

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้าจังหวัดเชียงราย

ปริยา อินทะนิล, กิตติยา สุตาจันทร์

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขต ต.เวียง อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมทดลองระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากนั้นรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (โปรแกรมทดลอง CVI=1, แบบประเมิน CVI=0.98) และความเชื่อมั่น (แอลฟาของครอนบาค แบบประเมินส่วนที่ 2 และ 3 = 0.88 และ 0.92 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ความถี่ ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ ค่าความดันโลหิต และทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังโดยใช้สถิติทีและการทดสอบของวิลคอกซัน

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 63.93 คะแนน (ระดับดี) เป็น 65.60 คะแนน (ระดับดีมาก) (p -value = 0.011) รายด้าน พบว่าการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เพิ่มขึ้นจาก 15.97 คะแนน(ระดับดี) เป็น 16.57 คะแนน(ระดับดีมาก) , การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 15.20 คะแนน(ระดับดี) เป็น 15.77 คะแนน(ระดับดี)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.024 และ 0.017 ตามลำดับ) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่าโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มขึ้นจาก 72.03 คะแนนเป็น 73.53 คะแนน (ระดับดีมาก) (p -value = 0.012) รายด้าน พบว่าการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจาก 20.50 คะแนน (ระดับพอใช้) เป็น 21.53 คะแนน (ระดับดี) การไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 8.73 คะแนนเป็น 8.87 คะแนน (ระดับดีมาก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.018 และ 0.046 ตามลำดับ) และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) (ซิสโตลิก ลดลงจาก 146.50 มม.ปรอทเป็น 128.73 มม.ปรอทและไดแอสโตลิก ลดลงจาก 93.03 มม.ปรอทเป็น 77.80 มม.ปรอท)

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรส่งเสริม พัฒนาและบูรณาการโปรแกรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนทักษะของบุคลากรเพิ่มมากขึ้น ด้านการปฏิบัติควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ โดยอาจปรับปรุงเทคนิคและเนื้อหาให้เหมาะสมและ การศึกษาวิจัยในอนาคต ควรออกแบบการวิจัยแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุมและติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Behaviors among Patients with Hypertension in Wiang Subdistrict, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province

Preeya Intanin, Kittiya Sudajun
Wiang Pa Pao Hospital

ABSTRACT

This quasi-experimental study (one-group pretest-posttest design) aimed to examine the effects of a health literacy promotion program on the health behaviors of patients with hypertension in Wiang Subdistrict, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province. The study involved 30 participants who received an 8-week intervention program. Data were collected using a health literacy and health behavior assessment form consisting of three parts: general information, health literacy, and health behaviors. The instruments were validated for content validity (CVI = 1.00 for the intervention program and CVI = 0.98 for the assessment form) and reliability (Cronbach's alpha = 0.88 and 0.92 for parts 2 and 3, respectively). Data were analyzed using frequency, percentage, and standard deviation. Paired comparisons before and after the intervention were performed using paired t-test and Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed a statistically significant increase in overall health literacy scores after the intervention, from 63.93 (good level) to 65.60 (very good level) ($p = 0.011$). Specifically, the scores for understanding health information increased from 15.97 to 16.57 ($p=0.024$), and the scores for evaluating health information and services increased from 15.20 to 15.77 ($p= 0.017$), both statistically significant. Overall health behavior scores also significantly improved from 72.03 to 73.53 (very good level) ($p=0.012$). Specifically, dietary behavior improved from 20.50 (fair level) to 21.53 (good level), and non-smoking behavior improved from 8.73 to 8.87 (very good level) ($p=0.018$ and 0.046 , respectively). In addition, there was a statistically significant reduction in blood pressure levels ($p < 0.001$); systolic blood pressure decreased from 146.50 mmHg to 128.73 mmHg, and diastolic blood pressure decreased from 93.03 mmHg to 77.80 mmHg.

Policy recommendations include promoting, developing, and integrating health literacy programs into the healthcare system, and enhancing the skills of healthcare personnel. In practice, the program should be adapted and applied to patients in other communities, with suitable adjustments to content and techniques. Future research should adopt randomized controlled trial designs with long-term follow-up to evaluate the sustainability of outcomes.

Keywords: Health Literacy, Health Behavior, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่สูงผิดปกติ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งส่วนใหญ่มักจะไม่แสดงอาการแต่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง(โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ,2567) องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากจำนวน 650 ล้านรายในปี พ.ศ. 2533 เป็นจำนวน 1.3 พันล้านราย ในปี พ.ศ. 2562 (World Health Organization,2023) มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 7.5 ล้านคนต่อปี คาดว่าในปี 2568 จะมีความชุกของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (สภาเภสัชกรรม,2563) สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 13 ล้านคน และในจำนวนมากกว่า 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.),2564) ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่าในปี 2565 -2567 อัตราป่วยของประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภาพรวมแนวโน้มของการป่วยเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 15.11 เป็น ร้อยละ 15.67 และร้อยละ 16.35 ตามลำดับ สอดคล้องกับภาพรวมของจังหวัดเชียงรายที่อัตราป่วยของประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่าในภาพรวมของระดับประเทศ คือ ร้อยละ 19.18 เป็นร้อยละ 19.66และร้อยละ 20.44 ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าภาพรวมของพื้นที่อำเภอเวียงป่าเป้า พบว่าอัตราป่วยของประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงยังสูงกว่าภาพรวมของระดับประเทศและระดับจังหวัด คือ ร้อยละ 19.96 เป็นร้อยละ 19.54 และร้อยละ 20.53 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2567) แสดงให้เห็นถึงอัตราป่วยที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอเวียงป่าเป้าที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

ผลกระทบจากการดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงพบว่าการแสดงอาการของโรคมักจะไม่แสดงอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้วไม่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลการควบคุมระดับความดันโลหิตทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเท่าที่ควร (วราพร เนื่องคำ,2560) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกายตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดคือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ รองลงมา คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไตและภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ถึงร้อยละ 50 (ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย,2563) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจส่งผลกระทบต่อระบบประสาทถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาในสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน (รัตนา พิงเสมา,2565) ดังนั้นในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าว

จึงมุ่งเน้นที่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งแนวทางการรักษาที่สำคัญ คือการให้ยาควบคุมไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย,2562) ปัจจุบันการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเป็นการควบคุมระดับความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอและการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย,2562) นอกจากนี้การจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยส่งเสริมและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยได้ (สุพัตรา สิทธิวิง,ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี,2563)

แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ได้เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Nutbeam D.,2008) โดยประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ระดับพื้นฐานได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพจัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น ระดับที่ 2 ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น และระดับที่ 3 ขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง (อังคินันท์ อินทรกำแหง,2557) จากหลักฐานทางวิชาการพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กรรณิการ์ การีสรพร, พรทิพย์ มาลาธรรมและนุชนาฏ สุทธิ,2562) สอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ยังพบว่ากลุ่มที่ควบคุมโลหิตได้ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลินยา เทสมุท, พัชรินทร์ สัจवाल และจินตนา สมฤทธิ์,2566) แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบ

รู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้น การพัฒนากระบวนการทางสุขศึกษาหรือโปรแกรมสุขภาพ จะช่วยยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ให้ได้รับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (เอี่ยมพร ประวาท,2567) ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง (กฤศ ภาณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาพิณู จันทขัมมา,2562)

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟันฟูและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับบริการทางด้าน สุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของการให้บริการพบว่าในปี พ.ศ. 2564-2566 กลับ พบว่ามีผู้ป่วยที่รับบริการที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 44, ร้อยละ 46 และร้อยละ 49 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับบริการไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ (งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง,2567) นอกจากนี้ข้อมูลจากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงเบื้องต้น จำนวน 10 ราย ที่รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุก คนมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวด้านการจัดการความเครียด และ การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ผู้ให้บริการยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกวิธีคือ ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย รวมถึงด้านการรับประทานยา ทั้งนี้ผล การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้านการให้บริการพบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม คือการให้การรักษาด้วยยา การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง การดูแลตนเอง และให้คำแนะนำเฉพาะราย อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการให้บริการยังเป็นการให้ในเวลาจำกัดก่อนพบแพทย์ ซึ่งมีระยะเวลาที่น้อย ยากที่สื่อสารให้ ความรู้ให้กับผู้ป่วย รวมถึงกระบวนการให้บริการด้านสุขศึกษาในผู้ป่วยยังไม่มีโปรแกรม การให้สุขศึกษาในหน่วย บริการปฐมภูมิ ที่จะสามารถให้ผู้ป่วยนำไปประยุกต์เข้ากับวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและ องค์กรวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ที่ปฏิบัติงานทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ดูแล สุขภาพครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่ได้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและแก้ปัญหา เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชนทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย และเป็นทีมพยาบาลที่ให้บริการ ผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูง จึงได้มีแนวคิดใน การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงรายขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดความ รู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam D.,2008) นำมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขต

ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ทั้งนี้หากผลการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางที่ดีและส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตที่ลดลง ก็จะทำโปรแกรมที่พัฒนาไปใช้ในคลินิกบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อให้บริการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่มีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ (NCDs) พ.ศ. 2560–2569 ในการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ลงอย่างน้อยร้อยละ 25 ภายในปี 2569

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐาน

ภายหลังการได้รับ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพิ่มขึ้น และ ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ระยะเวลา 8 สัปดาห์

1. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
ขั้นพื้นฐาน(Functional health literacy)
 - 1) กิจกรรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง
 - 2) กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
 - 3) กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
- 2.การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)
 - 3) กิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล
 - 4) กิจกรรมส่งเสริมการกำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง
- 3.การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ขั้น
วิจารณ์ญาณ(Critical Health Literacy)
 - 1) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่เพื่อตัดสินใจเลือกปฏิบัติ
 - 2) กิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี
 - 3)กิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง
 - 4)กิจกรรมสรุปการเรียนรู้



ตัวแปรตาม

- 1.ความรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.1การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
 - 1.2การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
 - 1.3การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
 - 1.4การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 2.พฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.1การบริโภคอาหาร
 - 2.2การออกกำลังกาย
 - 2.3การจัดการความเครียด
 - 2.4การสูบบุหรี่
 - 2.5การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 2.6การรับประทานยาและมาตรวจตามนัด
3. ระดับความดันโลหิต
 - 3.1 Systolic

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีแผนการทดลองขั้นต้น (Pre-experimental Design) กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากร ที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อำเภอยางป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 605 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผ่านการคัดเลือก โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และ Power of test 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง (Jacob Cohen ,1998) อย่างน้อย 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด
2. อายุระหว่าง 30 – 59 ปี
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต(จากการวินิจฉัยของแพทย์)
4. ได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้
5. ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ
6. สามารถพูดคุยสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย
7. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นเหตุให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 สัปดาห์ หรือมีอาการอื่นๆ จนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้
2. ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam D.,2008) ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายชุดแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และทำแบบสอบถาม (Pre-test) ตรวจวัดความดันโลหิต หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล
 - สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ครั้งที่ 1 ระยะเวลารวม 7 ชั่วโมง ได้แก่ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) กิจกรรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเป็นวิทยากรกลุ่มบรรยายให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามหลัก 3อ.2ส. (2 ชั่วโมง) จากนั้นผู้วิจัยคืนข้อมูลจากการทำแบบสอบถามครั้งแรกให้ทราบ จากนั้นจะเข้าสู่กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยมีเนื้อหาการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็น การเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพการตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริง (1 ชั่วโมง) และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยผู้วิจัยจะบรรยายให้ความรู้ การอ่านฉลากอาหารและยา ที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษา และผลข้างเคียงอ่านข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีการป้องกันตนเองด้วยความเข้าใจ วิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือเว็บไซต์และ ชักถามผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพให้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (1 ชั่วโมง)การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) กิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันสนทนาแลกเปลี่ยนวิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้ และจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของตน (1 ชั่วโมง) กิจกรรมส่งเสริมการกำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง ให้ค้นหาปัญหาของตน วางแผนแก้ไขปัญหา ตั้งเป้าหมาย แล้วบันทึกตามคู่มือบันทึกพฤติกรรม จัดตั้งกลุ่มไลน์ สอนสาธิตและฝึกการสืบค้นข้อมูลเพื่อนำไปใช้การพัฒนาด้านสุขภาพ(2 ชั่วโมง)
 - สัปดาห์ที่ 3- 4 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่เพื่อตัดสินใจเลือกปฏิบัติโดยการส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ ความน่าเชื่อถือและตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยประเมินเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยจะส่งข้อมูลคำแนะนำ ผ่านทางกลุ่มไลน์วันละ 2 ครั้ง และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มผ่านทางกลุ่มไลน์

- สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี โดยนัดกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อติดตามประเมินผลการใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรม คนละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
 - สัปดาห์ที่ 6-7 กิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยติดตามพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทางกลุ่มไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
 - สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรมสรุปการเรียนรู้ครั้งที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้และสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) วัดความดันโลหิต ประเมินทักษะการปฏิบัติตัวตามสมุดบันทึกพฤติกรรม
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา,2567) ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 37 ข้อ ได้แก่
- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ โดยมีคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา และอาชีพ
 - ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ โดยมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ส่วนละ 4 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ , การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ , การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ตามระดับความเป็นจริง ได้แก่ ทำได้ง่ายมาก, ทำได้ง่าย, ทำได้ยาก, ทำได้ยากมาก และไม่เคยทำนำมาแปรผลคะแนนโดยมีการให้คะแนน 1-5 คะแนน จากนั้นนำมาสรุปเป็นคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบ และแปลผลตามเกณฑ์ของกองสุขศึกษา โดยแบ่งออกได้ดังนี้ ไมดี (คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม), พอใช้ (คะแนนรวมอยู่ที่ร้อยละ 60-69 ของคะแนนเต็ม), ดี (คะแนนรวมอยู่ที่ร้อยละ 70-79 ของคะแนนเต็ม) และดีมาก (คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม)
 - ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ มีคำถามเลือกตอบ 5 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ, 1-2 วันต่อสัปดาห์, 3 วันต่อสัปดาห์, 4-5 วันต่อสัปดาห์ และ 6-7 วันต่อสัปดาห์ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร (6 ข้อ), การออกกำลังกาย (2 ข้อ), การจัดการความเครียด (2 ข้อ), การสูบบุหรี่ (2 ข้อ) และ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2 ข้อ) และส่วนที่ 2) พฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตาม นัดจำนวน 5 ข้อ มีคำถามเลือกตอบ 5 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติได้แก่ ไม่ปฏิบัติ, นานๆ ครั้ง, บางครั้ง, บ่อยครั้ง และทุกครั้งโดยทั้งสองส่วนนำมาแปรผลคะแนนโดยมีการให้คะแนน 1-5 คะแนน จากนั้นนำมาสรุปเป็นคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบ และแปลผลตามเกณฑ์ของกองสุขศึกษา โดยแบ่งออกได้ดังนี้ ไมดี (คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม), พอใช้ (คะแนนรวมอยู่ที่ร้อยละ 60-69 ของคะแนนเต็ม), ดี (คะแนนรวมอยู่ที่ร้อยละ 70-79 ของคะแนนเต็ม) และดีมาก (คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ใช้ในการตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้ทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) และคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งผลการตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้เท่ากับ 1.00 และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เท่ากับ 0.98

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) สำหรับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ฯ เมื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 และ 3 ที่มีข้อคำถามมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) จะนำไปเก็บข้อมูลนำร่อง (Try Out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 10 รายและจะนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความอนุญาติในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดขึ้น และได้ทำหนังสือชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยศึกษา และซักถามรายละเอียด และขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบระยะเวลา 8 สัปดาห์
4. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบ 8 สัปดาห์ผู้วิจัยประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และวัดความดันโลหิต หลังได้รับการใช้โปรแกรม (Post-Test) และนำไปวิเคราะห์และนำเสนอต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
2. สถิติทดสอบ ใช้สถิติทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test เมื่อพบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจะใช้สถิติทดสอบผลการศึกษาค่าได้แก่ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ และรายงานเป็นค่า t และ

P-value หากกรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติจะใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test แทน โดยรายงานเป็นค่า Z และ P-value โดยกำหนดให้ระดับนัยสำคัญมากกว่าร้อยละ 95 ($P\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	5	16.67
- หญิง	25	83.33
2. อายุ		
- อายุ 40-49 ปี	3	10.00
- อายุ 50-59 ปี	27	90.00
3. ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	21	70.00
- มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.67
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	20.00
- อนุปริญญา/ปวส.	1	3.33
4. อาชีพ		
- ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป เป็นต้น	16	53.33
- ค้าขาย/ทำธุรกิจ	10	33.33
- รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	6.67
- อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน	1	3.33

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 90.00) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) รองลงมาเป็น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 20.00) ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป เป็นต้น (ร้อยละ 53.33) รองลงมาเป็นค้าขาย/ทำธุรกิจ (ร้อยละ 33.33)

2.การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			Z	p-value
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	20	16.53	2.71	ดีมาก	16.77	2.10	ดีมาก	-1.000 ^b	0.317
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	20	15.97	3.15	ดี	16.57	2.45	ดีมาก	-2.264 ^b	0.024*
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	20	15.20	3.21	ดี	15.77	2.40	ดี	-2.388 ^b	0.017*
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	20	16.23	2.80	ดีมาก	16.50	2.21	ดีมาก	-1.342 ^b	0.180
ภาพรวม	80	63.93	10.74	ดี	65.60	7.98	ดีมาก	-2.536 ^b	0.011*

^b สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test, * P-value<0.05

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.97 คะแนน (SD=3.15คะแนน) ระดับดีเป็น 16.57คะแนน (SD=2.45คะแนน) ระดับดีมาก (Z = -2.264, p-value = 0.024), การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.20คะแนน (SD=3.21คะแนน) จากระดับดีเป็น 15.77คะแนน (SD=2.40คะแนน) ระดับดี (Z = -2.388, p-value = 0.017), ในขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.317 และ 0.180 ตามลำดับ) โดยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 63.93คะแนน (SD=10.74คะแนน) จากระดับดีเป็น 65.60คะแนน (SD=7.98คะแนน) ระดับดีมาก (Z = -2.536, p-value = 0.011)

3.การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนน เต็ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t/Z	p-value
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
การบริโภคอาหาร	30	20.50	4.81	พอใช้	21.53	4.23	ดี	-2.371 ^b	0.018*
การออกกำลังกาย	10	7.37	1.43	ดี	7.40	1.40	ดี	-1.000 ^a	0.326
การจัดการ ความเครียด	10	7.77	2.31	ดี	7.97	1.96	ดี	-1.604 ^b	0.109
การไม่สูบบุหรี่	10	8.73	1.96	ดีมาก	8.87	1.72	ดีมาก	-2.000 ^b	0.046*
การไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	5	3.17	1.49	พอใช้	3.20	1.45	พอใช้	-1.000 ^b	0.317
การรับประทานยา และมาตรวจตามนัด	25	24.50	1.07	ดีมาก	24.57	0.94	ดีมาก	-1.414 ^b	0.157
ภาพรวม	90	72.03	8.27	ดีมาก	73.53	7.18	ดีมาก	-2.666 ^a	0.012*

^aสถิติทดสอบ paired t-test, ^bสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test, * P-value<0.05

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การบริโภคอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.50คะแนน (SD=4.81คะแนน) ระดับพอใช้ เป็น 21.53 คะแนน(SD=4.23คะแนน) ระดับดี (Z = -2.371, p-value = 0.018), การไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.73คะแนน (SD=1.96คะแนน) ระดับดีมาก เป็น 8.87คะแนน (SD=1.72) ระดับดีมาก (Z = -2.000, p-value = 0.046)สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย , การจัดการความเครียด , การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.326, 0.109, 0.317 และ 0.157 ตามลำดับ) โดยภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 72.03 คะแนน (SD=8.27คะแนน) ระดับดีมาก เป็น 73.53คะแนน (SD=7.18คะแนน) ระดับดีมาก (t = -2.666, p-value = 0.012)

4.การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ของความดันโลหิต (Systolic และ Diastolic) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
	Systolic (mmHg)	146.50	6.53	128.73		
Diastolic (mmHg)	93.03	2.53	77.80	8.49	-4.783 ^b	<0.001*

^bสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test, * P-value<0.05

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) ลดลงจาก 146.50 mmHg (SD=6.53) เป็น 128.73 mmHg (SD=6.25) (Z = -4.783) และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) ลดลงจาก 93.03 mmHg (SD=2.53) เป็น 77.80 mmHg (SD=8.49) (Z = -4.783)

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้เข้าร่วมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากเดิม 63.93 คะแนน อยู่ใน ระดับดี เป็น 65.60 คะแนน (ระดับดีมาก) (p-value = 0.011) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.97 คะแนน(ระดับดี) เป็น 16.57 คะแนน(ระดับดีมาก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.024) , การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.20 คะแนน(ระดับดี) เป็น 15.77 คะแนน(ระดับดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.017), การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.317 และ p-value = 0.180 ตามลำดับ)พฤติกรรมสุขภาพ(Health Behaviors) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้เข้าร่วมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 72.03 คะแนนเป็น 73.53 คะแนน(อยู่ในระดับดีมาก) (p-value = 0.012)เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการบริโภคอาหารมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.50คะแนน (ระดับพอใช้) เป็น 21.53 คะแนน(ระดับดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.018) การไม่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.73คะแนนเป็น 8.87คะแนน (อยู่ในระดับดีมาก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.046) นอกจากนี้การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-values = 0.326, 0.109, 0.317, และ 0.157 ตามลำดับ)และความดันโลหิต (Blood Pressure)ลดลงอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งค่าซิสโตลิกและได

แอสโตลิก โดยที่ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) ลดลงจากค่าเฉลี่ย 146.50 mmHg เป็น 128.73 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) ลดลงจากค่าเฉลี่ย 93.03 mmHg เป็น 77.80 mmHg

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย โดยที่โปรแกรมผลลัพธ์ของโปรแกรมดังกล่าว ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โดยอธิบายได้ดังนี้

1) ผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จากผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์ประกอบ ด้าน "การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ" ($p=0.024$) และ "การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ" ($p=0.017$) ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam D., 2008) ทั้ง 3 ระดับ (Functional, Interactive, Critical) สามารถพัฒนาทักษะเหล่านี้ได้จริง โดยเฉพาะ กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ได้แก่ กระบวนการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกัน การอ่านฉลากอาหารและยา การซักถามผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจและการประเมินข้อมูล ส่วนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3-5 ที่ให้วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์ ก็ช่วยส่งเสริมทักษะการประเมินข้อมูลได้ดี จึงทำให้ผลลัพธ์เกิดการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบ "การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ" และ "การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ" มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมากอยู่แล้ว โดยภาพรวมพบว่าความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมฯ ทั้งนี้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ ผ่านมาที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (เอี่ยมพร ประวาศ ,2567) และสอดคล้องกับหลักการที่ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ผ่านการเรียนรู้และฝึกฝน รวมถึงการสนับสนุนจากกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม (Nutbeam D., 2008)

2) ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) โดยเฉพาะพฤติกรรม "การบริโภคอาหาร" ($p=0.018$) และ "การไม่สูบบุหรี่" ($p=0.046$) ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารอาจเป็นผลโดยตรงจากการที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (เช่น ฉลากโภชนาการ หลัก 3อ.2ส.) และสามารถประเมินข้อมูลเพื่อเลือกอาหารที่เหมาะสมได้ดีขึ้น ส่วนพฤติกรรม

การไม่สูบบุหรี่ที่ดีขึ้น อาจได้รับอิทธิพลจากการตระหนักรู้ถึงผลเสียของบุหรี่ต่อภาวะความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมสำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย , การจัดการความเครียด, การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเหล่านี้ อาจเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยากกว่าและต้องการระยะเวลาการปรับเปลี่ยนที่นานกว่า 8 สัปดาห์และอาจต้องการเทคนิคการส่งเสริมที่จำเพาะเจาะจง มีกระบวนการจูงใจและการติดตามผลลัพธ์ที่มาก กว่านี้รวมถึงควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายอาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเหล่านี้ทั้งนี้ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (กรรณิการ์ การีสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรมและนุชนาฏ สุทธิ,2562) และ ผลการศึกษาที่ชี้ว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า(ลินยา เทสมุท, พัชรินทร์ สว่าง และจินตนา สมฤทธิ์ ,2566)

3) ผลต่อระดับความดันโลหิต (Blood Pressure) เป็นผลลัพธ์สำคัญที่สุดของการศึกษา โดยผลลัพธ์ต่อระดับความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 146.50 mmHg เป็น 128.73 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 93.03 mmHg เป็น 77.80 mmHg การลดลงนี้ไม่เพียงแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังมีนัยสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่ง เนื่องจากค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ซึ่งการลดลงของระดับความดันโลหิตนี้เป็นผลลัพธ์เชิงบวกที่เชื่อมโยงโดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมบริโภคอาหารและการไม่สูบบุหรี่ที่ปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตควบคู่กับการใช้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และผลการศึกษาที่พบว่าระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ(กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาเพ็ญ จันทขัมมา,2562)

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) ซึ่งมีข้อจำกัดคือไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงได้ และไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจนเท่าการมีกลุ่มควบคุม รวมถึงระยะเวลาการ ติดตามผลเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งอาจไม่นานพอที่จะประเมินความยั่งยืนของความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และการควบคุมความดันโลหิตในระยะยาว ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพบางส่วนอาศัยการรายงานตนเอง (self-report) ซึ่งอาจมีอคติจากการให้ข้อมูลที่พึงประสงค์ทางสังคม (social desirability bias)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ควรส่งเสริม พัฒนาและบูรณาการโปรแกรมส่งเสริม Health Literacy ในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้ตอบสนองต่อนโยบายด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสนับสนุนการอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้มีทักษะด้าน Health Literacy Coaching ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ด้านปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ โปรแกรมนี้แสดงให้เห็นศักยภาพในการนำไปปรับใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ โดยอาจพิจารณาเพิ่มเนื้อหาหรือกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการเข้าถึงและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ รวมถึงเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยาก เช่น การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด
3. การศึกษาวิจัยในอนาคต ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละด้านอย่างละเอียด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 115/2567 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า พยาบาลผู้จัดการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า พยาบาลวิชาชีพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษานี้เป็นไปด้วยดีและสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

กรรมกร การีสรรพ, พรทพย มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทท. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง . วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 25(3),280-295.

กองสุศึกษา. (2567).เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. <https://hed.go.th/wp-content/uploads/2024/06/เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.zip>

กฤศณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาเพ็ญ จันทขั้มา. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ . วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ .11(1),197-211.

งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (2567). รายงานผู้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า.

ไฟโรจน์ ฉัตรานุกูลชัย. (2563). ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง.

<https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความ-2/>

รัตนา พึ่งเสมา. (2565). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาภาคไทย. 15(1),40-49.

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. (2567). คุณเป็นความดันโลหิตสูงรีเปล่า?.

<https://www.siphospital.com/th/news/article/share/472>

ลินยา เทสมุท, พชรินทร์ สัจวาล และจินตนา สมฤทธิ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 15(2).

วรพร เนื่องคำ. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร.

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สำนักพิมพ์อักษรากราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สภาเภสัชกรรม. (2563,26 สิงหาคม). *ความดันโลหิตสูง: สิ่งที่น่ารู้และต้องรู้*[เอกสารนำเสนอ].การประชุมวิชาการชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 ประจำปี 2563, นนทบุรี ประเทศไทย. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม .

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. ทริค อินค์.

สุพัตรา สิทธิวัง,ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ .*พยาบาลสาร*. 47(2), 85-97.

อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2557). *การพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เอี่ยมพร ประวาฬ. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ .
<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240418133035.pdf>.

Jacob Cohen. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67(12) , 2072-2078.

World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. World Health Organization.