5.10	158-185	166.73	4.88	155-184	-.67	.508
Diastolic blood pressure	85.58	8.09	69-105	85.64	7.80	72-108	-.03	.975



ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($t = -28.48, p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($t = -21.28, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($t = -16.49, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

($t = -21.99, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($t = -8.97, p < .001$) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ($t = 14.83, p < .001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($t = 4.90, p < .001$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

Table 2 Comparison of the Overall and Individual Aspect of Health Beliefs Pre-test and Post-test Mean Scores Blood Pressure Within the Experimental Group by Using paired t-test ($n = 33$).

Variables	Pre-Test		Post-Test		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Overall health beliefs	102.67	5.96	130.70	3.99	-28.48	< .001
Perceived susceptibility for complications	27.88	3.24	37.73	1.74	-21.28	< .001
Perceived complication severity	22.73	2.39	29.30	1.88	-16.49	< .001
Perceived benefits of health behavior	30.27	2.25	38.67	1.14	-21.99	< .001
Perceived barriers to health behavior	21.79	2.19	25.00	2.02	-8.97	< .001
Systolic blood pressure	165.91	5.10	154.21	6.15	14.83	< .001
Diastolic blood pressure	85.58	8.09	82.09	5.93	4.90	< .001

ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($t = 13.13, p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($t = 7.65, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($t = 7.00, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($t = 14.21, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของ

การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($t = 3.85, p < .001$) และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ($t = -5.76, p < .001$) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.65, p = .520$) ดังตารางที่ 3

Table 3 Comparison of the Differences Between the Mean Scores on Overall and Individual Aspects of Health Beliefs and Differences in the Mean Scores for Pre-test and Post-test Blood Pressure Between the Experimental and Control Groups by Independent t-test (N = 66).

Variables	Experimental Group		Control Group		t	p
	d	SD	d	SD		
Overall health beliefs	28.03	5.65	11.21	4.71	13.13	<.001
Perceived susceptibility for complications	9.84	2.66	5.15	2.32	7.65	<.001
Perceived complication severity	6.58	2.29	2.67	2.25	6.10	<.001
Perceived benefits of health behavior	8.39	2.19	1.85	1.48	14.21	<.001
Perceived barriers to health behavior	3.21	2.06	1.55	1.39	3.85	<.001
Systolic blood pressure	-11.70	4.53	-6.36	2.78	-5.76	<.001
Diastolic blood pressure	-3.48	4.09	-2.94	2.60	-.65	.520

*d is the difference between the pre-test and post-test mean scores.

การอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ เบคเกอร์⁸ ที่เชื่อว่า หากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จะทำให้ผู้ป่วยแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมความดันโลหิต ทั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง แต่รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ จะส่งผลให้

เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาผลของ นภารัตน์ ธารพร²⁶ พบว่า ภายหลังการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ ไพรวลัย นรสิงห์²⁷ พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมและก่อนทดลอง นอกจากนี้ รัตรี มณีขัติย์²⁸ พบว่า ภายหลังการเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สมพร กิตติวิเศษ²⁹ พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในทำนองเดียวกัน ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และรู้ว่าหากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ อาทิ การรับประทานอาหารโซเดียม และไขมันต่ำ ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง³⁰⁻³¹ เช่นเดียวกับ การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วัน 3 วันต่อสัปดาห์ ช่วยทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท³¹⁻³² เนื่องจากร่างกายหลังสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ช่วยลดความเครียด³³ ทำให้ลดการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Plasma Norepinephrine) ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง³⁴ นอกจากนี้ การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้เหลือน้อยกว่า 2 ออนซ์ต่อวัน เบียร์น้อยกว่า 24 ออนซ์ หรือไวน์น้อยกว่า 10 ออนซ์ต่อวัน จะส่งผลให้ความดันโลหิตจะลดลง 1 มิลลิเมตรปรอท ส่วนการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ มีผลให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท³⁵

อย่างไรก็ตามความแตกต่างเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากความดันโลหิตไดแอสโตลิกเป็นค่าที่ต่ำสุดตามสรีรวิทยาของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธี วรรณ³⁶ ที่พบว่า ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในระยะยาว เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อย่างต่อเนื่อง และดัดแปลงโปรแกรมดังกล่าว เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือผู้ป่วยที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือมีการศึกษาเปรียบเทียบในด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนระหว่างการเยี่ยมแบบปกติกับการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเที่ยงแท้ และมีภูมิลาเนาอยู่ในเขตตำบลเที่ยงแท้ อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ตลอดจนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างดี จนทำให้การศึกษาดังนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo J L, et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: Journal of American Medical Association 2003; 289: 2560-72.
2. World Health Organization. The global burden of disease. Available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/, accessed Dec 28, 2009.

3. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การบริหารงบประมาณรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552.
5. ปราณี ทองพิลา. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
6. สุพรรณ ชูชื่น. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
7. อรชา همانจันท์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
8. Becker M H. The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.), The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1974: 82-92.
9. กรองทอง คมรัตน์ปัญญา, ชัยยง ชามรัตน์. ทองหล่อ เดชไทย. ประสิทธิผลของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2553; 15: 987-90.
10. วันชพรรณ อัมเอบ. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2551; 3: 13-6.
11. ศศิธร อุตะมะ. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
12. สุภาพร หริมแก้ว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลแพกศรีราชา อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท. วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 2551; 5: 22-33.
13. สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, ฤทัยพร ตรีตรง. การบริการสุขภาพที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมือง, 2549.
14. สำเริง แหยมกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. คู่มือการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา: โชคเจริญ มาเกิดตั้ง, 2545.
15. นกษา สิงห์วีรธรรม. ต้นทุนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลสังกัด



- กระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
16. นิลรัตน์ ชาญไวยุทธ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับประสิทธิผลกิจกรรมเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
17. นงคินุช สุเมธ. ผลของการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
18. วาสนา ชนะพลพัฒน์. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
19. นรรัตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549; 25: 89-97.
20. Collins K, Gough S, Clancy M. Screening for hypertension in the emergency department. Emergency Medicine Journal 2008; 25: 196-9.
21. กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานประจำปี 2551. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2552.
22. สถานีนามัยบ้านไทย. ทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่สถานีนามัยบ้านไทย ปี พ.ศ. 2550 อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท, 2551.
23. สถานีนามัยบ้านไทย. ทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่สถานีนามัยบ้านไทย ปี พ.ศ. 2551 อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท, 2552.
24. Rosenstock I M. Historical origins of the health belief model. In Becker MH, ed. The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1974.
25. Becker M H, Maiman L A. The health belief model: Original and correlates in psychological theory. Health Education Monographs. 1974; 15: 206.
26. นารัตน์ ธราพร. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
27. ไพรวลัย นรสิงห์. การประยุกต์ใช้แนวคิด AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

- ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ: กรณีศึกษา 3 หมู่บ้านในตำบลเขารวก อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
28. รাত্রี มณีขัติย์. ผลของการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
29. สมพร กิตติวิศิษฐ์. การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาลังคม]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
30. มั่นทะนา ประทีปะเสน, วงเดือน บัณฑิต. การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน: อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
31. American Heart Association. Risk factors for coronary heart disease. Available at [http:// www.Americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=235](http://www.Americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=235); 2004, accessed Dec 21, 2009.
32. ปิยะนุช รักพาณิชย์. การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน: โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
33. ชุมศักดิ์ พฤษาพงศ์. คู่มือความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ, 2546.
34. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธักดี. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
35. Joint Nation Committee 7-Complete Version. The seventh report of the Joint Nation Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension, 2003: 1-21.
36. สุธี วรรณ. การสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กิ่งอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.



The Effect of a Home Visit and Telephone Follow-up Program on Health Beliefs and Blood Pressure in Persons with Uncontrolled Hypertension

Nattira Prasartkaew^{*} Sangthong Terathongkum^{**} Wantana Maneesriwongkul^{**}

ABSTRACT

This quasi-experimental research was conducted to assess the effects of a home visit and telephone follow-up program on health beliefs and blood pressure in persons with uncontrolled hypertension. The participants were 66 uncontrolled hypertension patients who attended the Ban Thai or Tieng Tae primary care unit in Chainat province. They were recruited using convenience sampling and using a matched pair for assignment into a control group and an experimental group with thirty three patients in each group. The experimental group received a home visit and telephone follow-up program while the control groups received routine nursing care. Data collection was conducted twice, before and immediately after the intervention, over an eight week period using demographic data questionnaires and health belief questionnaires, and their blood pressure measurements. The data were analyzed using descriptive statistics,

independent t-tests and paired t-tests. The results revealed that after receiving the home visit and telephone follow-ups the experimental group showed significant improvement in terms of average health belief, perceived susceptibility to complications, perceived severity of complications, perceived benefit from health behavior practices, perceived barrier to health behavior practices and systolic blood pressure as compared to before the program and the control group. The results point out that the home visit and telephone follow-up program assists in developing better health behaviors and reducing blood pressure. Therefore, this program should be applied to care-giving among patients with uncontrolled hypertension in primary care units.

Key words: home visit and telephone follow-up program, health beliefs, blood pressure, persons with uncontrolled hypertension