โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ลภัสรดา ศิริดำรงคชัย[*] สุธรรม นันทมงคลชัย[**] โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์[**]
พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์[**] กรวรรณ ยอดไม้[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 ราย ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-square Pair Sample T-test และ Independent Sample T-test ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้หน่วยงานด้านสุขภาพนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561; 48(2): 161-173

[*] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

[**] ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 20 ปี โดยในปีพ.ศ.2559 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 15.07[1-3] จากการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ด้วยความสูงวัยเป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบ จึงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรุนแรงกว่ากลุ่มวัยอื่นโดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง[4] โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ทำให้ต้องสูญเสียทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมากและยังพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เส้นเลือดในสมองแตก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลอดเลือดสมองตีบ เป็นต้น จากการรายงานสถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2559[3] พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2553 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 859,583 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 1,053,294 ราย และ1,894,460 ราย ในปีพ.ศ.2556 และปี พ.ศ.2559 ตามลำดับ และพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 1.4 ในขณะที่อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 12.1 ในปีพ.ศ.2559 โดยผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมดพบในอายุมากกว่า 60 ปี[3-8] ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต รวมถึงสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และก่อให้เกิดความเครียดของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุหากเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพด้วย ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการควบคุมความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์[9] เป็นแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้กันแพร่หลาย โดยการรับรู้ตนเองต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคและรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค นำไปสู่การศึกษาข้อมูลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำ หากบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากและพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น ในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคจะต้องมีการจัดกิจกรรมการให้คำแนะนำหรือดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาศักยภาพของตนเอง กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้นและเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่ดี[10-11]

การศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ผ่านมาของนิพพาภัทร์ สินทรัพย์และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ[12] พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผลต่างของค่าเฉลี่ยความดัน Systolic และความดัน Diastolic ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การให้ความรู้และการออกกำลังกายแบบรำตังหวาย ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของณัฏฐิรา ประสาทแก้ว[13] ชี้ให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมที่มีการเยี่ยมบ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตซิสโตลิคดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ยังมีแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[14-16] ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ เงิน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด เนื่องจากช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความเครียด มีกำลังใจ รู้สึกว่า มีคนเอาใจใส่ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมโรคได้[17] สอดคล้องกับการศึกษาของวัลยา ทองน้อย[18] ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางด้านสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนที่ผ่านมาพบว่า ยังมีการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างน้อย ดังนั้น ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยกระตุ้นเตือนให้กำลังใจรวมถึงช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

อำเภออู่ทอง เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และยังพบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 55,694 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 6.42 คน คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 1163.3 ต่อประชากรแสนคน มีภาวะหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง[19] แม้หน่วยงานในพื้นที่จะมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออู่ทองที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมจำนวน 43 คน เช่น ขาดการออกกำลังกาย จำนวน 18 คน น้ำหนักตัวเกินจำนวน 8 คน มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 11 คน สูบบุหรี่ จำนวน 13 คน ดื่มสุรา จำนวน 14 คน และมีภาวะเครียด จำนวน 5 คน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวอาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุ

มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองในทางที่ดีขึ้นและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ Two Group Pretest-posttest Design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอผู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยตำบลหนองโอ่งเป็นกลุ่มทดลองและตำบลจระเข้สามพันเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559-มกราคม พ.ศ.2560 โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงตามปกติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดกิจกรรมมีทั้งหมด 4 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, และ 6 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถสื่อสารเข้าใจเข้าร่วมการวิจัยได้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากจากรายชื่อได้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 35 คนเป็นกลุ่มทดลองและ 35 คนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำราและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัย สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจำนวน 12 ข้อ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากชลการ ชายกุล[20] จำนวน 43 ข้อ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรงของแบบสัมภาษณ์รวมเท่ากับ 0.84 แบบสัมภาษณ์ความรู้โรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.80 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเท่ากับ 0.84 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.90 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค โดยค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์รวมเท่ากับ 0.80 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

ส่วนโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมรู้ทันความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มใหญ่ แบ่งกลุ่มย่อยเรียนรู้ร่วมกัน และมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองร่วมกันใช้เวลา 2 ชั่วโมง 2) กิจกรรมออกกำลังกายใส่ใจคลายเครียดโดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด ซึ่งเป็นยางที่มีลักษณะเป็นยางวงขนาดใหญ่มีความยืดหยุ่นนำมาร้อยต่อกันเป็นโซ่ ทั้งหมด 5 ท่า เป็นท่าพื้นฐานในการบริหารกล้ามเนื้อมัดใหญ่ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 3) กิจกรรมกินอย่างไรใส่ใจสุขภาพโดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน โดยให้ความรู้เนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยเรียนรู้ประสบการณ์จากโมเดลอาหาร และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหารร่วมกันใช้เวลา 2 ชั่วโมง และ 4) กิจกรรมเรียนรู้ไว้ใส่ใจร่วมกัน (เยี่ยมบ้าน) จำนวน 1 ครั้งเป็นการเยี่ยม กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สอบถามปัญหาและอุปสรรค หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสัมภาษณ์หลังร่วมกิจกรรมอีก 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนาโดยแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-square ในการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานด้านสังคมประชากรได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ระดับความเครียด เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample T-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent Sample T-test

ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองที่ MUPH 2016-135 เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการบอกกล่าวข้อมูลและลงนามในหนังสือยินยอมตนด้วยความสมัครใจมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 40) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 42.9) เพศชาย (ร้อยละ 57.1) พบมีสถานภาพคู่ กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 85.7) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 77.1) กลุ่มทดลอง อายุที่พบมากที่สุดคือ 60-63 ปี (ร้อยละ 42.9) รองลงมาอยู่ในระดับเท่ากัน คือ ช่วงอายุ 64-66 ปี และ 67-69 ปี (ร้อยละ 28.6) และกลุ่มเปรียบเทียบพบอายุที่มากที่สุด คือ 60-63 ปี (ร้อยละ 40) รองลงมา

พบในช่วงอายุ 66-69 ปี (ร้อยละ 31.4) และน้อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 64-66 ปี (ร้อยละ 28.6) ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มพบว่า อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด โดยในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 100) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94.3) และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (ร้อยละ 5.7) การประกอบอาชีพทั้งสองกลุ่มพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ความเพียงพอของรายได้พบว่าทั้งสองกลุ่มมีรายได้ไม่เพียงพอ กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 54.3) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 80) ค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ระหว่าง 18.5-24.99 (กก./ม^2) ในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 65.7) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 57.1) และมากกว่า 25 (กก./ม^2)ขึ้นไป กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 34.3) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 42.9) การสูบบุหรี่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ไม่เคยสูบ (ร้อยละ 62.9) เคยสูบ (ร้อยละ 37.1) กลุ่มเปรียบเทียบไม่เคยสูบ (ร้อยละ 54.3) เคยสูบ (ร้อยละ 45.7) การออกกำลังกายพบทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ออกกำลังกาย ในขณะที่ระดับความเครียด กลุ่มทดลองพบมีภาวะเครียด (ร้อยละ 60) และกลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็น (ร้อยละ 54.2) ผลการทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และระดับความเครียด ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent Sample T-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และความดันโลหิตลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1 และ2)

Table 1 Comparison Between Hypertension Knowledge, Perceived Risk, Perceived Severity, Perceived Benefit and Perceived Barrier to Self-care Practice, and Self-care Practice of Experimental Group and Those of the Control Group.

	Experimental Group (n = 35)		Comparison Group (n = 35)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
Hypertension knowledge	10.10	1.37	9.25	1.29	.008
Perceived Susceptibility	16.26	1.23	14.21	1.57	.010
Perceived Severity	23.04	1.48	14.03	1.51	<.001
Perceived Benefit	37.35	2.05	30.62	2.80	<.001
Self-care Practice	104.17	4.28	90.44	11.21	<.001

Table 2 Comparison Between the Mean Score of Systolic Blood Pressure and the Mean Score of Diastolic Blood Pressure in Experimental Group and Those of the Participants in Control Group After the Experiment.

	Experimental Group (n = 35)		Comparison Group (n = 35)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
Systolic Blood Pressure (mm Hg)	124.14	8.26	132.69	12.68	.001
Diastolic Blood Pressure (mm Hg)	71.29	7.70	77.14	6.60	.001

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและความดันโลหิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Sample T-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 3)

Table 3 Comparison Between Hypertension Knowledge, Perceived Risk, Perceived Severity, Perceived Benefit and Perceived Barrier to Self-care Practice, and Self-care Practice in Experimental Group Before and After the Experiment.

	Before (n = 35)		After (n = 35)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
Hypertension knowledge	9.19	1.54	10.11	1.37	.015
Perceived Susceptibility	13.54	1.52	16.26	1.23	<.001
Perceived Severity	18.93	2.29	23.04	1.48	<.001
Perceived Benefit	30.66	2.19	37.35	2.05	<.001
Self-care Practice	84.09	7.49	104.17	4.28	<.001

Table 4 Comparison of the Mean Scores of Blood Pressure of Participants in Experimental Group Before and After the Experiment.

	Before (n = 35)		After (n = 35)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
Systolic Blood Pressure (mm Hg)	138.00	2.01	124.14	1.39	<.001
Diastolic Blood Pressure (mm Hg)	81.40	9.11	71.28	7.70	<.001

อภิปรายผล

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ความสามารถในการเรียนรู้ทั้งในด้านวุฒิภาวะ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นโรค การทดสอบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่พบทั้งเพศหญิงและชาย มีช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 60-63 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[21] ที่พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระหว่างอายุ 55-74 ปี พบความเสี่ยงจะเป็นไปได้เท่า ๆ กัน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเกือบร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยความเพียงพอของรายได้ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับไม่เพียงพอมากที่สุด ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตอยู่ในช่วง 1-3 ปี พบมีโรคประจำตัวเป็นไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[9] และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[14-16] เข้ามาประยุกต์ในโปรแกรมมีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงหลังสิ้นสุดการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของพนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ[22] ที่พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรีย์ คำเพ็งและอรธิรา บุญประดิษฐ์[23] หลังการทดลองพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและแตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา กาวไธสงและรุจิรา ดวงสงค์[24] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับความดันโลหิตและค่าระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถ สำนักและคณะ[25] พบว่า การให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่องและช่วยในการควบคุมความดันโลหิตได้ดี

จากผลการวิจัยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการรับรู้สุขภาพ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น รวมถึงความดันโลหิตลดลงนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น หน่วยงานทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ขอขอบพระคุณนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโอ่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้สามพันที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยในเรื่องของการประสานงานในพื้นที่เป็นอย่างดีและสุดท้ายขอขอบพระคุณผู้สูงอายุอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์จนการวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population aging. United Nations, New York, USA. 2013.
2. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Mahidol Population Gazette 2017; 23: 1-2.
3. Office of The National Economics and Social Development Board. Population projection for Thailand 2010-2040. Bangkok; 2013.
4. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2555; 3: 88-99.
5. Ministry of Public Health, Department of disease control, bureau of non communicable disease. Annual report 2014: Bereau of non communicable disease. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty The King Printing, 2014.
6. World Health Organization. Hypertension fact sheet; resources, 2013. Available at http://www.searo.who.int/entity/noncommunicablediseases/media/non__communicable__diseases__hypertension__fs.pdf., accessed March 18, 2016.
7. Ihab H, Jane Morley K, Theodore AK. Hypertension: Trends in prevalence incidence and control. Annu. Rev. Public Health 2006; 27: 465-90.
8. Institute of Medical Research and Technology Assessment. The handbook of knowledge to manage hypertension self: complications of hypertensive. The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty The King Printing, 2012.
9. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. In MH. Becker (Ed.), The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1974.
10. Maklamdum P. The effect of health promotion on self–care behaviors for the elderly patients with hypertension. Phranakhon Rajabhat Research Journal 2015; 10(1): 20-39.
11. Wattanasupt N, Suphunnakul P, Suwanpratest O. Social support and health belief in self-care behavior among essential hypertension patients receiving services at Promphiram Hospital, Phitsanulok Province. JNHS 2012; 6(2): 76-88.
12. Sinsap N, Choowattanapakon T. The effect of educational and tangwai exercise on blood Pressure of older persons with hypertension. Kuakarun Journal of Nursing 2016; 23(1): 73-86.

13. Prasartkaew N, Terathongkum S, Manee sriwongkul W. The effect of a home visit and telephone follow-up program on health beliefs and blood pressure in persons with uncontrolled hypertension. J Public Health 2012; 42(3): 19-31.
14. Cobb S. Social support as a moderator of life stress, Psychosom Med. 1976; 38(5): 300-14.
15. House JS. The nature of social support. In MA. Reading(Ed). Work stress and social support Philadephia: addison-wesley 1981: 13-23.
16. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problem in studying social support as a buffer againt life stress. J Health Soc Behav 1982; 23: 145-159.
17. Laloon P, Madhyamankura N, Malarat A. Self-care behavior of hypertensive patient department of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center 2011; 8(3): 160-9.
18. Thongnoi W. The application of the health belief model with social support to improve preventivebehavior for cerebrovascular disease among hypertension patients in Tumbon Nonpayom Chonnabot district. J Health Edu Res Dev 2012; 5(1): 37-49.
19. Ministry of Public Health, Audit and Evaluation Committee. A summary of the operating results of indications of the Ministry of Public Health, Suphanburi province, Suphanburi provincial Public Health Office, 2014.
20. Chaikul C. Effects of self-management and family participation enhancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertension. [M.S. Thesis in Adult Nursing]. Songkla: Faculty of Graduate studies Songkla University, 2014.
21. Karoonngamphan M, Suvaree S. Reducing the risk of hypertension: The important role of nurses in empowering clients. Songklanagarind Journal of Nursing 2016; 36(3): 222-33.
22. Wonsuvan P, Thiangthum W, Powwattana A, Nanthamongkolchai S. Health promotion program for complications prevention among older persons with hypertension in Bangkok Metropolitan. Public Health Nurs 2014; 28(3): 146-160.
23. Khampeng S, Pankong O. Effects of a community-based health promotion program on health- promoting behavior of older persons and satisfaction with the participation of older persons'care givers. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2555; 22(3): 112-23.

24. Kawthaisong C, Dungsong R. Effects of behavioral development program for stroke preventionamong hypertensive patients in Chumpuang hospital, Chumpuang district, Nakhonratchasima province. Srinagarind Med J 2014; 29(3): 295-303.

25. Samnak N, Eukuyi M, Boonrod T, Somrak G. Modification of health behavior in a group of patient with pre-hypertension at the Pakphanang district Nkhon Si Thammarat province. KKU JPHR 2011; 4(2): 21-28.

Health Promotion Program to Elderly with Hypertension by Family Participation

Lapatrada Siridamrongchai Sutham Nanthamongkolchai***
*Chokchai Munsawaensub** Pimsurang Thechaboonsermsak** Korravan Yodmai***

ABSTRACT

This quasi-experimental research was designed to examine the effects of a health promotion program among older persons with family participation. It focused on knowledge about hypertension, perceived risk, perceived severity, perceived benefits and barriers, self-care practice and blood pressure of the elderly with hypertension in U-Thong District, Suphanburi Province. The study enrolled 70 elderly individuals. The research was conducted for 6 weeks, and the program consisted of 4 activities. Data were collected by interviewing questionnaires and taking blood pressure. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, pair sample t-test and independent sample t-test. The results showed that after the experiment, the elderly in the experimental group had significantly higher average scores regarding knowledge about hypertension, perceived risk, perceived severity, perceived benefits and barriers, and self-care practices compare with scores before experiment and that of those in the comparison group ($p < 0.05$). Blood pressure of those in the experimental group also significantly decreased than that before the intervention and that of those in the comparison group ($p < 0.05$). The validity of this program can be applied to similar programs, addressing older individuals with hypertension within a community.

Keywords: elderly, hypertension, family participation, health promotion program

J Public Health 2018; 48(2): 161-173

Correspondence: Sutham Nanthamonkolchai, Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, THAILAND. E-mail: sutham.nan@mahidol.ac.th

* Graduate student in Master of Science (Public Health) major in Family Health, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

** Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University.