ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อาศัยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนเมี่ยง

The Effect of Participation and Perceived Self-efficacy Program on Health Behaviors and Hypertension of Pre-hypertension Group in Suan Miang Health Promoting Hospital

มณีวรรณ ดอนทราย และสรัญญา ถี่ป้อม
Maneewan Donsai and Sarunya Thiphom
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University
Received: April 20, 2018
Revised: August 8, 2018
Accepted: August 14, 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนเมี่ยง อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ และได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 7) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ Two-way repeated measures ANOVA Bonferroni และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระหว่างและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value < 0.001) และพบว่า มีค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value < 0.001) จึงสรุปว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรบูรณาการโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of participation and perceived self-efficacy program on health behaviors and hypertension among pre-hypertension group in Suan Miang Health Promotion Hospital, Chat Trakan District, Phitsanulok Province. A purposive sampling was conducted that was divided into experimental and control groups of 35 people each. The experimental group applied the participation and self-efficacy theory. For the control group, it received the regular service. The data was collected from questionnaires before the experiment, during the experiment (7th week) and after the experiment (12th week). The descriptive statistics were analyzed and compared resulting in different data with two – way repeated measures ANOVA, Bonferroni and t-test.

The results found that the data, during and after the experiments with the experimental group, showed the means of self-efficacy levels and health behavior scores were higher than the control group at a statistically significant level at the p-value of 0.001. The research concluded that the participation and perceive self-efficacy program could promote healthy behaviors and decrease hypertension. Therefore, health personnel should integrate this program for suitable treatment for the pre-hypertension people in order to control their health behaviors and hypertension.

Keywords: participation, self-efficacy, health behavior, pre-hypertension

บทนำ

จากรายงานผลขององค์การอนามัยโลก พบว่าสถานการณ์ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายในปี พ.ศ. 2560 สูงถึง 7.5 ล้านคน ทั่วโลก หรือร้อยละ12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งนี้ข้อมูลทั่วโลกเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าพันล้านคน ซึ่งจากรายงานพบ 2 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2017)

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในรอบ 5 ปี (พ.ศ. 2554-2558) เพิ่มขึ้นจาก 5.7 (จำนวน 3,664 คน) เป็น 12.1 (จำนวน 7,886 คน) และพบว่าภาคเหนือ มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุด (ร้อยละ 32.6) รองลงมาคือภาคใต้ (ร้อยละ 28.3) (Ministry of Public Health, 2014)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มจะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มปกติ ดังนั้นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559 ยังคงให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยกำหนดมียุทธศาสตร์การพัฒนาในยุทธศาสตร์ที่ 3 ให้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา มีวัตถุประสงค์ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ซึ่งหากอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงจะทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามมา อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตก และโรคไตวายเรื้อรัง (Ministry of Public Health, 2012) หรือเกิดความพิการ และภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือ อาจรุนแรงถึงขึ้นเสียชีวิต ซึ่งส่งพบ

กระทบทั้งทางด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม ที่ตามมาด้วย (Pimchontavai, 2009) ดังนั้น การดำเนินการเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน จะทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ไม่พัฒนาไปเป็นผู้ป่วยในอนาคต การเพิ่มศักยภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ผลระยะยาวถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง ตามมาตรฐานของ The Eighth Joint National Committee หรือ JNC 8 (2014)

จากรายงานระบบสารสารเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2559 จังหวัดพิษณุโลก พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (pre-hypertension) มากที่สุด จำนวน 88,423 คน และเพิ่มจากปี 2558 จำนวน 79,257 คน โดยประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตเขตอำเภอชาติตระการ จำนวน 4,409 คน พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มาจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต จำนวน 498 คน คิดเป็นร้อยละ 53.53 มาจากกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความดันโลหิต Pre-HT BP 120 -139/80 - 89 mmHg สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนเมี่ยงนั้น พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 177 ราย และผู้ป่วยรายใหม่ที่มาจากกลุ่มเสี่ยงนี้ (อายุ 35-59 ปี) มากที่สุด จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.55

ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎี (self-efficacy theory) และการมีส่วนร่วมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง และเกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในอนาคต และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง ก่อน ระหว่างและหลังเข้าโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุม ก่อน ระหว่างและหลังเข้าโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ก่อน ระหว่างและหลังการเข้าโปรแกรม

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory)ประกอบด้วยกัน 4 วิธี คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences)

2. โดยการใช้ตัวแบบ (modeling)

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal)

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในอนาคต

และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง 2 กลุ่ม โดยมีรูปแบบ (pre-post test two group design) โดยมีการประเมิน 3 ครั้ง ซึ่งประเมินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 7) และหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) เกณฑ์คัดเข้า คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในปี 2559 มีอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ค่าความดันโลหิต Systolic120 – 139 mmHg และหรือมีความดันโลหิต Diastolic ระหว่าง 80 – 89 mmHg ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินหูหนวก การพูด การมองเห็น ตาบอด และเข้าใจภาษาไทยดีสามารถสื่อสารด้วยการพูดการฟัง การเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม ลงลายมือชื่อหลังอนุญาตในการให้ข้อมูล ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการเป็นต้น การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, et al., 1990) ใช้ขนาดตัวอย่างที่มีระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อน ± 5 % ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นได้กลุ่มละ 35 คน กลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนทั้งสิ้น 70 คน โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกจากพื้นที่ที่คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ เกินร้อยละ 10 เพื่อคัดเลือกพื้นที่ และผู้วิจัยทำการจัดสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaire form) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถาม และชุดโปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 คือ

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 31 ข้อ

3. พฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา (Ministry of Public Health, 2013) ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 32 ข้อ

4. การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรม จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวนจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่า content validity จากค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.67 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability)

ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 2 คือ

1.ชุดโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) และแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม (community participation) มาพัฒนารูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อให้สอดคล้องการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ ซึ่งให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้รู้วิธีการเลือกการบริโภคอาหาร การ

ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ด้วยตนเอง ได้แก่ การบรรยายพร้อมดูวีดิทัศน์ เพื่อได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.1 การทำให้เกิดประสบการณ์ที่สำเร็จโดยการบรรยายพร้อมดูวีดิทัศน์ และสาธิต การลองปฏิบัติการเลือกอาหาร Dash โดยใช้โมเดลอาหารในการจัดฐานอาหาร โดยแบ่งออกเป็น 5 ฐาน คือ (1) ฐานกลุ่มคาร์โบไฮเดรต (2) ฐานกลุ่มไขมัน (3) ฐานเกลือ/ ผลไม้และน้ำ (4) ฐานดูฉลากโภชนาการ (5) ฐานโปรตีน ด้านการออกกำลังกาย การบรรยายพร้อมดูวีดิทัศน์ และสาธิต พร้อม ฝึกปฏิบัติ เช่น การแกว่งแขน โยคะ ยางยืด ฮูลาฮูป วิ่ง และปั่นจักยาน ด้านการจัดการอารมณ์ การบรรยายการพร้อมดูวีดิทัศน์ และสาธิต พร้อมฝึกปฏิบัติ เช่น การนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจ ฟังเพลง ฟังธรรมมะ สวดมนต์

1.2 การได้เห็นตัวบุคคลต้นแบบมากล่าวประสบการณ์จริง ที่สามารถปฏิบัติประสบผลสำเร็จโดยให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสังเกตเห็น รับฟัง ตัวบุคคลต้นแบบ พร้อมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม การเสริมแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตัวเองการให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อเกิดปัญหา การนำตัวอย่างบุคคลต้นแบบที่มาเล่าประสบการณ์ และการใช้บุคคลที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตมาเล่าสะท้อนปัญหาสุขภาพ ปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ชีวิต ความเป็นอยู่

1.3 การพูดชักจูง โดยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ ชี้แนะ สาธิตการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น ติดตามเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน การใช้ไลน์ เฟซบุ๊ก บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มเสี่ยงร่วมออกแบบกิจกรรมการเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ด้วยตนเองที่บ้านตามความสามารถของตน พร้อมรับรู้ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินกิจกรรม และหาแนวทางแก้ไข

3. สมุดบันทึกความดันโลหิตและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ รูปภาพ และ วีดีทัศน์ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจและสามารถเปิดดูควบคู่กับการบรรยาย โดยประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ พร้อมกลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. สื่อวีดีทัศน์ รูปภาพโปสเตอร์ โมเดลอาหาร และบุคคลต้นแบบ

5. เครื่องวัดความดันเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล

6. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง พร้อมวัดระดับความดันโลหิตชื่อกิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” เตรียมความพร้อม ด้วยการแจ้งผลการประเมินคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และวัดความดันโลหิตซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเตรียมนัดหมายและช่องทางการสื่อสาร

2. สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย (1) “เลือกดี ชีวิตยืนยาว” (2) “สุขภาพดี ไม่มีขาย ถ้าอยากได้ให้ลงมือทำ” ทำให้เกิดประสบการณ์ที่สำเร็จผ่านการสาธิตและการลองปฏิบัติการ (3) “แบ่งปัน ปันสุข” การได้เห็นตัวบุคคลต้นแบบมาการกล่าวประสบการณ์จริง (4) “โน้มน้าว ได้ใจ” เพื่อให้เกิดความมั่นใจ (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) ภาคบ่าย (13.00 – 15.15 น.) กิจกรรมประกอบด้วย (1) “รู้เขารู้เรา รบ 100 ครั้ง ชนะ 1,000 ครั้ง” การรับรู้ปัญหา เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ (2) “สร้างทางเดินแห่งดาว” การตั้งเป้าหมายออกแบบกิจกรรม (3) “สร้าง นำ ซ่อม” (4) “ ไอเดียสุดเจ๋ง ” การมีส่วนร่วมออกแบบ (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที),

3. สัปดาห์ที่ 7 (09.00 -11.30 น.) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมพร้อมข้อตกลง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1) “แบ่งปัน ปันสุข” 2) “ สภากาแฟ” เปิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และซักถามอุปสรรคในการทำกิจกรรม 3) “ โมเดลสุดเจ๋ง” ศึกษาบุคคลต้นแบบภายในกลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกล่าวคำชมเชย 4) “ผู้คว้าดาว” กล่าวคำชมเชยในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตลดลงและมีคะแนนการปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม

4. สัปดาห์ที่ 12 (09.00 -11.00 น.) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมพร้อมข้อตกลง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1) “ สภากาแฟ” เปิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และซักถามอุปสรรคในการทำกิจกรรม 2) “รางวัลของผู้ชนะ” มอบรางวัลให้แก่ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตลดลง (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

5. สัปดาห์ที่ 13 (09.00 – 11.00 น.) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมพร้อมข้อตกลง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1) การสรุปโครงการให้กลุ่มเสี่ยงทราบถึงคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

6. สัปดาห์ที่ 4, 5, 6, 9, 10, จำแนกการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนี้ (1) การติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 4 เยี่ยมบ้าน 12 คน (2) การติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 5 เยี่ยมบ้าน 12 คน และ (3) การติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้าน 11 คน (4) การติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 9 เยี่ยมบ้าน 12 คน (5) การติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 10 เยี่ยมบ้าน 12 คน และ (6) การติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 11 เยี่ยมบ้าน 11 คน กลุ่มตัวอย่างนำกิจกรรมไปปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม “ สายด่วนห่วงใย ” เพื่อการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยโทรศัพท์กระตุ้นเตือนทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง และจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านคนละ 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที จากแบบสมุดบันทึกการเยี่ยมบ้านความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเปรียบเทียบผลพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้นั้น ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยออกแบบกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติเองได้ที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำ

7. สัปดาห์ที่ 7, 12 ตอบแบบสอบถามและวัดระดับความดันโลหิตทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมสุขภาพ และวัดระดับความดันโลหิต พร้อมตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมในกลุ่มทดลอง ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองพร้อมวัดระดับความดันโลหิต

2. สัปดาห์ต่อมาได้รับบริการตามปกติ

3. สัปดาห์ที่ 7, 12 ตอบแบบสอบถามระหว่างและหลังทดลองพร้อมวัดระดับความดันโลหิต

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติดังนี้

1. อธิบายคุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ในรายก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two – way repeated measures ANOVA)

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ IRB No. 925/59 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง มีลักษณะส่วนบุคคลที่พบ คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 42 ปี ร้อยละ 43 สถานภาพ พบมากที่สุด คือ สมรส (คู่) ร้อยละ 80 ระดับการศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.6

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.1 มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.6 สถานภาพสมรส พบว่า สมรส (คู่) คิดเป็นร้อยละ 91.4 มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความสามารถของตนเองโดยรวมทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างกัน ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยรวมทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตาราง 1

ตาราง 1
แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมทั้ง 3 ด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		Mean differnce	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ก่อนการทดลอง	100.46	12.98	98.63	14.64	1.829	.582
ระหว่างการทดลอง	141.49	5.58	95.77	7.9	45.71	<0.001**
หลังการทดลอง	158.66	3.57	92.31	7.79	66.34	<0.001**

* p - value <.0.05 ** p-value <0.01

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างกัน ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตาราง 2

ตาราง 2

แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 3 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		Mean differnce	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ก่อนการทดลอง	100.46	12.98	98.63	14.64	1.829	.582
ระหว่างการทดลอง	141.49	5.58	95.77	7.9	45.71	<0.001**
หลังการทดลอง	158.66	3.57	92.31	7.79	66.34	<0.001**

* p - value <.0.05 ** p-value <0.01

พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไม่แตกต่างกัน

ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตาราง 3

ตาราง 3

แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนน ความดันโลหิตค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		Mean differnce	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
ความดันโลหิต						
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	130.74	6.60	130.79	4.62	-.043	.975
ระหว่างการทดลอง	115.57	4.82	128.83	4.46	-13.25	<0.001**
หลังการทดลอง	114.19	4.95	128.86	4.16	-14.67	<0.001**
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	82.59	2.79	84.69	3.51	-2.10	.007
ระหว่างการทดลอง	70.18	2.80	79.43	5.55	-9.25	<0.001**
หลังการทดลอง	68.84	2.96	80.49	3.07	-11.64	<0.001**

* p - value <.0.05 ** p-value <0.01

การอภิปรายผล

หลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า ระหว่างการทดลอง สัปดาห์ที่ 7 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 หลังได้รับโปรแกรมแล้วนั้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และด้านพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงไม่ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ที่พัฒนามาจากการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self -efficacy theory) ซึ่งอาจทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 7) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Silikul, P., et al., (2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการรับรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับ Cheueym, S. (2011). ที่พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคทุกช่วงเวลาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0 .05$)

หลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง นั้นพบว่า ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 7) และหลังการทดลองใน (สัปดาห์ที่ 12) หลังได้รับโปรแกรมแล้วนั้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ค่าความดันโลหิต ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.001 ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ซึ่งกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และไม่ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่นำไปใช้เองได้ที่บ้านตามความสามารถของตนเอง มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสอดคล้อง กับ Insorn, T. (2012) พบว่าหลังการทดลองมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความดันโลหิตในระดับปกติเพิ่มมากขึ้น และ Plyyod, J., et al., (2012) ได้ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของ Systolic และ Diastolic ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปแล้วหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ความดันโลหิตลดลงนั้นจะต้องเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ โดยมีการให้ความรู้ การเสริมพลังด้านพฤติกรรมโดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกระตุ้นเตือน จะสามารถช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้ และทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่นานกว่าการให้ความรู้หรือคำแนะนำเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการทำให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมทำให้สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้เกิดความเชื่อมั่น จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

1. โปรแกรมควรเสริมความมั่นใจในตนเองที่จะส่งผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง และหากมีอุปสรรคด้านการสนับสนุนจากด้านครอบครัว และเพื่อนร่วมงานอาจทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ดังนั้นควรกระตุ้นเตือน และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้แก่ครอบครัวและบุคคลรอบข้างได้รับทราบ

2. ควรเสริมการเยี่ยมบ้านในโปรแกรมให้มีความต่อเนื่อง ความถี่ของระยะเวลา เพื่อให้สามารถเห็นถึงปัญหาที่แท้จริง ความเป็นอยู่ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นการกระตุ้นเตือน พร้อมทั้ง

ยังช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การประเมินแบบพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรมสามารถช่วยในการออกแบบกิจกรรมและการวางเป้าหมายได้ เพื่อจะได้รับทราบต่อพฤติกรรมที่เขาปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

4. การออกแบบกิจกรรมที่ดีควรให้เหมาะสมแต่ละบริบทของพื้นที่นั้น ๆ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริงและเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ชัดเจน

5. สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังและพื้นที่ข้างเคียงได้ โดยควรมีการจัดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามจนครบ ไตรมาสเพื่อประเมินผลว่ากลุ่มที่เข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปแล้วนั้น ในปีถัดไปจะมีกลุ่มเหล่านี้เข้ามาในกลุ่มเสี่ยงอีกหรือไม่

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ระดับนโยบาย (policy) สามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายในการดูแลกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ระดับผู้ปฏิบัติงาน (practitioner) สามารถใช้เป็นแนวทางการดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพ และนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้าน สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และปัญหา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโรคหิตสูง

3. ระดับการศึกษา (education) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์นำรูปแบบกิจกรรมนี้ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ การป้องกัน และหลีกเสี่ยงปัจจัยเสี่ยง นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

References

Cheueym, S. (2011). *Effects of the program on promoting food habits, Specific dietary habits and blood pressure levels in the elderly, Hypertension type unknown cause in Si Sa Ket.* Master of Public Health Thesis, Burapa university. (in Thai)

Department of *Health Service Support, Ministry of Public Health. (2013). Health behavior surveillance interview 2013*. Retrieved from http://164.115.22.119/hbac/doc/form_1013.pdf (in Thai)

Insorn, T. (2012). *Effect of health promotion program on self-efficacy, health behaviors and blood pressure within an adult hypertensive Yangchoomnoi district, Si Sa Ket province.* Master of Public Health Thesis, Mahasarakrm university. (in Thai)

Lemeshow, S., Hosmer, D., Klar, J., & Lwanga, S. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: John Wiley & Sons.

Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2016). *Conclusion of the 2016 report*. Retrieved from http//www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2559_full.pdf (in Thai)

Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2014). *Summary report of illness year 2014.* Retrieved from http://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill2557full.pdf (in Thai)

Pimchontavai, P. (2009). *Control high blood pressure to fight disease*. Bangkok: Diamond Asset. (in Thai)

Plyyod, J., et al., (2012) Effects of self-care promotion program on self-care self-efficacy, body weight and blood pressure control of hypertensive patients, *Journal of Ramathibodi Hospital, 18*(2), 223-235. (in Thai)

Silikul, P., et al., (2010) Development of self-care self-care model of hypertensive patients. *Journal of Narathiwat Rajanagarindra University, 2*(3), 34-49. (in Thai)

Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2012). *National economic and social development board no.11.* Retrieved from http://www.bps.moph.go.th/new_bps /sites/default/files/health_statistics 2555.pdf (in Thai)

World Health Organization. (2017). *Diabetes updated July 2017.* Retrieved from https://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs312/en/