ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไลน์แอปลิเคชั่น อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effects of Using the Health Belief program to promote behavioral changes for hypertension prevention among high-risk individuals with Line application in Muang Suang District, Roi Et Province

ธีรยุทธ ศรีทะโร*

Teerayut Sritaro

Corresponding author: E-mail: Teerayut072515@gmail.com

(Received: April 3, 2026; Revised: April 9, 2026; Accepted: May 5, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงผ่านไลน์แอปลิเคชั่น และเพื่อเปรียบเทียบผลของความรู้การรับรู้ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมระดับความดันโลหิต

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลองที่อาศัยอยู่ในตำบลเมืองสรวง และกลุ่มเปรียบเทียบจากตำบลหนองผือ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test /Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย : หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) (ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 5.15, 95%CI; 1.64, 9.90 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ซิสโตลิก และไดแอสโตลิกแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการส่งเสริมให้การประยุกต์โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย NCD ในทุกระดับบริการ พร้อมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจในระยะยาว

คำสำคัญ : พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง; กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง; แบบแผนความเชื่อ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง

Abstract

Purposes : This research aimed to study the effectiveness of the Health Belief Model on hypertension prevention behaviors in at-risk groups via the LINE application in Mueang Suang District, Roi Et Province. It also compared the effects of knowledge, perception, hypertension prevention behaviors, and blood pressure control between experimental and control groups before and after the program, and between experimental and control groups.

Study design : Quasi–Experimental Research.

Materials and Methods : The sample consisted of 30 at-risk individuals with blood pressure between 120/80-139/89 mmHg, divided into 30 participants from Mueang Suang Subdistrict and 30 participants from Nong Phue Subdistrict, selected using simple random sampling. The research instruments included: 1) a program demonstrating the effect of the Health Belief Model on hypertension prevention behaviors in at-risk groups; 2) health and behavior record forms; 3) the LINE application; 4) a questionnaire on the effectiveness of the hypertension prevention behavior development program; and 5) a blood pressure monitor. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, Wilcoxon Signed-Rank test, and Mann–Whitney U test.

Main findings : The results showed that after the program, After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in overall knowledge and perception compared to the comparison group (p=.001; Mean difference = 5.15, 95%CI; 1.64, 9.90). Regarding hypertension prevention behaviors, no significant difference was found between the two groups prior to the experiment. However, following the intervention, the experimental group showed a statistically significant improvement in mean behavioral scores compared to the comparison group ($p < .001$). Furthermore, the experimental group exhibited significantly different mean levels of both systolic and diastolic blood pressure compared to the comparison group (p=.001).

Conclusion and recommendations : The application of the Health Belief Program should be promoted as a standard guideline for NCD patient care at all service levels. This should be accompanied by capacity building for public health personnel and community health volunteers through practical training to enhance their counseling skills and long-term motivation.

Keywords : Hypertension prevention behaviors; Hypertension risk groups; Belief pattern

*Public Health Technical Officer, Professional Level. Muang Suang District Public Health Office.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีเพียง 1 ใน 5 หรือร้อยละ 21 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[1] สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และมากกว่า 7 ล้านคน ส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษามักเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา[2] ในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานการเสียชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับภาวะความดันโลหิตสูงมากถึงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด[1] จังหวัดร้อยเอ็ดมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร พ.ศ. 2566-2568 เท่ากับ 1,364.46, 1,461.16 และ 1,642.64 ตามลำดับ โดย พ.ศ. 2566-2568 อำเภอเมืองสรวง มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,195.06, 1,226.29 และ 1,433.71 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เท่ากับ 35, 39 และ 33 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.52, 7.07 และ 3.41 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป[3] ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าอำเภอเมืองสรวง มีแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

ผู้มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน จะสูญเสียค่ารักษาทั้งสิ้น 79,263 ล้านบาทต่อปี[4] จึงจำเป็นต้องป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ การศึกษาของแจนดา และคณะ[5] พบว่า หลังวัยรุ่นก่อนความดันโลหิตสูง กลุ่มเอที่ได้รับอาหารแดชและเกลือคาร์ดิซอล ปรุงอาหาร และกลุ่มบีที่ได้รับอาหารแดชอย่างเดียว เป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มเอมีความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่ลดลง ที่ระดับ p< .001 กลุ่มบีมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง ที่ระดับ p <.001 แต่น้ำหนักของทั้งสองกลุ่มไม่เปลี่ยนแปลงนอกจากนี้การศึกษาของอัชฌานี สิงขโรทัย[6] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ และการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยแสดงเห็นได้ว่าสามารถนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์กับการรับประทานอาหาร โดยที่กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนัก เกี่ยวกับอันตราย ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และได้รับรู้ถึงการละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองที่อาจจะนำไปสู่ การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้

การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM])[7] ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ รับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และตัวชี้แนะการกระทำ การรับรู้ ของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง บุคคลจะรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค รวมทั้งหากบุคคลได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำที่เพียงพอจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค[8]

ดังนั้นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงนี้จะใช้ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ ปัจจัยร่วม และตัวชี้แนะการกระทำ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยตัวแบบด้านบวกและลบ

จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ เพื่อให้ความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่น และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ไม่เกิดโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงผ่านไลน์แอปลิเคชั่น และเพื่อเปรียบเทียบผลของความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมระดับความดันโลหิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two groups pretest–posttest design)

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 979 คน[3]

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน และปรับเพิ่มป้องกันการสูญหายจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองตำบลเมืองสรวง และกลุ่มเปรียบเทียบจากตำบลหนองผือ กลุ่มละ 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้วิจัย ดังนี้

เครื่องมือทดลอง 1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้วย การเรียนรู้เชิงรุก การใช้ตัวแบบด้านบวกและด้านลบ การสาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ 2) แบบบันทึก จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกสุขภาพ และแบบบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ 3) แอพพลิเคชั่นไลน์

เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1. แบบสอบถามผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างเอง มี 7 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ 2) ข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด 4) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 7 ข้อ เป็นการรับรู้ความสามารถรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม ผักและผลไม้ งด/เลิกบุหรี่ งด/ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการอ่านฉลากโภชนาการ จำนวนอย่างละ 1 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 6) การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม รับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 7) พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 57 ข้อ (Rating scale) 5 ระดับ และ 2. เครื่องวัดความดันโลหิต Omron รุ่น HEM-8712 เครื่องใหม่ที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือทุกครั้งก่อนวัดความดัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องทุกข้อ IOC เท่ากับ 1.00 ทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนทดลอง เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากพื้นที่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ระยะทดลอง กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพัฒนาพฤติกรรมด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยจัดเป็นฐานการเรียนรู้ 2 ฐาน ใช้เวลา ฐานละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2-5 การส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

3. ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบที กรณีมีตัวแปรก่อนได้รับโปรแกรมต่างกันเปรียบเทียบ Wilcoxon Signed-Rank Test และ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0142569 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (80.00%) มีอายุเฉลี่ย 55.05 ปี (SD.=6.19) มีสถานภาพสมรสคู่ (63.33%) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (83.30%) มีอาชีพเกษตรกรรม (80.00%) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท (50.00%) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง (63.34%) ดื่มสุรา (80.00%) และไม่สูบบุหรี่ (43.33%) ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ (80.00%) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม (80.00%) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (50.00%) และ (83.33%) ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น (p=.001) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.57± 0.66 ในระยะก่อนทดลอง เป็น 32.98± 0.54 ในระยะหลังทดลอง (ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 17.41, (95%CI; 16.76, 18.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค (p = .001) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.01±1.46 เป็น 12.81±0.70 ในระยะหลังทดลอง (ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 3.80, (95%CI; 2.86, 8.50) นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกมิติ ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การรับรู้ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นด้านที่มีค่าความต่างเฉลี่ยสูงที่สุด 2.13 (95%CI; 1.96, 3.76), p = .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถสร้างและตระหนักถึงความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ส่วนด้านการรับรู้ของโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรง มีค่าความต่างเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 1.51 (95%CI; 1.24, 2.15), p < .001) เป็นผลมาจากการสร้างโปรแกรมสามารถกระตุ้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น หากไม่ได้มีการปรับพฤติกรรมการบริโภคหรือข้อพึงระวังต่างๆ ที่จะสร้างผลกระทบต่อร่างกาย และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าความต่างเฉลี่ย 1.15 (95%CI; 0.78, 2.54), p =.001) ทั้งนี้การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ประเด็นที่พิจารณาคือ ด้านการรับรู้

ประโยชน์ มีค่าความต่างเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 1.14 (95%CI; 0.46, 1.75), p = .001) สะท้อนถึงโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นมานั้นสามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเป็นประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมของการป้องกันและดูแลตัวเองเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง และด้านการรับรู้อุปสรรค มีค่าความแตกต่างลดลงหลังได้รับโปรแกรม 1.32 (95%CI; 0.45, 1.86), p = .001) แสดงให้เห็นว่าหากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อแนวทางการปฏิบัติให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้เกิดความเหมาะสมได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้และการรับรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่ม (n = 60)

ตัวแปร	n	Mean± SD.	Mean diff. (95%CI)	p
ความรู้เกี่ยวกับโรค				
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	9.01±1.46	3.80 (2.86 to 8.50)	.001
หลังได้รับโปรแกรม	30	12.81±0.70		
การรับรู้เกี่ยวกับโรค				
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	2.46±0.83	2.13 (1.96 to 3.76)	.001
หลังได้รับโปรแกรม	30	4.59±0.44		
2. การรับรู้ความรุนแรง				
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	3.17±0.54	1.51 (1.24 to 2.15)	<.001
หลังได้รับโปรแกรม	30	4.68±0.45		
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	3.72±0.75	1.15 (0.78 to 2.54)	.001
หลังได้รับโปรแกรม	30	4.87±0.14		
การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม				
1. การรับรู้ประโยชน์				
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	3.75±0.70	1.14 (0.46 to 1.75)	.001
หลังได้รับโปรแกรม	30	4.89±0.17		
2. การรับรู้อุปสรรค				
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	2.46±0.76	1.32 (0.45 to 1.86)	.001
หลังได้รับโปรแกรม	30	1.14±0.20		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean± SD.	Mean diff. (95%CI)	p
โดยรวม				
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	15.57± 0.66	17.41 (16.76 to 18.50)	.001
หลังได้รับโปรแกรม	30	32.98± 0.54		

การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p=.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.98±0.33 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 27.83±0.81 (ค่าความต่างเฉลี่ยเท่ากับ 5.15, 95%CI; 1.64, 9.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้าน ประเด็นที่น่าสนใจคือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าความต่างเฉลี่ยสูงสุด 2.05 (95%CI; 2.01, 4.10, p=.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ด้วยการประเมินพฤติกรรมตนเองที่สะท้อนผลสุขภาพ ทำให้เห็นความเสี่ยงของตนชัดเจนขึ้น ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับโรค มีค่าความต่างเฉลี่ย 1.61 (95%CI; 1.52, 1.90, p = .001) การรับรู้ความรุนแรง ค่าความต่างเฉลี่ย 1.26 (95%CI; 1.11, 5.16, p = .001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าความต่างเฉลี่ย 0.91 (95%CI; 0.45, -5.10, p = .074) การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการรับรู้ประโยชน์ ค่าความต่างเฉลี่ย 0.76 (95%CI; 0.54, 4.50, p = .001) และการรับรู้อุปสรรค ค่าความต่างเฉลี่ย 1.64 (95%CI; 0.64, 3.86, p = .001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งรายด้านและโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean diff. (95%CI)	p
ความรู้เกี่ยวกับโรค				
กลุ่มทดลอง	30	12.81±0.70	1.61 (1.52 to 1.90)	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	11.20±2.21		
การรับรู้เกี่ยวกับโรค				
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
กลุ่มทดลอง	30	4.59±0.44	2.05 (2.01 to 4.10)	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.54±1.15		
2. การรับรู้ความรุนแรง				
กลุ่มทดลอง	30	4.68±0.45	1.26 (1.11 to 5.16)	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.42±0.96		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean diff. (95%CI)	p
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
กลุ่มทดลอง	30	4.87±0.14	0.91 (0.45 to -5.10)	.074
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.96±0.75		
การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม				
1. การรับรู้ประโยชน์				
กลุ่มทดลอง	30	4.89±0.17	0.76 (0.54 to 4.50)	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	4.13±0.62		
2. การรับรู้อุปสรรค				
กลุ่มทดลอง	30	1.14±0.20	1.64 (0.64 to 3.86)	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.78±1.11		
โดยรวม				
กลุ่มทดลอง	30	32.98±0.33	5.15 (1.64 to 9.90)	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	27.83±0.81		

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ (p= .068) อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม	n	Mean±SD.	Mean diff. (95%CI)	p
พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม				
กลุ่มทดลอง	30	3.31±0.33	0.27 (-1.40 to 4.76)	.068
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.04±0.41		
พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม				
กลุ่มทดลอง	30	4.74±0.18	1.6 (0.10 to 4.76)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.14±0.37		

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ (p = .117) อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ (p = .001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม	n	Mean± SD.	Mean diff. (95%CI)	p
ระดับความดันโลหิตก่อนได้รับโปรแกรม				
กลุ่มทดลอง				
ซิสโตลิก	30	134.35(4.86)	12.89 (4.46 to 13.78)	.001
ไดแอสโตลิก	30	76.46(6.41)		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ซิสโตลิก	30	136.31(4.87)	13.75 (6.23 to -14.68)	.211
ไดแอสโตลิก	30	74.46(4.46)		
ระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรม				
กลุ่มทดลอง				
ซิสโตลิก	30	121.46(4.14)	11.86 (8.11 to 11.98)	.001
ไดแอสโตลิก	30	69.45(3.47)		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ซิสโตลิก	30	133.32(4.12)	11.44 (4.05 to -11.81)	.117
ไดแอสโตลิก	30	79.56(4.24)		

วิจารณ์

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.001) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการทดลอง โดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นด้านที่มีค่าความต่างเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถสร้างและตระหนักถึงความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงตลอดจนการรับรู้ความรุนแรง เป็นผลมาจากการสร้างโปรแกรมสามารถกระตุ้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น หากไม่ได้มีการปรับพฤติกรรมการบริโภคหรือข้อพึงระวังต่างๆ หรือปัจจัยอื่นๆ[9] ที่จะสร้างผลกระทบต่อร่างกาย และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศ

อิหร่าน[10] พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้ 6 ครั้งเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนตามองค์ประกอบ HBM เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง เพิ่มขึ้นชัดเจนเกิดจากตระหนักถึงผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ HBM ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศจีน[11] พบว่า ระดับความดันโลหิตในทุกกลุ่ม เป็นตัวแปรสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแต่ส่งผลต่อค่าความดันโลหิตอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นร่วมด้วยการจัดการโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผ่านเทคโนโลยีสุขภาพ

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการรับรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p= .001) และเมื่อพิจารณารายด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าทุกด้านโดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่มีความต่างสูงสุด สะท้อนว่าโปรแกรมช่วยให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงความเสี่ยงของตนได้ชัดเจนขึ้น รวมถึงด้านความรู้ ความรุนแรง ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค ซึ่งล้วนแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าว โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไลน์แอปลิเคชันร่วมกับสื่อต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตรวมกับการอบรมเชิงปฏิบัติการ และการให้ความรู้ผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญที่มุ่งให้เกิดการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด[9] ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง[11] สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง[12] พบว่า การบูรณาการองค์ความรู้ เช่น การเรียนในภาคทฤษฎีและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ตลอดจนการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองสามารถสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ (p < .001) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันซึ่งสามารถช่วยกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนักและปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้น การสื่อสารผ่านแอปช่วยให้เข้าถึงข้อมูล เตือน และติดตามพฤติกรรมได้สม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ[13] พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์เพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในออสเตรเลีย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง และ ความรุนแรงของโรค เป็นตัวกระตุ้นสำคัญพฤติกรรมป้องกัน การให้ข้อมูลผ่านสื่อสุขภาพ ช่วยให้เข้าใจมากขึ้น ผู้เข้าร่วมที่รับรู้ความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มปรับพฤติกรรมมากกว่า และสอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยชาวจีน พบว่าการใช้โปรแกรมวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการรับรู้ความรุนแรง มีผลต่อการกินยาอย่างสม่ำเสมอผู้ที่เชื่อว่าความดันเป็นโรคร้ายแรง จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น ตลอดจนควบคุมพฤติกรรมการให้ข้อมูลผ่านเทคโนโลยีช่วยลดอุปสรรค การสร้างคำแนะนำใช้แอปมือถือสามารถสนับสนุนพฤติกรรมต่อเนื่องได้

4. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ p > .05 อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ (p < .001) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแทรกแซง

ที่ออกแบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรครวมทั้งส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมมากขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร ลดเค็ม การออกกำลังกาย[14] และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาการสาธิตและฝึกทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร[12] พบว่า หากผู้เข้ารับการทดลองได้ทราบถึงประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของแนวทางปฏิบัติสำหรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร จะช่วยให้เกิดแรงผลักดันและแรงกระตุ้นที่จะป้องกันโรคมากขึ้น ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา[15] เช่น พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง[16] พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ p <.001 มีผลให้ความดันโลหิตลดลง การลดการบริโภคอาหารมัน มีผลให้ความดันโลหิตลดลง[17] โดยเฉพาะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเค็ม อยู่ในระดับสูง[18] รวมไปถึงการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนแนทรียูเรติคซึ่งมีผลเพิ่มความดันโลหิต มีผลให้ความดันโลหิตไม่ลดลง[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยนี้

1) ควรนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชัน LINE ไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองสรวงอย่างต่อเนื่อง เช่น การตั้งกลุ่ม LINE สำหรับผู้เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งข้อมูลความรู้และติดตามพฤติกรรมรายสัปดาห์ ตลอดจนการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลและกระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ

2) ควรพัฒนาเนื้อหาสื่อสุขภาพใน LINE ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น ภาษาเข้าใจง่าย คลิปสั้น โดยมุ่งเน้นสาระสำคัญการลดเค็ม การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง รวมถึงใช้ระบบแจ้งเตือน เพื่อช่วยเกิดเป็นพฤติกรรมได้ต่อเนื่อง

3) ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เช่น วัดความดันโลหิตทุก 1–3 เดือน เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง ที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ปรับแผนการดูแลรายบุคคลให้เหมาะสมมากขึ้น

4) ควรขยายผลโครงการไปยังพื้นที่ใกล้เคียงในจังหวัดร้อยเอ็ด และกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่และแกนนำชุมชนให้เข้าใจแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาวได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาออกแบบการวิจัยแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับความดันโลหิตหลังสิ้นสุดโปรแกรมด้วยฐานข้อมูล เช่น ระบบบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

2) ควรขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้นรวมถึงพิจารณาปัจจัยแทรกซ้อน เช่น พฤติกรรมสุขภาพเดิม หรือสภาพทางสังคมเพื่อให้ผลการวิเคราะห์สามารถนำมาเป็นโยบายสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง เครือข่ายบริการที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ความร่วมมือในการประสานงานและดำเนินตามรูปแบบการดูแลตลอดจนกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา

ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence [Internet]. 2013 [cited 2024 Jul 8]. Available from: https://www.who.int/news/item/16-05-2025-new-data-highlight-increases-in-hypertension-diabetes-incidence
2. ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์. กรมควบคุมโรคแนะประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ “รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ” [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/182186.
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลระบบรายงานข้อมูลข่าวสาร. กระทรวงสาธารณสุข: จังหวัดร้อยเอ็ด; 2568
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขไทย. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวานความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์; 2563.
5. Janda J, Veleminsky M, Sulakova T, Prochazka B, Eliasek J, Stransky P, et al. Effect of the DASH-Diet and Salt Kardisal on Blood Pressure in Addolescents with Prehypertension. Neuroendocrinology Letters. 2018;38(8):544-8.
6. อัชฌานี สิงขโรทัย. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตำบลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัด กระบี่ [วิทยานิพนธ์]. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2560.
7. Becker M H, Drachman R H, Kirscht J P. A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Populations. American Journal of Public Health. 1987;64(3):205–16.
8. ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วิลาวัลย์ เสนารัตน์. แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพในประมวลสาระชุดวิชามโนมติและกระบวนการพยาบาล. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
9. Bonwell C C, Eison J A. Acitve Learning: Creating Excitement in the Classroom. Washington, D.C.: The George Washington University; 1991.
10. Mohammadkhah F. The effect of educational intervention in the prevention of cardiovascular diseases in patients with hypertension with application of health belief model: A quasi-experimental study. JRSM Cardiovascular Disease. 2025;1(3):1-15.
11. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
12. แรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2565;18(2):69- 84.
13. อัญชสา แก้ววังสัน, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2566;30(3):85- 98.
14. Malloy-McFall J, Barkley J E, Gordon K L, Burzminski N, Glickman E L. Effects of DASH Diet on Pre-and Stage 1 Hypertensive Individuals in a Free-Living Environment. Nutrition and Metabolic Insights. 2010;3:15-23.
15. พิเชษฐ์ หอสูติสิมา. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ตำบลจระเข้หิน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการ สคร. 9. 2562;25(2):56-66.
16. สำราญ กาศสุวรรณ, ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, รุ่งกิจ ปินใจ.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร้องเข็ม อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิกโรงพยาบาลแพร่. 2566;30(2):27-42.

17. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์; 2562.
18. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อาหารลดความดันเลือดสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th/Content/46593.