

## ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมควบคุม ความดันโลหิต ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

วาริศา สนจิตร\*, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์\*\*,  
ประยุกต์ เตชสุทธิกร\*\*, ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์\*\*\*<sup>a</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดผลสามระยะ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ระยะเวลาศึกษา 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยทั่วไปด้วย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วย Repeated measure ANOVA และ Independent t-test วิเคราะห์สัดส่วนระดับความรุนแรงของความดันโลหิตด้วย Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยในกลุ่มทดลองนั้นพบระดับความดันโลหิตต่ำกว่าในระยะเวลาติดตามผลลดน้อยลงกว่าระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และพบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อสุขภาพมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าลดลง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต; หลัก 3อ. 2ส.; ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

\* นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>a</sup> Corresponding author: ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ Email: Dhammawat.buu@gmail.com

รับบทความ: 17 ก.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 6 ต.ค. 68; ตอปรับตีพิมพ์: 7 ต.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 10 พ.ย. 68

## The Effect of Health Belief Model Program on Blood Pressure Control Behaviors among Elderly Hypertensive Patients in Mueang District, Chonburi Province

Varisa Sonjit<sup>\*</sup>, Paiboon Pongsaengpan<sup>\*\*</sup>

Prayook Detsuttikorn<sup>\*\*</sup>, Dhammawat Ouppawongsapat<sup>\*\*a</sup>

### Abstract

This quasi-experimental study with two groups and three measurement points (pre-posttest and follow up periods) aimed to evaluate the effects of a health belief model-based program on blood pressure control behaviors and blood pressure levels among elderly patients with hypertension in Mueang district, Chonburi province. Seventy participants were recruited and equally assigned to either intervention or control group. The study period lasted 10 weeks. Data were collected using blood pressure measuring device, questionnaires on demographic information and blood pressure control behaviors at pre-intervention, post-intervention, and follow-up phases. Descriptive statistics including percentages, frequencies, and standard deviations were used, while differences in mean scores were analyzed using repeated measures ANOVA and independent t-tests with Fisher's Exact test used to analyze the proportions of blood pressure severity levels.

The results indicated that, at the follow-up stage, the intervention group demonstrated significantly better blood pressure control behaviors and lower systolic blood pressure levels than those from the control group ( $p < 0.05$ ). Additionally, within the intervention group, systolic blood pressure at follow-up was significantly lower compared to post-intervention ( $p < 0.05$ ), and blood pressure control behavior scores at follow-up were significantly higher than those at pre- and post-intervention stages ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, the health belief model-based program effectively improved blood pressure control behaviors and reduced systolic blood pressure and increased health behaviors scores among elderly hypertensive patients. Relevant organizations may consider applying this program to enhance patient care and health promotion within the community.

**Keywords:** Health Belief Model Program; Blood pressure control behaviors; 3A2S Guideline; Elderly hypertensive patients

---

<sup>\*</sup> Graduate Student, Faculty of Public Health, Burapha University

<sup>\*\*</sup> Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University

<sup>a</sup> Corresponding author: Dhammawat Ouppawongsapat Email: Dhammawat.buu@gmail.com

*Received: Sep. 17, 25; Revised: Oct. 6, 25; Accepted: Oct. 7, 25; Published Online: Nov. 10, 25*

## บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขที่คุกคามประชากรโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงสุด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ปัจจุบันมีผู้ใหญ่ทั่วโลกอายุ 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคน ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และน่ากังวลว่า เกือบครึ่งหนึ่งในจำนวนนี้ (ประมาณร้อยละ 46) ไม่เคยทราบว่าตนเองป่วย<sup>(1)</sup> สถานการณ์นี้ส่งผลให้โรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง ที่นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก ยิ่งไปกว่านั้น แนวโน้มความชุกในผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ทั่วโลกนั้นสูงถึงกว่า 60% และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงวัยระดับโลก (Global aging)<sup>(2)</sup> ภาวะนี้ในผู้สูงอายุ ไม่ได้เป็นเพียงตัวเลขความดันที่สูงขึ้น แต่ยังสัมพันธ์โดยตรงกับการเสื่อมถอยของร่างกาย การเกิดภาวะทุพพลภาพ และการลดทอนคุณภาพชีวิตในช่วงบั้นปลายอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับประเทศไทยซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วนั้น ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุยังมีความซับซ้อนและน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ซึ่งจังหวัดชลบุรี เป็นหนึ่งในจังหวัดศูนย์กลาง การพัฒนาทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชากรอย่างฉับพลัน ทั้งการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ การบริโภคอาหารนอกบ้านที่มีโซเดียมสูง และความเครียดสะสม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นตัวเร่งให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งอาจต้องปรับตัวกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป<sup>(3)</sup> ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (พ.ศ. 2567) ยืนยันถึงวิกฤตการณ์นี้ โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้สำเร็จมีเพียงร้อยละ 48.5 เท่านั้น<sup>(4)</sup> ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (กว่าร้อยละ 51.5) ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ตัวเลขนี้เป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนว่า ภายใต้อาณัติของพื้นที่ EEC นั้น กลับมีปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ถูกซ่อนอยู่และต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้น มีสาเหตุเชิงลึกที่ซับซ้อนกว่าคนในวัยอื่น โดยมีรากฐานมาจาก "ความเชื่อ" และ "ทัศนคติ" ที่เป็นลักษณะเฉพาะของวัยผู้สูงอายุ หลายท่านมีความเชื่อว่าความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องธรรมดาตามวัย บางท่านกังวลต่อผลข้างเคียงของยามากกว่าความรุนแรงของโรค บางท่านอาจมีภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง หรือมีอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินมาตลอดชีวิต เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มจัด<sup>(5)</sup> ดังนั้น การให้สุขศึกษาด้วยรูปแบบเดิมที่มุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียว จึงไม่สามารถทะลุทะลวงเข้าไปเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ฝังรากลึกเหล่านี้ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้แนวทางที่เข้าใจและเข้าถึงจิตใจของผู้สูงอายุโดยตรง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM)<sup>(6)</sup> มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทฤษฎีนี้เป็นเครื่องมือทางจิตวิทยาที่ทรงพลังในการทำความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมุ่งเน้น

การปรับเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อภายในตัวบุคคล ทั้งการทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน การชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน การช่วยหาทางออกและลดทอนอุปสรรคที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ และที่สำคัญคือการเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกมีคุณค่าและมีพลังในการดูแลสุขภาพของตนเอง<sup>(7,8)</sup> ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา “ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดชลบุรี” โดยเชื่อมั่นว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากความเข้าใจในบริบทของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ในระยะก่อน หลัง และติดตามผลในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในระยะก่อน หลัง และติดตามผล ในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนจำแนกตามความรุนแรงของโรค ในระยะหลังทดลองและติดตามผล ของกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

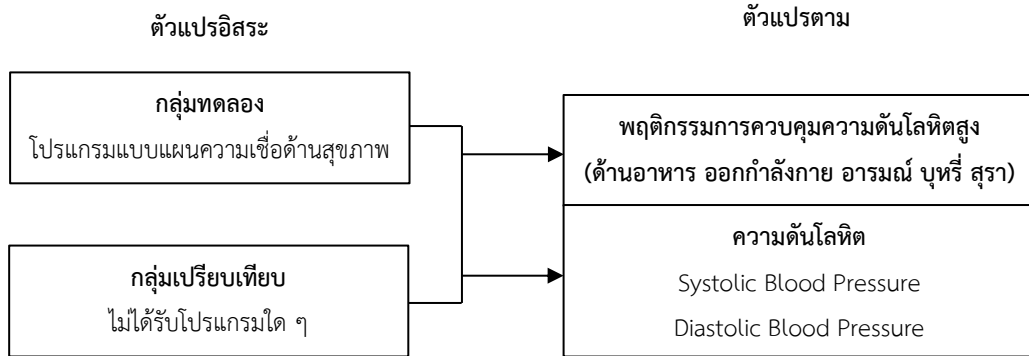
### สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการได้รับโปรแกรม
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตหลังทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. ระดับความดันโลหิตตัวบนจำแนกตามความรุนแรงโรคของกลุ่มทดลอง ระยะหลังทดลอง และติดตามผล แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองหรือติดตามผล มีระดับปกติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างน้อยร้อยละ 20

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM) ของ Becker<sup>(6)</sup> ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค (Perceive barriers) 5) การชักนำ

สู่การปฏิบัติ (Cues to action) และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceive self-efficacy) เป็นแนวคิดในการสร้างโปรแกรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลสามครั้ง ระยะเวลาก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามประเมินผล (Two-group pre-posttest and follow up design) คือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 15 แห่ง ของเขต อ. เมือง จ. ชลบุรี จำนวน 18,443 คน ซึ่งพบว่า ทั้งหมดยังคงรับประทานยาต่อเนื่องภายใต้การควบคุมของแพทย์และเข้าพบแพทย์ตามรอบนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีทะเบียนประวัติเป็นผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี และเป็นผู้ได้รับการสุขภาพต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 15 แห่ง

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองขั้นตอน (Two-stage stratified random sampling) โดยขั้นที่หนึ่ง สุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตัวแทน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สุ่มขั้นที่สอง สุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถูกสุ่มเลือกเป็นตัวแทนได้ โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับประทาน รพ.สต. ที่กำหนดสามารถติดต่อสื่อสารผ่านสมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันไลน์
- 2) มีสติสัมปชัญญะดีอ่านและเขียนภาษาไทยได้ โดยวัดผ่านการคัดกรองภาวะความจำเสื่อมจากแบบประเมินความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ (MIMSE-THAI 2002)

3) มีความสมัครใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยลงนามในใบยินยอม

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ปฏิเสธการเข้าร่วมหรือประสงค์ถอนตัวระหว่างกิจกรรม
- 2) เจ็บป่วยร้ายแรง หรือเสียชีวิต หรือย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการดำเนินกิจกรรม

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เพื่อควบคุม Type I และ Type II errors โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% (ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) 80% (1-Beta=0.8) และกำหนดขนาดอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect size) 0.20 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างค่าสถิติ ANOVA repeated โดยเปิดตาราง Table estimated sample size requirements as function of effect size<sup>(9)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คนรวมเป็น 60 คน เพื่อป้องกันปัญหาการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (Drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 หรือ 5 คนในแต่ละกลุ่มรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมทั้งหมดเป็น 70 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด

##### 1. แบบสอบถาม

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ชนิดเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ศาสนา น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคร่วม และค่าระดับความดันโลหิต

1.2 แบบคัดกรองมาตรฐาน ภาวะความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ (MIMSE-THAI 2002)<sup>10</sup>

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ชนิดเลือกตอบ จำนวน 18 ข้อ โดยมีมาตรวัด 3 หน่วย คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

##### 2. เครื่องวัดความดันโลหิต

เครื่องวัดความดันโลหิต Omron รุ่น HEM-8712 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ เทียบมาตรฐานความเที่ยงตรงเครื่องก่อนทำการวัดทุกครั้ง (Calibration)

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คืออาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด อาจารย์พยาบาล และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 ซึ่งผ่านเกณฑ์

2) นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 คนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยกำหนดค่า Cronbach's alpha coefficients ไม่น้อยกว่า 0.7 พบว่าแบบสอบถามของการศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ 0.74 ซึ่งผ่านเกณฑ์ ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เท่ากับ 0.70 ด้านพฤติกรรมกรอกกำลังกาย เท่ากับ 0.82 และด้าน พฤติกรรมกรจัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เท่ากับ 0.72

3) เครื่องวัดความดันโลหิต Omron รุ่น HEM-8712 เครื่องใหม่ ที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง ของเครื่องมือ ทุกครั้งก่อนวัดความดัน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขออนุญาตไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ของการศึกษารวบรวมข้อมูล ทำการประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ด้วยแบบประเมิน MMSE-Thai 2002 เพื่อ คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง แจกจ่ายรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนัดหมายการเก็บข้อมูลและการทำ กิจกรรมต่าง ๆ ทำการเนินการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 10 สัปดาห์ ระหว่าง พฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2567

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และพิสัย
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test
3. เปรียบเทียบสัดส่วนความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Fisher's exact test
4. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง และค่าเฉลี่ยระดับ ความดันโลหิตในระยีก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ประเมินผลด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ANOVA repeated measure) ด้วยวิธี Bonferroni

#### การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS090/2566 ผู้วิจัยจึงมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ เปิดโอกาสให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมและสามารถถอนตัวจากการให้ข้อมูล ได้ตลอดเวลา ข้อมูลวิจัยเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูล นำเสนอข้อมูลในเชิงภาพรวมและ ใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากรทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลอง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5, กลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน คิดเป็นร้อยละ 53.7) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย BMI ในระดับอ้วน ( $\bar{X}$ =26.71; SD=4.06; Min=18.67; Max=34.96) เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ ( $\bar{X}$ =25.76; SD=4.54; Min=15.82; Max=34.22) ทั้งสองกลุ่มพบภาวะโรคร่วมเกินกว่าร้อยละ 60 โดยทั้งสองกลุ่มพบภาวะโรคร่วมมากที่สุด คือ ไขมันในเส้นเลือด และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 51.9; กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 48.1) ผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คือสามี/ภรรยา ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่คือบุตร

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 6) และติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) (จำแนกตามตัวแปร ความดันโลหิตและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	Mean Difference	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
<b>ความดันโลหิตตัวบน</b>							
ก่อนทดลอง	132.25	12.60	138.14	20.38	1.45	-5.88	0.15
หลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 6)	132.00	15.62	131.88	18.33	0.02	0.11	0.97
ติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10)	127.80	12.97	140.11	17.96	3.28	-12.31	<0.001
<b>ความดันโลหิตตัวล่าง</b>							
ก่อนทดลอง	81.31	10.17	78.60	13.78	0.93	2.71	0.35
หลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 6)	82.47	9.41	80.82	11.35	0.65	1.64	0.51
ติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10)	84.05	8.48	82.28	11.42	0.73	1.77	0.46
<b>คะแนนพฤติกรรม</b>							
ก่อนทดลอง	45.94	3.66	42.94	4.78	2.94	3.00	<0.001
หลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 6)	45.80	3.81	43.17	4.36	2.68	2.62	<0.001
ติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10)	47.14	3.15	43.40	4.20	4.21	3.74	<0.001

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP) ก่อนทดลอง และหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะติดตามผล ค่าความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สำหรับค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP) ก่อนทดลอง หลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 6) และในระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม คะแนนพฤติกรรมการควบคุม

ความดันโลหิต ก่อนทดลอง หลังทดลอง และในระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

**ตารางที่ 2** ช่วงความดันตัวบน (SBP) เมื่อพิจารณาระดับความดันโลหิตสูงตามระดับความรุนแรงของโรค

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ความดันโลหิตตัวบนก่อนทดลอง</b>					0.33
ระดับปกติ	15	42.9	15	42.9	
ค่อนข้างสูงแต่ยังไม่เป็นโรค	10	28.6	5	14.2	
โรคความดันสูงระดับ 1	9	25.6	10	28.6	
โรคความดันสูงระดับ 2	1	2.9	4	11.4	
โรคความดันสูงระดับ 3	0	0.0	1	2.9	
<b>ความดันโลหิตตัวบนหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 6 )</b>					0.85
ระดับปกติ	17	48.6	15	42.9	
ค่อนข้างสูงแต่ยังไม่เป็นโรค	7	20.0	6	17.1	
โรคความดันสูงระดับ 1	9	25.7	12	34.2	
โรคความดันสูงระดับ 2	2	5.7	1	2.9	
โรคความดันสูงระดับ 3	0	0.0	1	2.9	
<b>ความดันโลหิตตัวบนระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10 )</b>					0.001
ระดับปกติ	21	60.0	11	31.4	
ค่อนข้างสูงแต่ยังไม่เป็นโรค	10	28.6	3	8.6	
โรคความดันสูงระดับ 1	3	8.6	14	40.0	
โรคความดันสูงระดับ 2	1	2.8	6	17.1	
โรคความดันสูงระดับ 3	0	0.0	1	2.9	

\*p-value from Fisher's exact test

จากตารางที่ 2 พิจารณาระดับความรุนแรงการเป็นโรคพบว่า ระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับความดันโลหิตที่ไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อพิจารณาระยะติดตามผล พบว่าค่าความดันกลุ่มปกติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มทดลองซึ่งสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองโดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และเมื่อพิจารณาเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบก็พบว่าแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยกลุ่มทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งในระยะหลังทดลอง (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 : กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 31.4) และกลุ่มทดลองจะมีระดับความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยดีกว่าทุกระดับเมื่อเทียบกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวด้วยการวัดซ้ำรายคู่ (One-way repeated ANOVA) ด้วยวิธี Bonferroni ในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ช่วงเวลา % (SD)		Mean Difference	p-value	Effect Size
ค่าความดันตัวบน	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	-0.25	1.00	(0.10)
	132.00 (1.90)	132.25 (1.90)			
	ติดตามผล	หลังทดลอง	-4.20	0.02	
	127.80 (1.48)	132.00 (1.48)			
ค่าความดันตัวล่าง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	1.26	1.00	(0.03)
	82.47 (1.62)	81.20 (1.62)			
	ติดตามผล	หลังทดลอง	1.44	0.56	
	83.91 (1.07)	82.47 (1.07)			
คะแนนพฤติกรรม	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	-0.14	0.001	(0.19)
	45.80 (.40)	45.94 (0.40)			
	ติดตามผล	หลังทดลอง	1.34	0.001	
	47.14 (.38)	45.80 (0.38)			
	ติดตามผล	ก่อนทดลอง	1.20	0.001	
	47.14 (.31)	45.94 (0.31)			

\*Effect size from Partial Eta Square (Partial  $\eta^2$ )

จากตารางที่ 3 พบว่า ในกลุ่มทดลอง ค่าความดันโลหิตตัวบนในระยะหลังทดลองไม่แตกต่างจากระยะก่อนทดลอง แต่ในระยะติดตามผลมีค่าความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่าระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และไม่แตกต่างจากระยะก่อนทดลอง ขนาดของผลกระทบความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (Partial  $\eta^2 = 0.10$ ) สำหรับค่าความดันโลหิตตัวล่าง ในทุกช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน ขนาดของผลกระทบความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย (Partial  $\eta^2 = 0.03$ ) ส่วนคะแนนพฤติกรรมในระยะหลังทดลองน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง แต่ในระยะติดตามผลมีคะแนนพฤติกรรมมากกว่าทั้งระยะหลังทดลองและก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ขนาดของผลกระทบความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก (Partial  $\eta^2 = 0.19$ )

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยปรากฏชัดเจนว่า ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น และมีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับระยะก่อนทดลอง และเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณาสัดส่วนระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองก็มีระดับความดันโลหิตสูงที่ปรับเข้าสู่ความเป็นระยะความดันปกติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเกือบเท่าตัว

### ด้านความเชื่อสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

ผลการวิจัย สะท้อนความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นในอดีตที่ประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (Perceived susceptibility & severity) กรณีการ เงินดี และคณะ ที่พบว่า การให้ความรู้เพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างชัดเจน<sup>(11)</sup> 2) ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค (Perceived benefits & barriers) ที่พบว่า การสร้างความตระหนักอย่างเป็นรูปธรรมของการปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งช่วยจัดการกับอุปสรรคที่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวัน กิจกรรมสาธิตการทำอาหารลดเค็มแต่อร่อย การแนะนำท่ากายบริหารง่าย ๆ ที่ทำได้บนเก้าอี้ หรือการฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด ช่วยลดทอนอุปสรรคที่ผู้สูงอายุมักอ้างถึง เช่น “ไม่มีเวลา” หรือ “ทำยาก” เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีประโยชน์มากกว่าอุปสรรค จึงมีแนวโน้มที่จะลงมือปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yazdanpanah Y et al.<sup>(12)</sup> ที่พบว่า การให้สุขศึกษาโดยเน้นการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคสามารถเพิ่มพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ และทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์ด้านการรับประทานยาได้ดีขึ้น 3) ด้านสิ่งชี้แนะสู่การปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Cues to action & self-efficacy): องค์ประกอบสองส่วนนี้ ถือเป็นหัวใจที่ทำให้พฤติกรรมเกิดความยั่งยืน โปรแกรมในการวิจัยนี้ใช้การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การแจกแผ่นพับ และการนัดหมายพบปะอย่างสม่ำเสมอเป็น “สิ่งชี้แนะ” (Cues to action) เพื่อกระตุ้นเตือน ขณะเดียวกัน กิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติและการตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ที่ทำได้สำเร็จ (เช่น ฝึกวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง, ตั้งเป้าหมายเดินเพิ่มขึ้นวันละ 10 นาที) เป็นการสร้างเสริม “ความสามารถแห่งตน” (Self-efficacy) โดยตรง เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและควบคุมจัดการโรคได้ ความมั่นใจนี้จะกลายเป็นแรงผลักดันภายในที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ภักยานี ทนชัย และคณะ<sup>(13)</sup> ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถในตนเอง ร่วมกับความเชื่อสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

## ด้านการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต

ผลวิจัยสะท้อนว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลต่อการลดความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับระยะก่อนทดลอง และเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณาสัดส่วนระดับความรุนแรงของโรคกลุ่มทดลองก็มีระดับความดันโลหิตสูง (SBP) ที่ปรับเข้าสู่ระดับความดันปกติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบชัดเจน ส่วนความดันตัวล่าง (DBP) นั้นไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ซึ่งพบความสอดคล้องกับการศึกษาของ Naeemi et al.<sup>(7)</sup> ในผู้สูงอายุชาวอิหร่าน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเป็นฐาน มีค่าความดันโลหิตทั้งตัวบนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุพัตรา สิทธิวัง และคณะ<sup>(8)</sup> และภักยานี ทนันชัย และคณะ<sup>(13)</sup> ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle modification) โดยไม่พึ่งพิงการรักษาทางยาอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ การลด บุหรี่ สุรา เป็นอีกแนวทางหลักสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหายจากโรคได้ ซึ่งเป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำมาโดยตลอด<sup>(14)</sup>

อย่างไรก็ดี พบความยากลำบากของการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเกือบทั้งหมดเป็นกลุ่มโรคอ้วนระดับที่ 1-2 และกลุ่มผู้มีน้ำหนักเกิน ซึ่งมีผลอย่างมากกับการควบคุมความดันโลหิตสูง ข้อค้นพบ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุนั้น มีคะแนนรายชื่อในด้านการออกกำลังกายที่ต่ำทุกข้อ โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่ได้เหงื่อหอบเล็กน้อยเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมที่ปฏิบัติยังน้อย และเมื่อพิจารณาหมวดข้อที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียดเช่นการทำสมาธิการสวดมนต์ไหว้พระนั้น กลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติเป็นประจำในระดับน้อย โดยมีบางส่วนยังคงดื่มสุราด้วย ทั้งหมดนี้ส่วนนี้มีผลกับการจัดการกับระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่าง โดยเฉพาะความดันตัวล่างมีผลโดยตรงกับระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ หากหัวใจมีความแข็งแรงจากการออกกำลังกายในลักษณะที่ได้เหงื่อหรือหอบเล็กน้อยบ้างนั้น จะทำให้หัวใจแข็งแรงและมีผลที่ดีกับระบบความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างได้ ผลการศึกษาสะท้อนเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความดันโลหิต การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลักที่แตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองมีผู้ดูแลหลัก คือสามีหรือภรรยา และกลุ่มเปรียบเทียบ มีผู้ดูแลหลักคือบุตร อาจเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองที่ทำให้พฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตและ ระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันได้

## ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ ไม่สามารถควบคุมชนิดยา ปริมาณการใช้จ่าย และยาจากภาวะโรคร่วมและการมีภาวะโรคร่วมที่มีความแตกต่างกันได้ การวิจัยนี้ไม่อาจควบคุมการมีผู้ดูแลหลักที่อาจมีอิทธิพลต่อของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันได้

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้:**

- 1) ควรผลักดันให้การประยุกต์โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวทางมาตรฐานในการประยุกต์ใช้ต่อผู้ป่วย NCD ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ
- 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและ อสม. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรสาธารณสุข และ อสม. เพื่อให้มีความเข้าใจในหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และมีทักษะในการจัดกระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
- 3) ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล: การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามและให้คำปรึกษา เป็นเครื่องมือที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพและเข้าถึงง่าย ควรส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ต่อยอด เช่น การสร้างกลุ่มไลน์เฉพาะสำหรับผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป:**

- 1) ศึกษาในบริบทที่หลากหลาย: ควรมีการทำวิจัยซ้ำในกลุ่มประชากรที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เช่น ในพื้นที่ชนบทห่างไกล หรือในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลและปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม
- 2) ติดตามผลระยะยาว (Long-term follow-up): ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลออกไปเป็น 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว
- 3) ศึกษาตัวแปรด้านต้นทุนและความคุ้มค่า: ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) ของโปรแกรม เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายในการขยายผลโปรแกรมในวงกว้าง

**กิตติกรรมประกาศ**

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Mar 16 [cited 2025 Sep 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol. 2020 Apr;16(4):223-237. doi: 10.1038/s41581-019-0244-2.
3. แผนงานบูรณาการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. รายงานผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ประจำปีงบประมาณ 2567. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี; 2567

5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สถานการณ์โรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยและระบบบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566.
6. Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):324-473. doi: 10.1177/109019817400200407
7. Naeemi L, Daniali SS, Hassanzadeh A, Rahimi M. The effect of educational intervention on self-care behavior in hypertensive older people: Applying the health belief model. *J Educ Health Promot.* 2022 Dec 28;11:406. doi: 10.4103/jehp.jehp\_1800\_21.
8. สุพัตรา สิทธิวิง, ศิวพร อังวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร.* 2563;47(2):85-97.
9. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods.* 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
10. อรรถรงค์ คูหา, จิตนภา วาซวโรตม์, บุรีณี บุญมีพิพิธ, นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์: การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อม เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบ สมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2551.
11. กรรณิการ์ เงินดี, สมคิด จุฑาว่า, อนุกุล มะโนทน, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ, เทียนทอง ตะแก้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารสุขศึกษา.* 2564;44(2):171-86.
12. Yazdanpanah Y, Saleh Moghadam AR, Mazlom SR, Haji Ali Beigloo R, Mohajer S. Effect of an Educational Program based on Health Belief Model on Medication Adherence in Elderly Patients with Hypertension. *Evidence Based Care.* 2019;9(1):52-62. doi:10.22038/ebcj.2019.35215.1895
13. ภัคยานี หนั่นชัย, อาทิตยา วัจนสินธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.* 2563;12(2):83-99.
14. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2025 Sep 14]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/79059>