

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
The effect of a home visit program on health beliefs conduct and the patient's blood
pressure Uncontrollable Hypertension in a Community in Pho Chai Subdistrict,
Uthumphon Phisai District Sisaket Province

(Received: June 14,2023 ; Revised: June 18,2023 ; Accepted: June 23,2023)

วินัย อารีย์¹

Winai Aree¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre - post design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.34 คะแนน (95% CI = 9.50-17.18, P-value <0.01) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.74 คะแนน (95% CI = 5.32-8.15, P-value <0.01) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 19.87 มม.ปรอท (95% CI = 15.06-24.67, P-value <0.01) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.7 มม.ปรอท (95% CI = 7.36-12.03, P-value <0.01)

คำสำคัญ: โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was quasi-experimental research in two groups, using pre- and post-experimental measures (two group pre-post design) to study the effects of a home visit program on health beliefs, conduct and the blood pressure value of patients with uncontrolled hypertension. 76 patients with uncontrolled hypertension were divided into experimental and comparison groups, 38 persons each. The experimental group received the health belief home visit program, conduct and the blood pressure value of hypertensive patients. Data collection by questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, namely number, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics were used for independent t-test. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. Research

Research results after the experiment The experimental group had a mean score of health beliefs 13.34 points higher than the comparison group (95% CI = 9.50-17.18, P-value <0.01) The average performance score was 6.74 points higher than the comparison group (95% CI = 5.32-8.15, P-value <0.01) Mean Systolic blood pressure was 19.87 mm Hg lower than the comparison group (95% CI = 15.06-24.67, P-value <0.01) and the average diastolic blood pressure was 9.7 mm Hg lower than the comparison group (95% CI = 7.36-12.03, P-value <0.01)

Keywords: Home visit program, Health beliefs, Hypertension

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ⁽²⁾ จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน จากปี 2562 - 2564 คือ 7,136.94, 7,627.28, 8,192.48 ตามลำดับ⁽³⁾ อำเภอกุสุมาลย์ มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคน จากปี 2562 - 2564 คือ 10,483.18, 10,660.41, 11,052.03 และในตำบลโพธิ์ชัย อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคน จากปี 2562 - 2564 คือ 1,246.36, 1,466.58, และ 1,837.16 ตามลำดับ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 67.73, 67.63, และ 58.27 ตามลำดับ⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การควบคุมระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม

ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็มขาดการออกกำลังกาย การอ่อนคลา ความเครียด การไม่ควบคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการรับประทานยา⁽⁴⁾

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่แสดงออกต่อพฤติกรรมบุคคล โดยเมื่อบุคคลมีความเชื่อ รับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงาน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต⁽⁶⁻⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน⁽⁹⁻¹¹⁾ โดยการเยี่ยมบ้านเป็นการบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ครอบคลุมงานรักษาพยาบาล งานป้องกัน งานส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพโดยการนำบริการเข้าสู่ชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและให้สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย มีการจัดบริการเพื่อเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิดและมีการให้ความรู้ถึงการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีปัญหาการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตไม่เหมาะสม

ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นำไปสู่การลดระดับความดันโลหิต ลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre - post design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis)⁽¹²⁾ กำหนดขนาดอิทธิพลอ้างอิงจากงานวิจัยของ สุภาพร มาลีวรรณ⁽¹¹⁾ ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.48 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบ (Confidence of interval) 95 % ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 ขนาดอิทธิพล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน คน โดยแบ่งเป็น 2 คือ กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่

ควบคุมไม่ได้และรับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย อำเภอกุหมะพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 38 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และรับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้านเหลือง อำเภอกุหมะพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 38 คน หลังจากนั้นทำการและสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) อายุ 40 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และได้รับยาควบคุมความดันโลหิต มี SBP เท่ากับหรือมากกว่า 140 มม.ปรอท หรือ DBP เท่ากับหรือมากกว่า 90 มม.ปรอท ติดต่อกัน 3 เดือน 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน พูด อ่าน เขียนเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลได้ 5) สมัยครใจ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดต่อได้ หรือย้ายที่อยู่ 2) เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การกระตุ้นชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2.1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง การรับการรักษา

การสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ
อาการผิดปกติระหว่างการรักษา

2.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 33 ข้อ ลักษณะข้อ
คำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5
ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ มากที่สุด
(5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน)
น้อย (2 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1 คะแนน) แบ่ง
คะแนนการรับรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์
หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตาม
แนวคิดของบลูม⁽¹³⁾ 3 ระดับ ได้แก่ มาก (≥ 132
คะแนน) ปานกลาง (99-131 คะแนน) น้อย (≤ 98
คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค เท่ากับ 0.87

2.3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อ
คำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3
ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ สม่าเสมอ
(3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (1
คะแนน) แบ่งคะแนนการรับรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์
ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิง
เกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม⁽¹³⁾ 3 ระดับ ได้แก่
เหมาะสมมาก (≥ 29 คะแนน) พอใช้ (22-28
คะแนน) เหมาะสมน้อย (≤ 21 คะแนน) ค่าความ
เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ
0.75

2.4 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ประกอบ
ไปด้วย แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านแบบบันทึก
สัญญาณชีพ และแบบบันทึกทางโทรศัพท์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ
ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน การปฏิบัติตัว
และค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติเชิงอนุ

มาณ ได้แก่ Independent t – test กำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ รับรองเลขที่ SPPH วันที่ 27
กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 76 คน
แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ
38 คนซึ่งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย
ละ 60.53 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ
63.16 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.58 มีอาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 73.68 ส่วนใหญ่จบชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 94.74 รายได้น้อยกว่า 5,000
บาท ร้อยละ 68.42 ระยะเวลาที่รักษา 0-5 ปี ร้อย
ละ 71.08 มาตรวจตามนัด ร้อยละ 94.74 มีอาการ
ผิดปกติระหว่างการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 92.11
ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 86.84 และไม่
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็น ร้อยละ 78.95

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 60.53 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ
65.79 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.68 มีอาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 86.84 ส่วนใหญ่จบชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 94.74 รายได้น้อยกว่า
5,000 บาท ร้อยละ 78.95 ระยะเวลาที่รักษา 0-5
ปี ร้อยละ 73.68 มาตรวจตามนัด ร้อยละ 92.11 มี
อาการผิดปกติระหว่างการรักษา คิดเป็น ร้อยละ
100 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็น ร้อยละ 94.74
และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็น ร้อยละ
73.68

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ
ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อน

และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 131.74$, $SD = 5.79$) กลุ่มเปรียบเทียบมีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 130.50$, $SD = 6.32$) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 144.26$, $SD = 10.27$) กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 130.92$, $SD = 5.96$) ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.34 คะแนน (95% CI = 9.50-17.18, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 27.79$ $SD = 3.76$) กลุ่มเปรียบเทียบมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 28.47$ $SD = 3.49$) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 35.11$ $SD = 2.73$) กลุ่มเปรียบเทียบมีการปฏิบัติตัว อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 28.37$, $SD = 3.41$) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.74 คะแนน (95% CI = 5.32-8.15, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

ค่าความดันโลหิต Systolic ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 146.26 มม.ปรอท ($SD = 11.91$)

เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 147.87 มม.ปรอท ($SD = 11.89$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 126.39 มม.ปรอท ($SD = 8.88$) เป็นความดันโลหิตในระดับ Pre Hypertension กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic เท่ากับ 145.61 มม.ปรอท ($SD = 8.42$) เป็นความดันโลหิตในระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 19.87 มม.ปรอท (95% CI = 15.06-24.67, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

ความดันโลหิต Diastolic ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 94.83 มม.ปรอท ($SD = 4.78$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 93.48 มม.ปรอท ($SD = 5.44$) เป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 82.87 มม.ปรอท ($SD = 5.04$) เป็นความดันโลหิตในระดับ Pre Hypertension กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic เท่ากับ 92.57 มม.ปรอท ($SD = 5.17$) เป็นความดันโลหิตในระดับ 1 ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.7 มม.ปรอท (95% CI = 7.36-12.03, P-value <0.01) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=38)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=38)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
ความเชื่อด้านสุขภาพ								
ก่อนการทดลอง	131.74	5.79	130.50	6.32	1.23	-1.53 – 4.01	0.89	0.37
หลังการทดลอง	144.26	10.27	130.92	5.96	13.34	9.50-17.18	6.93	<.001*
การปฏิบัติ								
ก่อนการทดลอง	27.79	3.76	28.47	3.49	0.68	-2.34 – 0.97	0.82	0.41
หลังการทดลอง	35.10	3.86	28.37	3.41	6.74	5.32-8.15	9.50	<.001*
ความดัน Systolic								
ก่อนการทดลอง	146.26	11.91	147.87	11.83	1.61	-7.03 – 3.81	0.59	0.55
หลังการทดลอง	126.39	8.88	145.61	8.42	19.22	15.26-23.17	9.68	<.001*
ความดัน Diastolic								
ก่อนการทดลอง	94.83	4.78	93.48	5.44	1.35	-0.99 – 3.69	1.14	0.25
หลังการทดลอง	82.87	5.04	92.57	5.17	9.7	7.36-12.03	8.28	<.001*

Significant = P-value < .005

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเยี่ยมบ้านตามระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยกลุ่มทดลองที่มีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เฉพาะรายด้านที่มีการรับรู้ต่ำกว่าร้อยละ 80 อภิปรายปัญหา และหาแนวทางการจัดกิจกรรมตามความต้องการที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มทดลอง ในส่วนของกลุ่มทดลองที่มีระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้าน อันประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการการ

ยกสถานการณ์จำลองของกรณีศึกษา สาธิตการออกกำลังกาย การเลือกอาหาร อภิปรายผลเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงทำให้กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติตัวดีขึ้นทุกคนโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การควบคุมน้ำหนัก และการรับประทานยา เป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยจัดให้มีกิจกรรม การยกตัวอย่างของกรณีศึกษา การเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการสาธิตการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ ในงานวิจัยนี้มีการชักจูงให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต โดยมีการมอบสมุดพกเตือนใจให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติตัวทุกวัน เพื่อใช้ในการทบทวนการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย มีการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย และมีการให้กำลังใจ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้

คำปรึกษา หรือการชักจูงให้ปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น⁽⁹⁻¹¹⁾ ส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ลดลงจาก 146.26/94.83 มม.ปรอท ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 เป็น 126.39 /82.87 มม.ปรอท ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้จากการ วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มทดลองสามารถ ควบคุมความดันโลหิต Systolic ได้ 37 คน คิดเป็น ร้อยละ 95.65 และ ควบคุมความดันโลหิต Diastolic ได้ 36 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 เป็นที่ สังเกตว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้กลุ่มทดลองควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่า กลุ่มควบคุมอันจะทำให้การควบคุมความดันโลหิต บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละการ ควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 80⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge>
2. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์; 2564.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ. [อินเทอร์เน็ต] 2562-2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน ปราณี ทุไพบราและคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาล อายุรศาสตร์ 1*. (หน้า 92 - 114). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส; 2553
5. Becker, M.H.. Socio-behavioral Determinant of compliance with health and medical care recommendation. *Medical care*.13(1): 10-15; 1975
6. น้าอ้อย ภักดีวงศ์. ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 32(1), 23-30; 2557
7. นรินทร์ สุวรรณ. พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต] 2558 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/46115>
8. พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 258-272; 2562

สามารถนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านไป ประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ปรับเปลี่ยน ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้สู่การปฏิบัติ จนเกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้สามารถควบคุม ความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการติดตามผลของ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในระยะยาว เพื่อติดตาม ความคงอยู่ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การ ปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิต อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการทำวิจัยโดยใช้โปรแกรมการ เยี่ยมบ้านที่มีการส่งเสริมการรับรู้ ความเชื่อด้าน สุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใน สถานบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผล ของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน



9. วัฒนศักดิ์ สุกใส, ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล และธีรยุทธ อุดมพร. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 6(2). 53 – 64; 2556
10. ณิชฐิรา ปราสาทแก้ว. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุข*, 42(3), 19 – 31; 2555
11. สุภาพร มาลีวรรณ. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพการปฏิบัติตัวและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 34(4): 63-72; 2559
12. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1988
13. bloom BS. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1986.
14. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงได้จาก:
<https://spd.moph.go.th/kpi-template-2566/>