

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ในตำบลบ้านเป้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

Effects of Health Communication Program on Health Literacy,
Health behavior, and Health Outcome of Hypertensive Patients in
Ban Pao Subdistrict, Mueang District, Lampang Province

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ^{1*}, วาสนา มั่งคั่ง², มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์³, เยาวลักษณ์ कुมขวัญ¹, อัมฤทธิ์ตรา มะสุไ¹
Sriprapai Inchaitep^{1*}, Wasana Mangkhang², Maneerat Punsawat³,
Yaowalak Kumkwan¹, Ammarittra Masusai¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: inchaitep@gmail.com; โทรศัพท์ 086-6587778)

(Received: October 3, 2023; Revised: November 25, 2023; Accepted: December 3, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติเดิม จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมสื่อสารสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบวิลคอกซัน การทดสอบแมนท์-วิทนี ยู และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ พบว่า มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง แตกต่างกันจากก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.16, 2.69, -2.46$ และ -3.11 ตามลำดับ) ส่วนระดับดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.00, p = .27$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติเดิม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดัน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromrajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nation University

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

โลหิตตัวล่างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.25, 3.03$ และ -2.02 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.86, -1.56; p = .11, .12$ ตามลำดับ)

บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพไปใช้อย่างต่อเนื่อง และกำหนดนโยบายในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนแนวทางการให้สุศึกษาให้เป็นการสื่อสารมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สอดคล้องกับปัจเจกบุคคล

คำสำคัญ: โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The quasi-experimental research aims to compare health literacy, health behaviour and health outcomes of persons with hypertension between the group receiving the health communication program and the control and to compare health literacy, health behaviour and health outcomes before and after receiving the health communication program. The participants included 59 patients with hypertension, divided into an experimental group of 29 people who received a health communication program and a control group of 30 people who received health education according to the standard guidelines. The instruments used in this study consisted of the health communication program, health literacy assessment, health behaviour assessment and health record form. The Cronbach's alpha reliability of the health literacy assessment and health behaviour assessment were examined with values of .82 and .77 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks, Mann-Whitney U, and Chi-square test.

The research results reveal that after using the health communication program, the experimental group and the control group had significantly different scores on health literacy, health behaviour, and diastolic blood pressure levels were significantly different at the .05 level ($Z = 3.25, 3.03$, and -2.02 , respectively) but the difference in systolic blood pressure and body mass index was not statistically significant ($Z = -1.86, -1.56; p = .11, .12$ respectively). The results of the comparison before and after using the health communication program revealed that the scores on health literacy, health behaviour, systolic blood pressure and diastolic blood pressure levels were significantly different at the .05 level ($Z = 3.16, 2.69, -2.46$, and -3.11 respectively), while the body mass index was not statistically significant ($Z = -1.00, p = .27$).

Health personnel in primary care units should continuously implement health communication programs in patients with hypertension and establish policies to promote

health literacy, change health education guidelines to be communication focused on changing behaviour to be consistent with the individual.

Keywords: Health communication program, Health literacy, Health behaviour, Health outcomes, Hypertensive patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของโลกและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ หากไม่ได้รับการรักษาหรือการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและนำไปสู่ความรุนแรงของโรคมามากจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และมีมากถึง 7 ล้านคน ที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 22.6 (Ekapalakorn, 2021) ร่วมกับข้อมูลจาก Health Data Center: HDC (2023) แสดงให้เห็นว่าประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีเพียง 56.32% และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพียง 54.22% จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพสามารถป้องกันได้ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีการกำหนดแผนงานกลยุทธ์ในประเด็นของการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ดังแผนงานโครงการและตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กำหนดเป้าหมายไว้ว่า ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้องปลอดภัย ทันสมัย ชุมชนเข้มแข็ง รวมพลังสร้างสุขภาพ สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวทั้งกายและใจ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน (Strategy and Planning Group, Bureau of Non Communicable Diseases, 2017) ซึ่งจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้มีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น และลดอัตราการเกิดโรค

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) หมายถึง ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้ง สามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยทักษะ 6 ประการ ได้แก่ การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง จำแนกออกเป็น 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ชั้นการสื่อสาร (communication health literacy) และชั้นการมีวิจารณญาณ (critical health literacy) (Nutbeam, 2008) ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพมีผลต่อมุมมองสุขภาพและการเข้าใช้บริการสุขภาพ หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพและสถานะทางสุขภาพที่ดี ลดอัตราการเกิดโรค และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Cho et al., 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่สูงขึ้น (Burat et al., 2020) และโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดสภช. โมเดล และตามหลัก 3อ.3ลด พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Ayoh et al., 2022) ข้อมูลนี้ สนับสนุนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิต น้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยบ่งชี้ และปัจจัยเสี่ยงตั้งต้นของความดันโลหิตสูง ภาวะดื้ออินซูลิน โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (De Schuttera et al., 2014)

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่ง ซึ่งพบอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2559-2562 เท่ากับ 19,044 , 21,150 , 22,130 , 24,107 ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 126, 116, 124, 184 ตามลำดับ จากอุบัติการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีอัตราการป่วยและอัตราการตายที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นนโยบายของจังหวัดลำปาง มาตั้งแต่ปี 2561 คือ เน้นการให้ความรู้และส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองตามแนวทางของกรมอนามัย ครอบคลุม 3 อ 2 ส ได้แก่ การส่งเสริมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่า แม้มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มขึ้น รวมถึงประชาชนยังขาดความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) การวิจัยนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสร้างแรงจูงใจ มาใช้มาเป็นกิจกรรมในการดำเนินโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล น่าจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

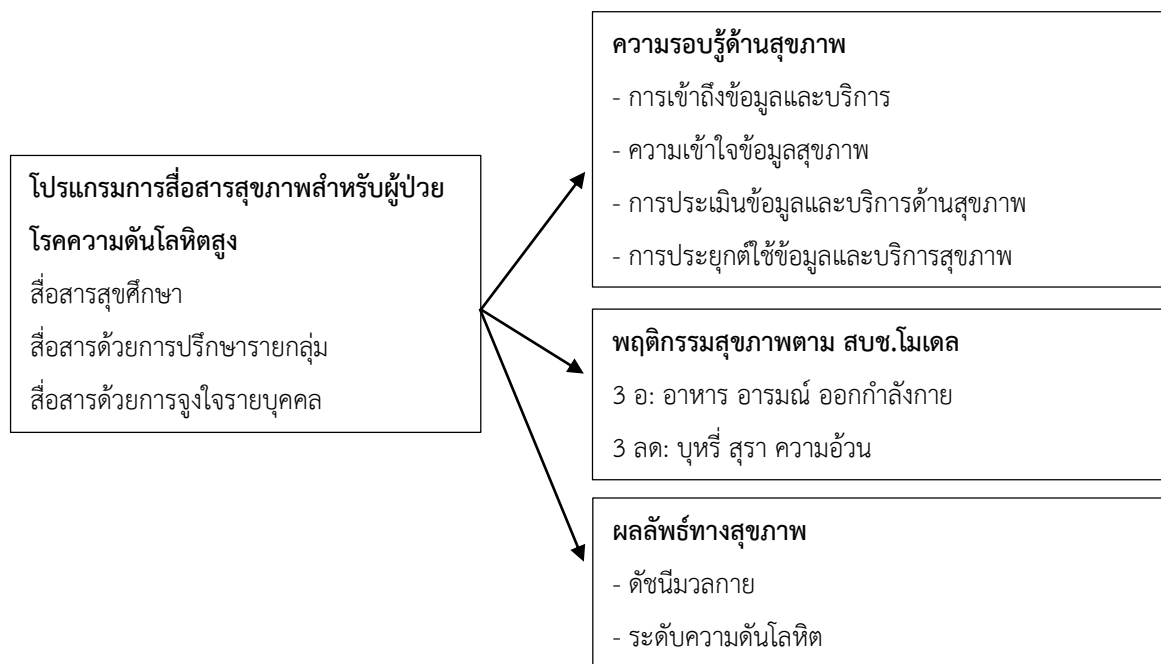
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติปกติ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) (Miller et al., 2017) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ใช้การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ค้นหาสิ่งสำคัญและแรงจูงใจเพื่อเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 3) การผลักดันแรงจูงใจ 4) แนะนำแบบมีตัวเลือกให้ได้เลือกเอง และ 5) การวางแผนและสรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) มาใช้ใน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สื่อสารสุขศึกษาในการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว 2) สื่อสารด้วยการให้คำปรึกษารายกลุ่ม 3) สื่อสารด้วยการจูงใจรายบุคคล และ 4) สื่อสารผ่านเวทีเสวนา เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยอื่นได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดผลลัพธ์ของโปรแกรม ได้แก่ ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตาม สบช.โมเดล และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลบ้านเป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลบ้านเป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,169 คน (Health Data Center: HDC, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งม่านเหนือ ตำบลบ้านเป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power โดยใช้สถิติ Means Wilcoxon- Mann Whitney test กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .938 จากวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำปาง จังหวัดกระบี่ (Chomai & Pranprawit, 2015) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 54 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ 2) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย ที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม และ 2) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องเข้ารับการช่วยเหลือ จนส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) ในขั้นแรกเป็นการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ตามหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งม่านเหนือ ได้ 2 หมู่บ้านโดยกลุ่มทดลองคือ หมู่บ้านแม่ก่ง และกลุ่มควบคุมคือ หมู่บ้านทุ่งม่านเหนือ 2) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้า และจับคู่ (match paired) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ช่วงอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มสีของการเจ็บป่วยตามเกณฑ์ป้องกัน 7 สี เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller et al, 2017) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) แบ่งกิจกรรมเป็น 4 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

- ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมความรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

- ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการสื่อสารด้วยการปรึกษารายกลุ่ม ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม การค้นหาแรงจูงใจ การให้ทางเลือก และการวางแผนการปฏิบัติตัว

- ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการสื่อสารด้วยการจูงใจรายบุคคล ประกอบด้วย การติดตามแผนการปฏิบัติตัว การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคล และการปรับแผนการปฏิบัติตัว

- ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการสื่อสารผ่านเวทีเสวนา มุ่งเน้นการหาตัวแบบผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจแก่กลุ่มบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปแนวทางการปรับพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และโรคประจำตัว

2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) ทักษะความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำยากมาก ทำยาก ทำง่าย และทำง่ายมาก คัดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ สบช.โมเดล ประกอบด้วย 3อ.3ลด พัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

3) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วยเครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการพยาบาล อายุรศาสตร์ สุขภาพจิต และการปรับพฤติกรรม โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ จากนั้นนำไปทดลองใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในบ้านแม่ก่ง อ.เมือง จ.ลำปาง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .82 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ก่อนการทดลอง

1.1 ประสานงานผู้รับผิดชอบในพื้นที่เขต รพ.สต. ท่งมานเหนือ ประชุมชี้แจง การดำเนินกิจกรรมการวิจัย และขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามรายละเอียดในหัวข้อการพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1.2 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และบันทึกค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

2. ระยะทดลอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยดำเนินการ 4 ครั้ง ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ตามรายละเอียดที่กำหนดไว้

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการให้ศึกษาตามมาตรฐานที่ รพ.สต. กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ความดันโลหิต สัญญาณชีพ ดัชนีมวลกาย ตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน สอนสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการรับประทานยา พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติตัว

3. ระยะหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 6 สัปดาห์ คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบ Chi-square และ Fisher exact probability test

2. การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2565-049 วันที่ 20 เมษายน 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลใด ๆ ให้กลุ่ม

ตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และเก็บข้อมูลการวิจัยไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยทำลายเอกสารทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย นำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารคู่มือที่เป็นกิจกรรมสำคัญของโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 29 คนเนื่องจากระหว่างการศึกษาวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างขอยกจากการวิจัย 1 คน ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40.68 และ 44.07 อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.82 และ 27.12 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 32.2 และ 35.59 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.42 และ 22.34 มีค่า BMI อยู่ในช่วง 23.0- 24.9 ร้อยละ 23.73 และ 20.34 ความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 120/80 - 139/89 mmHg คิดเป็นร้อยละ 23.73 และ 30.51 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 32.21 และ 35.59 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=29)	กลุ่มควบคุม (n=30)	รวม (n=59)	การทดสอบ	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	5(8.47)	4(6.78)	9(15.25)	.17 ^a	.17
หญิง	24(40.68)	26(44.07)	50(84.75)		
อายุ (ปี)					
30-39	2 (3.39)	1 (1.69)	3(5.08)	.77 ^b	.43
40-49	5 (8.47)	7(11.86)	2(20.35)		
50-59	5 (8.47)	6(10.17)	11(18.64)		
≥60	17(28.81)	16(27.12)	33(55.93)		
สถานภาพ					
สมรส/ คู่	19(32.20)	21(35.59)	40(67.80)	.14 ^a	.23
หม้าย/ หย่า	10(16.95)	9 (15.25)	19(32.2)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	15(25.42)	13(22.34)	28(47.46)	.61 ^b	.44
มัธยมศึกษา	6(10.17)	8(13.56)	14(23.73)		
ปวช./ ปวส.	6(10.17)	6(10.17)	12(20.34)		
ปริญญาตรี	2 (3.39)	3(5.08)	5(8.47)		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=29) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน(ร้อยละ)	รวม (n=59) จำนวน(ร้อยละ)	การ ทดสอบ	p- value
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)					
<18.5	4(6.78)	6(10.17)	10(16.95)	.43 ^b	.65
18.50- 22.90	7(11.86)	8(13.56)	15(25.42)		
23.00- 24.90	14(23.73)	12(20.34)	26(44.07)		
25.00- 29.90	4(6.78)	4(6.78)	8(13.56)		
ความดันโลหิต (mmHg)					
<120/80	6(10.17)	6(10.17)	12(20.34)	1.08 ^b	.58
120/80 - 139/89	14(23.73)	18(30.51)	32(54.24)		
140/90 - 159/99	9(15.25)	6(10.17)	15(25.42)		
โรคประจำตัว					
HT	19(32.21)	21(35.59)	40(67.80)	.58 ^b	.09
HT+DM	4(6.78)	5(8.47)	9(15.25)		
HT+DLP	4(6.78)	3(5.08)	7(11.86)		
HT+ อื่น ๆ	2(3.39)	1(1.69)	3(5.08)		

a = Fisher's exact test, b = χ^2 test, HT = hypertension, DM = diabetes mellitus, DLP = dyslipidemia

2. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติเดิม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.25, 3.04$ และ -2.02 ตามลำดับ) โดยค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 4.30, SD = .34 และ Mean = 3.85, SD = .41) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 4.22, SD = .42 และ Mean = 4.05, SD = .32) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 96.46, SD = 10.10 และ Mean = 103.73, SD = 12.08) ส่วนระดับความดันโลหิตตัวบน และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.86, p = .112$ และ $Z = -1.56, p = .129$ ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตและระดับดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 29)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			Mann-Whitney U	
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Z	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.30	.34	4.20	3.85	.41	4.45	3.25**	.001
พฤติกรรมสุขภาพ	4.22	.42	4.10	4.05	.32	4.40	3.04**	.002
ความดันโลหิตตัวบน	122.48	17.81	124.00	131.76	14.42	133.00	-1.86	.112
ความดันโลหิตตัวล่าง	96.46	10.15	94.00	103.73	12.08	109.00	-2.02*	.043
ดัชนีมวลกาย	20.6	2.68	21.50	20.90	2.92	22.40	-1.56	.129

* $p < .05$, ** $p < .01$

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.16, 2.70, -2.46$ และ -3.11 ตามลำดับ) โดยค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 4.30, $SD = .34$ และ Mean = 3.88, $SD = .42$) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 4.22, $SD = .42$ และ Mean = 3.92, $SD = .36$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 122.48, $SD = 17.81$ และ Mean = 134.45, $SD = 14.46$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 96.46, $SD = 10.15$ และ Mean = 106.5, $SD = 14.55$) แต่ดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.00, p = .266$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตและระดับดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon Signed Ranks	
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Z	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.88	.42	4.01	4.30	.34	4.20	3.16**	.002
พฤติกรรมสุขภาพ	3.92	.36	3.95	4.22	.42	4.10	2.70**	.007
ความดันโลหิตตัวบน	134.45	14.46	132.00	122.48	17.81	124.00	-2.46*	.016
ความดันโลหิตตัวล่าง	106.5	14.55	105.00	96.46	10.15	94.00	-3.11**	.003
ดัชนีมวลกาย	20.22	2.26	20.95	20.60	2.68	21.50	-1.00	.266

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนสูงขึ้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจาก โปรแกรมถูกพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการการสื่อสารเชิงบวก ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์สองทาง สร้างความตระหนักในตนเอง และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Nutbeam, 2008) สอดคล้องกับวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตและรักษาโรคของตน โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพคือ ความรู้และที่มาของความรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้จากบุคลากรทางการแพทย์ และการส่งเสริมเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ (Darvishpour et al., 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (Thongma, 2020)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมนี้อประกอบด้วยกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสื่อสารสองทาง เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัดสินใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Prayai et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบข. โมเดล ตามหลัก 3 อ. 3 ลด พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Ayoh et al., 2022)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกายพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีความดันโลหิต <120/80 mmHg เนื่องจากโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferri et al. (2017) พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ส่งผลต่อผลลัพธ์ให้ค่าความดันโลหิตลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีการลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตที่เป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงนี้ อาจเป็นผลมาจากการสื่อสารสุขภาพส่งผลต่อความรู้สุขภาพที่สูงขึ้น โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (Du et al., 2018)

การวิจัยนี้พบว่า แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น แต่ไม่มีผลต่อดัชนีมวลกาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภาฤดี พันธุ์พรม และคณะ ที่พบว่าดัชนีมวลกายของประชาชนกลุ่มที่ใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเอง ลดลงเหลือน้อยกว่าก่อนทดลองและลดลงเหลือน้อยกว่าประชาชนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(Phanphrom et al., 2017) เนื่องจากมีระยะเวลาดำเนินการสั้นเพียง 6 สัปดาห์ และอาจต้องใช้เวลาให้กลุ่มตัวอย่างได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงจะส่งผลต่อดัชนีมวลกาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง จนเป็นพฤติกรรมสุขภาพประจำของตนเองเพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ หรือผลลัพธ์ทางคลินิก เช่นระดับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต

2. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรนำแนวคิดการสื่อสารสุขภาพไปใช้กำหนดนโยบายในส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัจเจกบุคคล รวมถึงส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรสุขภาพให้สามารถเทคนิคในการสื่อสารสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสื่อสารสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มอื่น โดยมุ่งเน้นจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- Ayoh, N., Sittisart, V., & Na Wichia, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 5(2), 129-139. (in Thai)
- Burat, C., Sutta, O., & Ngamthuan, S. (2020). *The results of the health literacy promotion program on the behavior of preventing high blood pressure among those at risk for high blood pressure, Ban Rai Khee, Rai Khee Subdistrict, Lue Amnat District, Amnat Charoen Province*. Amnat Charoen Provincial Public Health Office. http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/1p16.pdf (in Thai)
- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2018). *Annual Report 2018*. Graphic and Design Publishing House. (in Thai)
- Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.

- Chomai, P., & Pranprawit, A. (2015). Study of the results of the health promotion program in changing health behavior of groups at risk for high blood pressure in Ban Khao Din Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Phanom District, Krabi Province. *Pitchayathas Graduate School Journal*, 10(1), 15-24. (in Thai)
- Darvishpour, J., Omid, S., & Farmanbar, R. (2016). The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. *Caspian Journal of Health Research*, 2(1), 1-8.
- De Schutter, A., Lavie, C. J., & Milani, R. V. (2014). The impact of obesity on risk factors and prevalence and prognosis of coronary heart disease—the obesity paradox. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4), 401-408.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Report on the results of the assessment of health literacy and health behavior 2018*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301-309.
- Ekpalakorn, W. (2021). *Survey of Thai people's health by physical examination, 2019-2020*. Akson Graphic and Design. (in Thai)
- Ferri, C., Ferri, L., & Desideri, G. (2017). Management of hypertension in the elderly and frail elderly. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 24, 1-11.
- Health Data Center: HDC. (2023). *Medical and health archives system*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Miller, S. J., Foran-Tuller, K., Ledergerber, J., & Jandorf, L. (2017). Motivational interviewing to improve health screening uptake: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 190-198.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Phanphrom, P., Rodjakpai, Y., & Wirutsettasin, K. (2017). The results of the weight-control program on applying the concept of self-regulation towards body mass index of people who were overweight. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 44-59. (in Thai)
- Prayai, N., Kramanon, S., & Koomsiri, P. (2021). Motivational interviewing (MI): Review article. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 61-74. (in Thai)
- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-56 (in Thai)