



The Effects of Perceived Personal Risk for Developing Cardiovascular Diseases Enhancement Program among Older Adults with Hypertension*

Junjira Seesawang, RN, PhD¹, Pulawit Thongtaeng, RN, PhD², Sirirat Vichitragoonthavon, RN, PhD³, Sujitra Chaiwuth, RN, PhD³

Abstract

Purpose: To study the effects of a perceived personal risk for developing cardiovascular diseases enhancement program among older adults with hypertension.

Design: Quasi-experimental research design.

Methods: Seventy older adults with hypertension were divided into the experimental and control groups with 35 each who received service at the health promoting hospital. The experimental group received perceived personal risk for developing cardiovascular diseases enhancement program for 12 weeks which comprised cardiovascular risk assessment, hypertension-related complications education, risk management education, and motivation interviewing during the home and telephone visits. Data regarding blood pressure, perceived risks of cardiovascular diseases, and preventive behavior for cardiovascular diseases were collected before and after the program. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Main findings: The results revealed that the experimental group had significantly higher scores of perceived risks for developing cardiovascular diseases and preventive behavior for cardiovascular disease at post program than that at pre-program ($p < .001$) and that in the control group ($p < .001$). The experimental group had significantly lower blood pressure at post program than that at pre-program ($p < .001$) and that in the control group ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: An appropriate perceived personal risk for developing cardiovascular diseases helps hypertensive older adults to manage their risk and perform preventive behavior. Thus, the nurses could play an important role in giving information and promoting an appropriate perception of personal risk among hypertensive older adults.

Keywords: cardiovascular diseases, hypertension, perceived risk

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):42-59

Corresponding Author: Lecturer Pulawit Thongtaeng, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, 50180 Thailand; e-mail: pulawit@yahoo.com

* This research project is supported by Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

¹ Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi, Thailand

² Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Thailand

³ Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand

Received: 19 July 2021 / Revised: 27 September 2021 / Accepted: 1 November 2021



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง*

จันทร์จิรา สีสว่าง, PhD¹ ปุลวิชช์ ทองแดง, ประ.ด.² ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, ประ.ด.³ สุจิตรา ชัยวุฒิ, ประ.ด.³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 ราย และกลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การจัดการความเสี่ยง และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างการติดตามเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยการวัดความดันโลหิต ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและข้อเสนอแนะ: การรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการความเสี่ยงและมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง ดังนั้นพยาบาลควรเป็นส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลและส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้องเหมาะสมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง การรับรู้ความเสี่ยง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):42-59

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์ปุลวิชช์ ทองแดง, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50180, e-mail: pulawit@yahoo.com

* โครงการวิจัยได้รับทุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

¹ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ: 19 กรกฎาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ : 27 กันยายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง จากผลการสำรวจสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดในผู้สูงอายุร้อยละ 70 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40-59 ปี พบเพียงร้อยละ 32¹ ทั้งนี้ในจำนวน 1,000 ล้านคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผู้สูงอายุจำนวน 7.1 ล้านคนต่อปีที่ตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น คือ ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-64 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.4 ในช่วงอายุ 65-69 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.6 ในช่วงอายุ 70-74 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.2 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.6 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้สูงอายุไทยเสียชีวิตปีละมากกว่า 70,000 คน² สำหรับอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ จากรายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุในตำบลบ้านสหกรณ์และตำบลออนเหนือ อำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 290 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 1,027 คน คิดเป็นร้อยละ 28.2 และส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของโรค³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรค

ความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตลดลง รวมถึงเป็นภาระต่อทั้งครอบครัวและสังคมอย่างเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต และตา เป็นต้น⁴ ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษายังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ เช่น ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 42.5⁵ ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงส่งผลให้ในปัจจุบันประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุไม่รับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุอาจไม่มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นความรู้สึกหรือความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโอกาสที่ตนเองจะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงจึงเป็นแรงผลักดันของการเกิดพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง⁶

การรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงหรือการจัดการความเสี่ยง กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงนั้น ผู้สูงอายุต้องมีการรับรู้ว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือตนเองเป็นบุคคลที่มีโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและเหมาะสม⁶⁻⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง⁸ เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว หรือเฝ้าสังเกตอาการเตือน มีความระมัดระวังต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น และให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญ โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁹ ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีการจัดการกับสภาพปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีขึ้น และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ความพิการ และอัตราการเสียชีวิตได้¹⁰ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมให้บุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเอง การสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อให้ข้อมูลแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละวิธีในการลดความเสี่ยง และการประเมินมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และทางเลือกในการลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเสี่ยงของตนเองที่เหมาะสมตามความเป็นจริง ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกต้องส่งผลต่อความเชื่อ ทศนคติ และการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการลดความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด¹¹

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีเพียงการศึกษาที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค ซึ่งเป็นวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 35-60 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ผลกระทบ และมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹¹⁻¹² แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมการรับรู้หรือการประเมินโอกาสเสี่ยงของตนเองในผู้ป่วยแต่ละรายต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง และยังไม่มีการวัดผลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโปรแกรมที่ผ่านมาเน้นเฉพาะ การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพียงอย่างเดียว และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ หรือระดับปานกลาง

ดังนั้น การศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (health belief model)¹³ ทฤษฎีการเปรียบเทียบเชิงสังคม (social comparison theory)¹⁴ และการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)¹⁵ ในการส่งเสริม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อหรือรับรู้โอกาสเสี่ยง ของตนเองต่อการเกิดโรคที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นแนวทาง ในการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดอัตราการเกิดภาวะพิการและการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรม ป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับ ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง จากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่าง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรม กับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง จากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง จากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และระดับความดันโลหิตลดลงกว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2563 โดยมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปี 2) ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูงขึ้นไป และ 3) สามารถ เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติทางจิต 2) มีประวัติ เป็นโรคสมองเสื่อม โดยคัดกรองด้วยแบบทดสอบ

สมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย TMSE 3) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตและไตวายระยะสุดท้าย และ 4) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) คือ 1) มีการย้ายที่อยู่หรือปฏิเสธเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากเข้าร่วมโครงการไประยะหนึ่ง 2) เสียชีวิตขณะอยู่ในระหว่างการทดลอง และ 3) มีภาวะวิกฤติที่ต้องรับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น = .05, power of test = .90 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹⁶ และ effect size = .80 การวิจัยครั้งนี้กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากการคำนวณค่าอิทธิพลของวิจัยที่ใกล้เคียง¹¹ ได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .73 ร่วมกับการพิจารณาตามข้อเสนอแนะของ Cohen¹⁷ โดยเลือกขนาดอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ คือ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยขณะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน รวมเป็น 70 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินความเสี่ยง Thai CV risk score เป็นแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า¹⁸ ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นจากการติดตามศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย ภายใต้โครงการศึกษาพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นระยะเวลายาวนานกว่า 20 ปี แบบประเมินความเสี่ยงนี้จึงควรใช้เฉพาะในคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปี ที่ยังไม่มี

โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ในวันที่คัดเลือกร่วมตัวอย่าง รอบแวนเป็นนิ้ว ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร และค่าระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดที่ตรวจภายใน 3 เดือน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมค่าลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณคะแนนจากแอปพลิเคชันใน iOS และ Android บนโทรศัพท์มือถือ ซึ่งโปรแกรมจะคำนวณคะแนนให้ หลังจากผู้วิจัยกรอกข้อมูล โดยคำนวณคะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ และแปลผลโอกาสเสี่ยงเป็น 5 ระดับ คือ ต่ำ ($\leq 10\%$) ปานกลาง ($10 - <20\%$) สูง ($20 - <30\%$) สูงมาก ($30 - <40\%$) และสูงอันตราย ($>40\%$)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 9 ข้อ สำหรับสอบถามผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัวอื่นๆ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งตัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Lipkus และคณะ¹⁹ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงสัมบูรณ์ 1 ข้อ และการรับรู้ความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการให้ระบุความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่าง 0-100 แปลผลการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็น 5 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ จีร์รัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และรัตนศิริ ทาโต²⁰ และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก และไปตรวจตามนัด จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 19 ข้อ และเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ซึ่งคะแนนโดยรวมยิ่งสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในระดับยิ่งดีมากขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹³ ทฤษฎีการเปรียบเทียบเชิงสังคม¹⁴ และแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ¹⁵ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการของโปรแกรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) แจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินไว้ในขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง Thai CV risk score¹⁸ 2) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกวางแผนการจัดการความเสี่ยง โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนต้องวางแผนว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรในการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนลงมือปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเองตามแผนที่ได้วางไว้ เช่น การออกกำลังกาย และ 4) ผู้วิจัยมีการกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยงเป็นรายบุคคล โดยการโทรศัพท์

สอบถามเป็นรายบุคคล ร่วมกับการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

3.2 คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผ่านการตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3 ท่าน ประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมกิจกรรม 7 ประเด็น ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก และไปตรวจตามนัด

3.3 เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะและหูฟัง ซึ่งทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้อย่างเที่ยงตรง โดยตรวจสอบให้หลุดแก้วที่ใส่ปรอทตั้งตรงและมีปรอทอยู่ที่ระดับ 0 ปรอทสะอาด ไม่แตกเป็นช่วงๆ ลูกยางไม่รั่ว วาล์วสามารถเปิด-ปิดได้ เลือก cuff ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย และทดสอบการวัดความดันโลหิตก่อนจะนำไปใช้งานจริง ซึ่งในการวัดความดันโลหิตแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะเป็นคนวัดความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะวัดความดันโลหิตในเวลาเดิมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

3.4 วิดีทัศน์เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย สมองขาดเลือด จอตาแตก สมองโป่งพอง ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หัวใจล้มเหลว และความจำเสื่อม มีความยาว 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความถูกต้องและความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจ

และหลอดเลือด ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง 2 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดเท่ากับ .89 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดเท่ากับ .90 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ได้ผ่านการตรวจสอบ และแก้ไขตามข้อเสนอแนะมาตรวจสอบ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha's coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ .87 และของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดเท่ากับ .90

สำหรับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง และวิถีทัศน์เรื่องภาวะแทรกซ้อนจาก ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89, .87 และ .84 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อดูความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน และได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเชิญอาสาสมัครโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยอีกครั้งโดยละเอียด แจกเอกสารชี้แจง และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับบอกกล่าวและเต็มใจให้กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือ แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับบอกกล่าวและเต็มใจ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ก่อนกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เมื่อครบแล้ว จึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม

1. กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ก่อนเริ่มกิจกรรมของโครงการวิจัย 1 สัปดาห์
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสำรวจข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง จากโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้วิจัยวัดความดันโลหิต กลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 ของโปรแกรม หลังจากนั้นให้การดูแล ด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 2

1. ผู้วิจัยแจ้งผลการคำนวณความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยคำนวณได้จากแอปพลิเคชัน ใน iOS และ Android บนโทรศัพท์มือถือให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทราบเป็นรายบุคคล และผลการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลุ่มตัวอย่างประเมิน ความเสี่ยงของตนเอง

2. ให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายการรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง บอกความเสี่ยงและผลกระทบของโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีการแลกเปลี่ยนและรับฟังสมาชิกคนอื่น ใช้เวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยบรรยายปัจจัย/สาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายระดับของความเสี่ยงโดยใช้ตารางสีเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงระดับความเสี่ยงของตนเอง ใช้เวลา 20 นาที

4. ผู้วิจัยให้ความรู้ที่ถูกต้องเน้นผลกระทบของโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยใช้วิดีโอผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสื่อกระตุ้น ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการสะท้อนคิด และเปรียบเทียบความเสี่ยง ของตนเองกับเรื่องราวของผู้ป่วยในวิดีโอและสมาชิกกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที

5. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการความเสี่ยง โดยให้ กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับวิธีการของตนเอง ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้ จะแบ่งกลุ่มควบคุมออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 7 คน โดยผู้วิจัยจัดให้ ในแต่ละกลุ่มมีกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งความเสี่ยงในระดับสูง สูงมาก และสูงอันตรายในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และมีทีมผู้วิจัย อำนวยความสะดวกในแต่ละกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3-5

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ด้วยตนเองตามที่ได้วางแผนไว้ และในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างทุกราย ใช้เวลา 10-15 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างไม่รับสาย ผู้วิจัยจะโทรติดต่อซ้ำ โดยในการติดตามเยี่ยมผู้วิจัยสอบถามถึงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง สิ่งที่ทำได้ ปัญหาหรืออุปสรรค หรือสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงทบทวนเกี่ยวกับการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อลดความเสี่ยง เปิดโอกาสให้ซักถามและมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติม ในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยกระบวนการ motivational interviewing

สัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมเพื่อการกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง ผู้วิจัยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน รายบุคคล ใช้เวลา 20 นาที/ราย โดยผู้วิจัยมีการประเมินปัญหา ของกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถาม และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 7-11

กลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง และในสัปดาห์ที่ 9, 11 ผู้วิจัย ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างทุกราย ใช้เวลา 10-15 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างไม่รับสาย ผู้วิจัยจะโทรติดต่อซ้ำ เพื่อสื่อสารและทบทวนเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง เปิดโอกาส ให้ซักถาม และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 12

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบประเมิน พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้วิจัยวัดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งในการวัดความดันโลหิตในกลุ่มทดลองแต่ละรายนั้น ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตในเวลาเดียวกับการวัดความดัน โลหิตในสัปดาห์ที่ 1 และให้ทุกคนนั่งพัก 10 นาทีก่อนวัด ความดันโลหิต

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square และ Fisher' exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยสถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ หมายเลขโครงการ C03/2564 รหัสจริยธรรมการวิจัย คือ BCNCT07/2564 (รับรองตั้งแต่ 10 ธันวาคม 2563 - 9 ธันวาคม 2564) ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนอาสาสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด โดยผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ ความเสี่ยง สิทธิในการถอนตัว การตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การรักษาความลับ รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 อายุต่ำสุดคือ 60 ปี และสูงสุด คือ 72 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 64.43 ปี (SD = 3.10) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 82.9 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.6 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุด คือ 3 ปี สูงสุดคือ 12 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 8.17 ปี (SD = 2.77) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 62.9 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 60 และไม่มีโรคไต โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 57.1

กลุ่มควบคุมมีข้อมูลคล้ายกับกลุ่มทดลอง คือ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.1 อายุต่ำสุดคือ 60 ปี และสูงสุดคือ 75 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 64.40 ปี (SD = 3.36) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.2 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.6 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุดคือ 2 ปี สูงสุดคือ 14 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 8.14 ปี (SD = 3.27) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 57.1 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 57.1 และไม่มีโรคไต โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 71.4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ chi-square และ Fisher's exact test พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 70)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.806 ¹
ชาย	14	40	15	42.86	
หญิง	21	60	20	57.14	
อายุ	$(\bar{X} = 64.43, SD = 3.10)$		$(\bar{X} = 8.14, SD = 3.27)$.810 ²
60-69	33	94.29	32	91.43	
70-79	2	5.71	3	8.57	
สถานภาพสมรส					.811 ²
คู่	29	82.86	27	77.15	
หม้าย	5	14.29	6	17.14	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	2.85	2	5.71	
ระดับการศึกษา					1.000 ²
ไม่ได้เรียน	2	5.71	3	8.57	
ประถมศึกษา	31	88.58	31	88.58	
มัธยมศึกษา	2	5.71	1	2.85	
อาชีพ					.743 ¹
ไม่ได้ทำงาน	6	17.14	5	14.29	
ประกอบอาชีพ	29	82.86	30	85.71	
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	$(\bar{X} = 8.17, SD = 2.77)$		$(\bar{X} = 64.43, SD = 3.10)$.891 ¹
1-5 ปี	8	22.86	7	20	
6-10 ปี	17	48.57	19	54.29	
11-15 ปี	10	28.57	9	25.71	
การสูบบุหรี่					.870 ²
ไม่สูบบุหรี่	22	62.86	20	57.14	
สูบบุหรี่	2	5.71	3	8.57	
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	11	31.43	12	34.29	
การใช้เครื่องตีแมลงก้อ					.770 ²
ไม่ตีแมลงก้อ	21	60	20	57.14	
ตีแมลงก้อ	2	5.71	4	11.43	
เคยตีแมลงก้อ แต่เลิกแล้ว	12	34.29	11	31.43	
การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ					.808 ¹
ไม่มี	20	57.14	25	71.43	
มี	15	42.86	10	28.57	

¹ chi-square test, ² Fisher's exact test

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 62.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ chi-square พบว่าความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ด้วยสถิติ paired t-test พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.51, df = 34, p < .001$ และ $t = -13.85, df = 34, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.73, df = 34, p < .001$ และ $t = 4.89, df = 34, p < .001$ ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่าง (N = 70)

ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความเสี่ยง					1.000 ¹
สูง	21	60.0	22	62.9	
สูงมาก	10	28.6	10	28.6	
สูงอันตราย	4	11.4	3	8.6	

¹ Fisher's exact test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n = 35)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	t ¹	p-value
คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ก่อนการทดลอง	40.00	5.94	-7.51	< .001
หลังการทดลอง	51.71	8.57		
คะแนนพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง				
ก่อนการทดลอง	61.34	1.45	-13.85	< .001
หลังการทดลอง	70.29	3.82		
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว				
ก่อนการทดลอง	153	8.60	8.73	< .001
หลังการทดลอง	143	6.84		
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว				
ก่อนการทดลอง	92	6.33	4.89	< .001
หลังการทดลอง	87	4.82		

¹ paired t-test

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าก่อนการทดลอง คะแนนของทุกตัวแปรระหว่างสองกลุ่มที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง

สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.75$, $df = 68$, $p < .001$ และ $t = 11.68$, $df = 68$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.47$, $df = 68$, $p < .001$ และ $t = -2.66$, $df = 68$, $p < .05$ ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t ¹	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	40.00	5.94	39.14	5.07	.65	.518
หลังการทดลอง	51.71	8.57	40.57	4.82	10.75	< .001
คะแนนพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	61.34	1.45	62.06	1.64	-1.93	.058
หลังการทดลอง	70.29	3.82	62.17	1.50	11.68	< .001
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว						
ก่อนการทดลอง	153	8.60	155	6.11	.91	.364
หลังการทดลอง	143	6.84	154	6.46	-6.47	< .001
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว						
ก่อนการทดลอง	92	6.33	90	3.82	1.37	.175
หลังการทดลอง	87	4.82	89	4.16	-2.66	.010

¹ independent t-test

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงของตนเองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)¹⁵ ที่มีความเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค ซึ่งในโปรแกรมนี้ได้จัดกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ และมีการแจ้งข้อมูล ความเสี่ยงที่ถูกต้องให้ผู้สูงอายุแต่ละรายทราบ เพื่อลดอคติ เข้าข้างตนเอง (optimistic bias) ที่ทำให้ผู้สูงอายุมองว่า ตนเองปลอดภัยกว่าคนอื่น (underestimate) ความเชื่อว่า ตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จนทำให้ไม่ใส่ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริม ให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้บุคคลมีการจัดการความเสี่ยงของตนเอง โดยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของตนเอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ภายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการให้ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัย/สาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด และให้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองแต่ละราย เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด สำหรับในสัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรม ผู้วิจัยมีการแจ้งผลการคำนวณ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้จาก แอปพลิเคชันใน iOS และ Android บนโทรศัพท์มือถือ ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทราบเป็นรายบุคคล และผลการประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองประเมินความเสี่ยงของตนเอง โดยผู้วิจัย อธิบายให้กลุ่มทดลองแต่ละรายทราบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ที่กลุ่มทดลองรับรู้านั้น มีความสอดคล้องกับโอกาสเสี่ยงที่แท้จริง หรือไม่ หลังจากนั้นจึงอธิบายให้กลุ่มทดลองเข้าใจถึงระดับ โอกาสเสี่ยงของตนเอง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง

เข้าใจถึงระดับความเสี่ยงของตนเอง และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพปัจจุบันของตนเอง และเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบว่าจะระดับความดันโลหิตของตนเอง อยู่ในระดับความเสี่ยงใด ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ เข้าใจอาการเตือน และโอกาสเสี่ยงของตนเองที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น²¹

ผลของโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้สะท้อนคิดและเปรียบเทียบความเสี่ยงของตนเอง กับเรื่องราวหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยรายอื่น สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเปรียบเทียบเชิงสังคม (social comparison theory)¹⁶ อธิบายว่า บุคคลมีการประเมินและรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยการเปรียบเทียบความเสี่ยงของตนเองกับบุคคลอื่น หรือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบ (comparative risk perception) ซึ่งการเปรียบเทียบจะทำให้เกิดแรงผลักดัน หรือความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือจัดการ กับความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้ลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ กิจกรรมของโปรแกรมยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับวิธีการของตนเองในการลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนมีการกำหนดเป้าหมาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการกำหนดเป้าหมาย ที่เป็นไปได้ และสามารถบรรลุได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ โดยผู้วิจัยได้มีการอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยละเอียด รวมทั้งเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้ข้อมูลย้อนกลับ

แก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ซึ่งในการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ในแต่ละพฤติกรรมนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการวางแผนเพื่อลดการดื่มสุรา หากมีการเข้าสังคมหรืองานสังสรรค์ มีผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 5 รายที่ดื่มกาแฟทุกวัน วันละ 1 แก้ว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 3 รายที่สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวัน จำนวน 2-3 มวน/ครั้ง และผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 4 รายรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ตั้งเป้าหมายในการลดปริมาณการดื่มสุราและกาแฟ ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารรสเค็ม รวมถึงการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้นี้จะช่วยให้คุณเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดและภาวะแทรกซ้อนของโรคให้สำเร็จตามเป้าหมาย²²

หลังจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้มีการกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้แล้ว กลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ช่วยค้นหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการให้ข้อมูล คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การเสริมแรงทางบวกจะเป็นตัวช่วยที่สำคัญในการผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นไปตามแนวคิดของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing)¹⁷ ที่เน้นการค้นหาปัญหาและแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้ยินเสียงตัวเองซ้ำๆ เป็นเสียงที่เกิดจากความคิดและความรู้สึก จนเกิดการรู้คิดและตระหนักถึงปัญหาของตน ทำให้เกิดแรงจูงใจและมีการตั้งเป้าหมายและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ในการติดตามเยี่ยม

เพื่อประเมินการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาแรงจูงใจซึ่งแรงจูงใจที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ต้องการอยู่กับลูกหลานไปนานๆ ซึ่งแรงจูงใจจะส่งเสริมให้เกิดปัจจัยชักนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสร้างแรงจูงใจช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม²³ นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการแนะนำทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการดูแลตนเองมากขึ้น²⁴

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เน้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นศูนย์กลางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับคำแนะนำที่ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหา รวมถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพจนสามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข²⁵ อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งข้อมูลนี้ผู้สูงอายุได้รับบางครั้งไม่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาหรืออุปสรรคของผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้ไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมไม่มีการวางแผนเป้าหมาย

และขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สังเกตได้จากการพูดคุยซักถามผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมักจะบอกว่าตนเองไม่ได้มีเป้าหมายว่าต้องมี พฤติกรรมสุขภาพอย่างไร และยังไม่มีพยายามปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาอื่น²⁵ ที่พบว่าขาดแรงจูงใจเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมี การเสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่นัยสำคัญ .05 และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่นัยสำคัญ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น และกลุ่มผู้รับบริการอื่นๆ โดยในการนำไปใช้นั้น การเยี่ยมบ้าน หรือการเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยตามความจริง เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ส่งเสริมการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไปใช้ และกระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความแตกต่างกัน เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วย ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และให้ญาติมีส่วนร่วม มากขึ้นตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการ วัดผลลัพธ์ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง ที่นอกเหนือ จากการวัดความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลง จากปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ง่าย

References

1. Buford TW. Hypertension and aging. Ageing Res Rev. 2016;26:96-111. doi: 10.1016/j.arr.2016.01.007.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2016. Nakhon Pathom: Printery Company Limited; 2019. 132 p. (in Thai).
3. Mae On District Public Health Office. Annual report 2020. Chiang Mai: Public Health Office; 2020. 280 p. (in Thai).
4. Fuchs FD, Whelton PK. High blood pressure and cardiovascular disease. Hypertension. 2019;75(2): 285-92. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240.
5. Anantasarn D. Effects of health care promoting program on self-care behavior and blood pressure level among older adults with uncontrolled hypertension in Langsuan Municipality, Chumporn Province. Region 11 Medical Journal. 2016;30(4): 299-311. (in Thai).

6. Mohd Azahar NMZ, Krishnapillai ADS, Zaini NH, Yusoff K. Risk perception of cardiovascular diseases among individuals with hypertension in rural Malaysia. *Heart Asia*. 2016;9(2):e010864. doi: 10.1136/heartasia-2016-010864.
7. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse*. 2017;53(6):607-21. doi: 10.1080/10376178.2017.1368401.
8. Rouyard T, Kent S, Baskerville R, Leal J, Gray A. Systematic review or meta-analysis perceptions of risks for diabetes-related complications in type 2 diabetes populations: a systematic review. *Diabet Med*. 2017;34(4):467-77. doi: 10.1111/dme.13285.
9. Mitra M, Wulandari W. Factor affecting uncontrolled blood pressure among elderly hypertensive patients in Pekanbaru city, Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(7):1209-13. doi: 10.3889/oamjms.2019.255.
10. Sanprakhon P, Chusri O, Wongwisadkul S. The effects of health belief application program in older adults with risk of coronary artery disease in a community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2018;28(3):87-100. (in Thai).
11. Singco T, Changmai S, Toskulkao T. The effects of promoting perception of health beliefs program on stroke prevention behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*. 2020;16(2):42-60. (in Thai).
12. Tiparat W, Suwanweala S, Sumrit W. The effects of self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertension patients in Muang District, Trang province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4(2): 94-107. (in Thai).
13. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4): 328-35. doi: 10.1177/109019817400200403.
14. Festinger L. A theory of social comparison processes. *Hum Relat*. 1954;7(2):117-40. doi: 10.1177/001872675400700202.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. 449 p.
16. Polit FD, Hungler PB. *Nursing Research: principle and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999. 757 p.
17. Cohen J. *Quantitative methods in psychology: a power primer*. *Psychol Bull*. 1992;112(1): 155-9.
18. Kongprasert J, Watcharasin S, Punmung N. Cardiovascular risk assessment in diabetes and hypertensive patients [Internet]. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing Press; 2015 [cited 2021 Jun 9]. Available from: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/diabetes/knowledge/5.pdf. (in Thai).

19. Lipkus IM, Kuchibhatla M, McBride CM, Bosworth HB, Pollak KI, Siegler IC, et al. Relationships among breast cancer perceived absolute risk, comparative risk, and worries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2000;9(9): 973-5.
20. Sutthipatthanangkoon C, Thato R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2017;28(2):111-25. (in Thai).
21. Pragodpol P, Intana J. The effect of the stroke warning signs program on stroke's awareness, knowledge, and practice to decrease the stroke risk in hypertensive patients. *Journal of Phrapokkiao Nursing College.* 2019;30(2): 88-100. (in Thai).
22. Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Wongsuvansiri S, Sathira-angkura T, Leelawong S. Development of care management model for patients with uncontrolled diabetes. *Journal of Nursing Division.* 2017;44(2):141-58. (in Thai).
23. Chaipet N, Kaewklum U, Sonrat S, Wittayapun Y. Non Communicable Diseases (NCD's) high risk patients: effectiveness of a health behaviors changing programs on health behavior in Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.* 2017;4(2): 45-62. (in Thai).
24. Plaiyod J, Panpakdee O, Taikerd C. Effects of a promoting self-care participation program on perceived self-care ability, body weight, and blood pressure control in persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2012;18(2):223-36. (in Thai).
25. Thongtang P, Seesawang J. Lived experience among hypertensive older people. *Nursing Journal.* 2014;41 Suppl:1-10. (in Thai).