ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี

นิภาธร วิชาญาณศาสน์[1], กุลธิดา แสงทอง[1], นันธิชา ยุบลชู[1], พิมพิศา ทรงวินัย[1], ภาฤดี พันธุ์พรม[2], สุนิศา แสงจันทร์[1*]

รับบทความ: 20 พฤษภาคม 2568; ส่งแก้ไข: 29 สิงหาคม 2568; ตอบรับ: 8 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งทั่วโลกและในประเทศไทย ก่อภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง (เช่น หัวใจ หลอดเลือดสมอง) และนำสู่การเสียชีวิต พิการ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นต่อการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

วิธีดำเนินการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อน–หลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 64 คน (กลุ่มทดลอง รพ.สต.บ้านเขาชะอางค์ 32 คน กลุ่มควบคุม รพ.สต.บ้านปักมึน 32 คน) ดำเนินการโปรแกรม 8 สัปดาห์ (ม.ค.-มี.ค. พ.ศ. 2568) เครื่องมือ ประกอบด้วย (1) โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ/ความดันโลหิต (2) แบบสอบถามพฤติกรรม แบบบันทึกเยี่ยมโดย อสม. เครื่องวัดความดัน วิเคราะห์ผลโดยใช้ สถิติพรรณนา chi-square, paired t-test, independent t-test

ผลการศึกษา : หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม. รวมถึงความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก แตกต่างจากก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)

สรุป : โปรแกรมนี้เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ลดความดันโลหิต ทั้งนี้องค์ประกอบและกิจกรรมสามารถปรับใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความคล้ายกัน โดยคำนึงบริบทชุมชน ธรรมชาติโรค และควรมีการติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม โรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พฤติกรรมสุขภาพ

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20131
*อีเมลติดต่อ: sunisas@go.buu.ac.th
[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาชะอางค์ ตำบลพลวงทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี 20270

The Effects of a Health Literacy and Social Support Promotion Program on Health Behaviors and Blood Pressure Levels among Hypertensive Patients in Chon Buri Province

Niphathon Wichayannasat[1], Kunthida Sangtong[1], Nunthicha Yubonchoo[1], Phimpisa songwinai[1], Pharudee Phanphrom[2], Sunisa Sangjun[1*]

Received: May 20, 2025; Received revision: August 29, 2025; Accepted: September 8, 2025

Abstract

Background: Hypertension is a major public health problem worldwide and in Thailand, leading to severe complications such as cardiovascular and cerebrovascular diseases, disability, and mortality. Programs integrating health literacy enhancement with social support are essential for effective hypertension management.

Objective: This study aimed to evaluate the effects of a health literacy and social support promotion program on health behaviors and blood pressure levels among hypertensive patients in Chon Buri Province, by comparing mean scores of health behaviors, health literacy, social support from village health volunteers (VHVs), and systolic and diastolic blood pressure between groups.

Material and Methods: A quasi-experimental design with a two-group pretest–posttest was employed. The sample comprised 64 hypertensive patients (32 in the intervention group from Ban Khao Cha-ang Health Promoting Hospital and 32 in the control group from Ban Pak Mun Health Promoting Hospital). The intervention program was implemented over eight weeks (January–March 2025). Research instruments included: (1) the health literacy and health behavior modification program, and (2) questionnaires, VHV home-visit records, and a blood pressure monitor. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, paired t-test, and independent t-test.

Results: After the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores in health behaviors, health literacy, and social support from VHVs, along with significantly lower systolic and diastolic blood pressure compared with both baseline and the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: The program effectively improved health literacy, social support, and health behaviors while reducing blood pressure among hypertensive patients. Its components and activities have potential for adaptation to other chronic disease populations with similar characteristics, provided that community context, disease nature, and long-term follow-up are considered.

Keywords: Health Literacy, Social Support, Hypertension, Village Health Volunteers, Health Behaviors

[1]Faculty of Public Health, Burapha University, Saensuk, Mueang Chonburi, Chonburi, 20131, Thailand
*Corresponding Author: E-mail: sunisas@go.buu.ac.th
[2]Ban Khao Cha-Ang Subdistrict Health Promoting Hospital, Ploung Thong, Bo Thong, Chonburi, 20270, Thailand

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 1.3 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2562 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด[1] ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรค 10,056 คน[2] ในจังหวัดชลบุรี อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 12,755.76 ต่อแสนประชากร สูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ที่มีอัตราป่วยเท่ากับ 11,063.55 ต่อแสนประชากร พื้นที่อำเภอบ่อทองมีอัตราป่วยเป็นอันดับ 4 ของจังหวัด และตำบลพลวงทองมีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 12,409 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 13,348 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2567 เท่ากับ 14,064 ต่อแสนประชากร [3] ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและพิการ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนหน้านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่งานวิจัยส่วนมากมักศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างจำกัด และส่วนมากศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ซึ่งบางครอบครัวอาจจะมีข้อจำกัดในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการแก้ไขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แตกต่างและดีขึ้น เพื่อป้องกันผลกระทบร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีแนวคิดที่ศึกษา ได้แก่ ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ[4] ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของเอื้อมพร ประวาฬ[4] พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ และผลวิจัยของปณิสรา ส่งวัฒนายุทธ[5] และคณะ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว และแนวคิดตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งทำให้การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

เนื่องจากผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาชะอางค์ขาดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม[6] เช่น ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารรสเค็มและดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

คณะผู้วิจัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาชะอางค์ จึงร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน[7] ซึ่งประกอบด้วย 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การประเมิน 4) การประยุกต์ใช้ กับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[8] ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุน

ข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนทางทรัพยากร โดยผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษานี้มุ่งเน้นแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[9]

อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถให้การสนับสนุนในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนทางทรัพยากร มากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารเหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา รวมถึงส่งผลลัพธ์ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะเพิ่มแรงจูงใจและสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ทำให้เข้าสู่ภาวะสงบของโรคได้มากขึ้น อีกทั้งยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดภาระของคนดูแล นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างสังคมสุขภาวะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อน - หลังทดลอง (quasi-experimental two group pretest-posttest designs) โดยกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.บ้านเขาชะอางค์ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.บ้านปักมึน เนื่องจากบริบทการใช้ชีวิตในชุมชนมีความใกล้เคียงกัน

มีเกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยมีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg[10] 2) มีสติ สัมปชัญญะ สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและตอบแบบสอบถาม 3) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมฯ **และมีเกณฑ์คัดออก** คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา 3) กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่ไม่สามารถติดตามได้ 4) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งกิจกรรมมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ในการเก็บข้อมูลเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2568 [11]

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 เพื่อทดสอบความแตกต่าง โดยใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size = 0.80) จากผลการวิจัยของกฤศภณ เทพอินทร์[12] พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเฉลี่ย 3.86 คะแนน SD = 0.26 คะแนนและกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 3.03 คะแนน SD = 0.41 คะแนน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 ผลการคำนวณแนะนำขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือถอนตัว (drop out) ร้อยละ 20[12] ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน

การเลือกพื้นที่ศึกษาจากการที่พบจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องและผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารรสเค็ม ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต โดยมีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการลดอคติการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง คือ การแยกกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มมีการควบคุมให้อยู่คนละพื้นที่เพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมในงานวิจัยนี้มีลักษณะที่สำคัญคือ ชื่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมฯ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน[7] ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[8]ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ.2ส. ซึ่งดำเนินโดยนักวิจัย เป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพและการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ควบคู่ไปกับกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมดำเนินโดย อสม. โดยมีกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ระยะเวลาของโปรแกรม คือ 8 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังโดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน และสาขาสาธารณสุขและสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความตรงของเนื้อหาด้วยวิธี Index of item objective congruence (IOC) โดยมีค่าคะแนนรายด้านที่พิจารณาคือ 0.5 ขึ้นไป สำหรับส่วนของโปรแกรมฯ ที่มีข้อพิจารณาน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน รวมทั้งหมดจำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ

ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง แหล่งข้อมูลสุขภาพ 2) ความรอบรู้สุขภาพ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านประเมินข้อมูลสุขภาพ ด้านการนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบระดับ 5 ระดับ 3) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ โดยลักษณะคำถามแบบความถี่ในการปฏิบัติ 4) แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนการให้การประเมินค่า ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร โดยลักษณะคำถามระดับความรู้สึกตรงกับผู้ตอบแบบสอบถาม

คุณภาพเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิสาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน สาขาสาธารณสุขและสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน และสาขาสาธารณสุขและอาชีวอนามัย จำนวน 1 ท่าน ด้วยวิธี IOC ผ่านเกณฑ์บางข้อได้ 0 ค่าระหว่าง 0.25 - 0.75 จึงมีการปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. บ้านคลองตาเพชร จำนวน 30 ชุด มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคส์ โดยมีค่าความเชื่อมั่นได้ค่าระหว่าง 0.43 - 0.89 และอำนาจจำแนกรายข้อ ได้ค่าระหว่าง 0.04 - 0.82 จากนั้นมีการปรับแก้เพิ่มลดข้อคำถามเพื่อให้ได้ข้อคำถามที่เหมาะสม นอกจากนี้มีแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. และเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงทุก 1 ปี ซึ่งผู้วิจัยทำการวัดให้ผู้เข้าร่วมผ่านท่านั่ง จากนั้นจดบันทึกก่อนและหลังการทดลอง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี CBO Rec 67-082 รับรองวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์คือ ได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาและสิทธิของตนอย่างครบถ้วนก่อนลงนามให้ความยินยอมโดยสมัครใจ ทั้งยังสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive study) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกับตัวแปร เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย แหล่งข้อมูลสุขภาพ 2) หาความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ chi-square และ independent t-test 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไดแอสโตลิก ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test กำหนด ค่านัยสำคัญทางสถิติ $p< 0.05$

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน

กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะก่อนการทดลอง

1) ให้ผู้เข้าร่วมลงแบบยินยอมเข้าร่วม 2) วัดความดันโลหิต 3) ทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ นอกจากนี้นักวิจัยได้ชี้แจงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมให้คู่มือแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยจัดทำขึ้น ณ รพ.สต. บ้านเขาชะอางค์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 40 นาที

ระยะทำการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้เข้าร่วมได้แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เข้าร่วมกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์แบ่งผู้เข้าร่วมในการร่วมกิจกรรม 8 คน และอสม. 1 คนต่อกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม 1) ด้านความเข้าใจ กิจกรรมเพิ่มความเข้าใจพิชิตความดันโลหิตสูง กิจกรรมแรกให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ด้วยสื่อวิดีโอ บรรยายและมีการเรียนรู้ผ่านการโต้ตอบ รวมถึงมีการออกกำลังกายแบบยางยืดบีบมือเกร็งค้าง และเวทเทรนนิ่งผ่านการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมต่อมารับฟังวิดีโอบุคคลต้นแบบ จากนั้นมีการระดมสมองภายในกลุ่มเพื่อนำมาเขียนแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) ด้านการเข้าถึง กิจกรรมเข้าถึงข่าวสารความดันโลหิตสูงจากแหล่งน่าเชื่อถือ สอนการเข้าถึงข้อมูลสื่อออนไลน์ผ่านแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 3) ด้านการประเมินข้อมูล กิจกรรมประเมินค่าสร้างพื้นฐานสุขภาพที่ยั่งยืน กิจกรรมแรกให้ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเลือกปฏิบัติผ่านสถานการณ์ที่กำหนดผ่านรูปแบบบทบาทสมมติ (Role play) กิจกรรมต่อมากำหนดประเด็นข่าวและให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือผ่านหลักการเลือกข้อมูลที่ในระหว่างทำกิจกรรมมี อสม.ในแต่ละกลุ่มช่วยสนับสนุน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข่าวสาร และด้านประเมินค่า โดยจัดทำขึ้น ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลพลวงทอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยนัดหมายการลงเยี่ยมบ้าน ทบทวนข้อมูลสัปดาห์ที่ผ่านมาซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้เข้าร่วม จากนั้นทำกิจกรรม 4) ด้านการประยุกต์ใช้กิจกรรมประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพก้าวสู่การจัดตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของตนเองผ่านแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพจากนั้นวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพร้อมตั้งเป้าหมายตามหลัก 3 คำถามสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี และใช้ระยะเวลาทั้งหมด 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3-4 การติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. ซึ่งในขั้นตอนนี้ อสม. ใช้แบบบันทึกสำหรับการเยี่ยมบ้าน และมีการสนับสนุนผู้เข้าร่วม ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์โดยการให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ การฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องในการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงการสนับสนุนด้านการประเมินตนเองโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้คู่มือเพื่อประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยให้ความรู้ที่ถูกต้อง และตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรโดยจัดหาเครื่องมือสำหรับ

ติดตามสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต และใช้ระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5-7 ติดตามกระตุ้นเตือนผู้เข้าร่วมโดยผู้วิจัยผ่านกลุ่มไลน์ทางแอปพลิเคชันไลน์ และใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 ผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถาม วัดความดันโลหิตหลังเข้าร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ผ่านมา โดยจัดทำขึ้น ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลพลวงทอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 20 นาที

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ วัดความดันโลหิตและลงแบบยินยอมเข้าร่วม โดยจัดทำขึ้น ณ รพ.สต.บ้านปักมีน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 10 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถามวัดความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จากนั้นผู้วิจัยได้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้กับกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน โดยจัดทำขึ้น ณ รพ.สต.บ้านปักมีน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 40 นาที

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 64 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ศึกษาในครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้ว พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.88 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 64.63 อายุเฉลี่ย 57 ปี SD = 9.78 ปี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 67.19 ไม่ได้รับการศึกษาและจบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.42 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.63 มีระยะเวลาวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 57.81 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากโรงพยาบาล คลินิก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ร้อยละ 75

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 45.72 เป็น 53.54 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 50.31 เป็น 65.47 สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยคือ 25.94 และหลังการทดลองเพิ่มเป็น 30.59 ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลอง 51.53 หลังการทดลอง 54.06 แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนการทดลอง 24.50 หลังการทดลอง 25.56 ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง มีเพียงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง 43.03 และหลังการทดลอง 47.64 ที่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 45.72 กลุ่มควบคุม 43.03 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลอง 50.31 กลุ่มควบคุม 51.53 และแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทดลอง 25.94 และกลุ่มควบคุม 24.50 ซึ่งไม่ค่าเฉลี่ยดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

เมื่อผ่านไป 8 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 53.84 กลุ่มควบคุม 47.64 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลอง 65.47 กลุ่มควบคุม 54.06 แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทดลอง 30.59 กลุ่มควบคุม 25.56 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test

ตัวแปร		ก่อนการทดลอง (n=32)		หลังการทดลอง (n=32)		t	*p*-value
		Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	45.72	6.417	53.84	4.437	-6.391	<0.001**
	กลุ่มควบคุม	43.03	5.032	47.63	4.904	-4.202	<0.001**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	50.31	6.822	65.47	4.515	-10.154	<0.001**
	กลุ่มควบคุม	51.53	7.792	54.06	5.831	-1.430	0.163
แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง	25.94	6.294	30.59	0.516	-4.896	<0.001**
	กลุ่มควบคุม	24.50	4.684	25.56	7.440	-0.695	0.492
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	กลุ่มทดลอง	153.41	8.947	129.22	16.498	8.254	<0.001**
	กลุ่มควบคุม	150.34	8.126	150.19	7.000	0.135	0.893
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	กลุ่มทดลอง	95.25	2.995	79.59	12.394	7.054	<0.001**
	กลุ่มควบคุม	93.78	3.210	90.34	7.187	2.692	0.011*

*significant $p<0.05$, **significant $p<0.001$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองด้วยสถิติ independent t-test

ตัวแปร		กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		t	*p*-value
		Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	45.72	6.417	43.03	5.032	1.864	0.067
	หลังการทดลอง	53.84	4.437	47.63	4.904	5.320	<0.001**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	50.31	6.822	51.53	7.792	-0.666	0.508
	หลังการทดลอง	65.47	4.515	54.06	5.831	8.750	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนการทดลอง	25.94	6.294	24.50	4.684	1.037	0.304
	หลังการทดลอง	30.59	2.917	25.56	7.440	3.562	<0.001**
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	ก่อนการทดลอง	153.41	8.947	150.34	8.126	1.433	0.157
	หลังการทดลอง	129.22	16.498	150.19	7.000	-6.619	<0.001**
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	ก่อนการทดลอง	95.25	2.995	93.78	3.210	0.356	0.063
	หลังการทดลอง	79.59	12.394	90.34	7.187	-4.245	<0.001**

*significant $p<0.05$, **significant $p<0.001$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนการทดลอง 153.41 หลังการทดลอง 129.22 และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง 95.25 หลังการทดลอง 79.59 ซึ่งแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอส-โตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลอง 150.34 หลังการทดลอง 150.19 ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง มีเพียงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง 93.78 หลังการทดลอง 90.34 ที่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.011$ ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 153.41 กลุ่มควบคุม 150.34 และระดับความดันโลหิตไดแอส-โตลิกกลุ่มทดลอง 95.25 กลุ่มควบคุม 93.78 ซึ่งไม่แตกต่างจากกัน เมื่อผ่านไป 8 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 129.22 กลุ่มควบคุม 150.19 และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลอง 79.59 กลุ่มควบคุม 90.34 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลของการให้บริการสุขภาพโดยปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง การจัดทำโครงการ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jafar, T.H. et al.[13] พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการสุขภาพตามปกติจากคลินิกจะมีความดันโลหิตไดเแอสโตลิกลดลงเล็กน้อยเฉลี่ย 2-4 มิลลิเมตรปรอท แต่อย่างไรก็ตามเมื่อมีการดำเนินการจัดทำโปรแกรมฯ ให้กับกลุ่มทดลอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.12 คะแนน ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้เท่ากับ 24.19 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตซิส-โตลิกลดลงได้เท่ากับ 25.66 มิลลิเมตรปรอท จะเห็นได้ว่า การให้บริการสุขภาพโดยปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง แต่การที่ประยุกต์นำโปรแกรมเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของโซเรนเซน[7] ได้แก่ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การประเมิน 4) การประยุกต์ใช้ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[8] ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนทางทรัพยากร ในกิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ผ่านการเรียนรู้แบบโต้ตอบ มีการออกกำลังกายแบบยางยืดบีบมือเกร็งค้าง และเวทเทรนนิ่ง ผ่านการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมรับฟังวิดีโอบุคคลต้นแบบโดยมีการระดมสมองภายในกลุ่มเพื่อนำมาเขียนแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งยังมีกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อน่าเชื่อถือ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเสาะหาแหล่งข้อมูลที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเลือกปฏิบัติผ่านสถานการณ์ที่กำหนดด้วยรูปแบบบทบาทสมมติ (Role play) และกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์แหล่งข่าวหาความน่าเชื่อถือผ่านหลักการเลือกข้อมูลที่ดี ซึ่งในระหว่างทำกิจกรรมมี อสม.ช่วยสนับสนุนการให้กำลังใจกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมทำกิจกรรมตอบข้อสงสัยระหว่างจัดกิจกรรม จากนั้นมีการลงเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยเพื่อทำการทบทวนและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของตนเองจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและนำมาวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง สามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันและมีการสนับสนุนผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม.และกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์โดยผู้วิจัยในลำดับต่อมา

ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน[7] ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[8] จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนวลอนงค์ ศรีสุกไสย[14] ที่พบว่า การได้ความรู้ การฝึกทักษะด้านต่าง ๆ การทำกิจกรรมกลุ่ม การสาธิตเละการสาธิตย้อนกลับ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และยังมีการกระตุ้นให้มีการเสริมแรงกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ[5] และคณะ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษานี้คือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ในการวิจัยจะลดการปนเปื้อนของสิ่งแทรกแซง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในพื้นที่ที่แตกต่างกันแล้ว แต่ในระหว่างกลุ่มตัวอย่างนั้นได้รับการคัดเลือกจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตาม

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจมีอคติที่สำคัญคือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาในโปรแกรมฯ เป็นกลุ่มที่พร้อมให้ความร่วมมือ และสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอยู่แล้ว ซึ่งอาจจะส่งผลลัพธ์ที่ดีเกินจริง

สรุป

การประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไดแอสโตลิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าความรอบรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า รวมถึงระดับความดันโลหิตต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมซึ่งบูรณาการการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยกับแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ แสดงศักยภาพสูงในการนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังและชุมชน เพื่อพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยควรปรับให้เหมาะสมกับลักษณะโรคและบริบทของพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและความยั่งยืนของการดำเนินงานในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปรับพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งจัดระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Follow-up) ในด้านความรอบรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

2. เนื่องจากโปรแกรมฯ ประกอบด้วยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้) ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร) ซึ่งหน่วยบริการด้านสุขภาพสามารถปรับใช้หลักการทฤษฎี องค์ประกอบ และกิจกรรมจากโปรแกรมฯนี้ นำไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นได้ โดยต้องพิจารณาความแตกต่างเชิงบริบทของพื้นที่และธรรมชาติของโรคเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยประยุกต์แนวทางการจัดทำโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในหลอดเลือด เพื่อเป็นการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถปรับใช้ได้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลสุขภาพในลักษณะคล้ายกัน ซึ่งควรปรับตามภายใต้บริบทชุมชนการให้บริการและธรรมชาติของโรค

2. ศึกษาติดตามผลหลังการทดลองของโปรแกรมฯ ในระยะยาว เพื่อสังเกตความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดัน

โลหิตสูงและสามารถนำมาปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมต่อกลุ่มเป้าหมายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เข้าใจบริบทของกลุ่มเป้าหมายและได้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้มีความจำเพาะมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. รายงานสถานการณ์ความดันโลหิตสูง: ฆาตกรเงียบ วิกฤตสาธารณสุขระดับโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2013 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก :https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2566 กรมควบคุมโรค. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560. [สืบค้นเมื่อ 26 ก.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/indexpk.php
4. เอื้อมพร ประวาศ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ [รายงานการวิจัย]. บึงกาฬ: โรงพยาบาลพรเจริญ; 2566.
5. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2566;31(4):93-8.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาชะอางค์. แบบแจ้งแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. พลวงทอง รหัส ปกป. L9128 อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาชะอางค์; 2567
7. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Jürgen P, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
8. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2567

[สืบค้นเมื่อ 19 ก.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: https://www.thaihypertension.org/files/Guideline2024.pdf

11.เบญจวรรณ วงศ์รอด. ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลผักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

12.กฤศภณ เทพอินทร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2560.

13. Jafar TH, Gandhi M, de Silva HA, Jehan I, Naheed A, Finkelstein EA, et al. A community-based intervention for managing hypertension in rural South Asia. N Engl J Med. 2020;382(8):717-26. doi:10.1056/NEJMoa1911965.

14. นวลอนงค์ ศรีสุกไสย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาขลุง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2567;4(1):1-15.