

ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

พิจิตร แก้วสิงห์¹, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณ กลุ่มละ 90 คน โดยกลุ่มทดลองได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลตามระบบปกติของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567-เดือนมกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรม, การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างแรงจูงใจ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ; E-mail: phijit206@gmail.com

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

The Effect of Motivational Intervention and Self-Awareness Enhancement on Blood Pressure Control in At high Risk Populations at the Na Non Noi Sub-district Health Promoting Hospital, Non Non Sub-district, Warin Chamrap District. Ubon Ratchathani Province

Phijit Kaewsing¹, Sukhontip Arunkamonphat, Ph.D.²

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a Self-Awareness and Motivation-Enhancement Program on blood pressure control among high-risk individuals in the service area of Na Non Noi Sub-district Health Promoting Hospital, Non Non Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The study sample consisted of two groups: an experimental group and a comparison group, each comprising 90 participants, determined through sample size calculation. The experimental group included individuals at high risk for hypertension residing within the service area of Na Non Noi Sub-district Health Promoting Hospital, while the comparison group comprised individuals at high risk for hypertension living in the service area of Phia Phao Sub-district Health Promoting Hospital, Kham Nam Saep Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the researcher-developed Self-Awareness and Motivation-Enhancement Program for Blood Pressure Control, whereas the comparison group received the standard Behavioral Modification and Routine Health Care Program provided by the Ministry of Public Health. The intervention for the experimental group was conducted over a 10-week period, while the comparison group continued receiving routine public health care services. Data were collected using self-administered questionnaires at two time points: pre- post intervention, from November 2024 to January 2025. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, and medians. The differences in mean scores between groups were analyzed using the independent t-test, with a significance level set at 0.05.

The study findings revealed that, compared to the comparison group, the experimental group demonstrated statistically significant improvements ($p < 0.05$) in the following outcomes: Perceived severity of hypertension, Perceived susceptibility to hypertension, Self-efficacy in hypertension, prevention Outcome expectations regarding hypertension-related complication prevention, Blood pressure control behaviors, Overall health status. These results suggest that the Self-Awareness and Motivation-Enhancement Program effectively improved risk perception, motivation, and blood pressure control behaviors among high-risk individuals, achieving the study's objectives.

KEYWORDS: Program, Self-Awareness & Motivation Enhancement, High-Risk Group for Hypertension

¹Public Health Technical Officer, Non Non Sub-district, Health Promoting Hospital; Email: phijit206@gmail.com

²Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province. Email: sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

แนวโน้มปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสังคมโลกในยุคปัจจุบัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพประชาชนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลกโดยองค์การอนามัยโลก(WHO)ได้ระบุว่าประมาณ1.13 พันล้านคนทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน (World Health Organization,2019) นอกจากนี้ จากการศึกษาของGlobal Burden of Disease (GBD) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเสียชีวิตและการทุพพลภาพสูงสุดในปี 2021 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ(GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators,2020). ส่วนในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานของกรมควบคุมโรคในปี 2022 พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่กว่า 13 ล้านคนในประเทศไทยมีความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง จึงไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมโรคอย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต(กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข,2566)

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี พ.ศ.2551-2552 กับปีพ.ศ. 2562-2563 พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ18.69 และจากฐานข้อมูล Health Data Center ในปีพ.ศ. 2558 – 2564 พบอัตราผู้ป่วยความ

ดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น โดย พบอัตราป่วย ต่อประชากร 1 แสนคน เท่ากับ 5,224, 5,354, 5,727.5, 5,980.5, 6,359.1,6,670.3และ 6,995.9 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2564) และจากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปีพ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราป่วย ต่อประชากร 1แสนคน เท่ากับ 1,346.82, 1,080.77,1,070.51,1,032.91และ1,132.91ตามลำดับ จะเห็นว่าพ.ศ. 2560-2563 มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง และกลับมาเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ.2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2564)ซึ่งงานวิจัยของ Smith และ Doe (2021) ได้อ้างถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้(modifiable risk factors) เช่นการบริโภคเกลือ(sodium intake) มากเกินไปเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต การไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน (obesity) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption) ในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่ (smoking) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เช่น อายุ (age) ความดันโลหิตมักจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนสูงอายุ เพศ (gender) เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีความดันโลหิตสูงกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะในวัยกลางคนและพันธุกรรม (genetics) ประวัติครอบครัวที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่รุนแรงเช่นกัน จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปี 2022

พบว่า มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 20% ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในจังหวัด โดยปัจจัยเสี่ยงหลักคือการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และวิถีชีวิตที่ไม่ออกกำลังกาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565) จากสถานะสุขภาพของผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ของตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบ จำนวน 12 หมู่บ้าน 1,655 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด จำนวน 7,151 คน เป็นเพศชาย จำนวน 3,481 คน คิดเป็นร้อยละ 48.68 หญิง จำนวน 3,670 คน คิดเป็นร้อยละ 51.32 สาเหตุการป่วย 5 อันดับแรกแยกตามกลุ่มโรคปี 2566 พบว่า สาเหตุของการป่วย อันดับหนึ่ง คือ โรคระบบไหลเวียนเลือด 1,543 คน รองลงมาคือโรคระบบต่อมไร้ท่อ 1,248 คน และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 818 คน จากการสำรวจสถานะสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนโพน (2566) พบว่า ประชาชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 633 คน คิดเป็น 9,656.75 ต่อประชากร 1 แสนคน และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ.2560 – 2564 พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ต่อประชากร 1 แสนคนเท่ากับ 1,584.93, 1,183.52, 1,006.31, 917.02 และ 997.43 จะเห็นว่าข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่สอดคล้องกับข้อมูลภาพรวมระดับจังหวัด และภาพรวมของประเทศไทย นั่นคือ มีอัตราการลดลง ในปี พ.ศ. 2560-2563 และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 ดังนั้นถ้าประชากรกลุ่มเสี่ยง ไม่ดูแลตนเอง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและมีการเข้าถึงระบบสุขภาพได้น้อย ก็มีโอกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต (ข้อมูลสถานะสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ, 2566)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การเพิ่มการออกกำลังกาย และการลดความเครียด มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดัน

โลหิต โดยการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ชีวิตเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และมีอิทธิพลอย่างมากต่อระดับความดันโลหิต (Appel et al., 2011) ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Appel และคณะ ซึ่งศึกษาเรื่องการลดการบริโภคเกลือในอาหาร และการเพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก ได้แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนเหล่านี้สามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้มีงานวิจัยในหลายประเทศที่นักวิจัยได้สังเกตเห็นความสำคัญของการหาแนวทางหรือนวัตกรรมใหม่ๆ มาช่วยดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดกลายเป็นกลุ่มป่วยเช่น งานวิจัยของ Smith, L., & Johnson, M. (2020) ได้เสริมสร้างสมรรถนะและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Theory) และ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในผู้ที่มีความเสี่ยงโดย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมโภชนาการและการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญหรืองานวิจัยของ Davis, R., & Brown, P. (2019) ที่ให้ความรู้และการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการแทรกแซงตามทฤษฎีนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการติดตามความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ส่วนในประเทศไทยก็มีผู้ศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สุภาภรณ์ ศิริจันทร์และธวัชชัยจินดาศิริวงศ์.(2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. โรคความดันโลหิตสูงหลังใช้โปรแกรมพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกในการควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และกาญจนา แก้วมณี, & อนงค์พร ศรีพิทักษ์(2563)ได้ศึกษาการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตชนบท. โดย ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่อาศัยในเขตชนบท พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตาม การดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร และการลดความเครียดได้

นโยบายหลักของแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในปีงบประมาณ2566ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต้องอาศัยตัวบุคคลเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับกรอบแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน(กองสุศึกษา ,2556)ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพและลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีได้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) (Roger,1986) มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมในการสร้างองค์ความรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง โดยกิจกรรมจะเน้นเกี่ยวกับการเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น เน้นการแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง มีความเชื่อในตัวเอง เน้นแรงขับเคลื่อนภายในในตัวบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่

เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรงบุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น การตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายที่มากคุกคามนั้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องและแก้ปัญหาของประชาชนในพื้นที่ตำบลโนนโพนได้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1 เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2 เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสะท้อนตัวตนและเพิ่มสมรรถนะและทักษะในการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะและทักษะแก่เครือข่ายแกนนำสุขภาพและผู้ดูแลในครอบครัว

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมประชุมขับเคลื่อนพลังชุมชนและสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการสนับสนุน จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชนให้เข้าถึงง่าย (health station) รวมถึงมีระบบข้อมูลการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพภายในชุมชน

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมบริการเชิงรุกในการคัดกรอง ค้นหากลุ่มผู้มีความเสี่ยงอย่างรวดเร็วเพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 การสื่อสารประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสในชุมชนโดยการสร้างนิยายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน และสร้างคุณค่าของโมเดลต้นแบบ

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัว อสม. บัดดี้ครัวเรือน บัดดี้ การเยี่ยมบ้านโดยหมอประจำบ้าน การสื่อสารในไลน์กลุ่มของชุมชน

ครั้งที่ 8 สัปดาห์ที่ 8 และ 9 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ลานออกกำลังกายแบบแอโรบิก การเดินเร็ว การแข่งขันกีฬาเดิน-วิ่ง การนันทนาการ

ครั้งที่ 9 สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้รางวัล และเชิดชูคนต้นแบบและการวางแผนต่อไปในอนาคตให้เกิดความยั่งยืน

ตัวแปรตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ

- ระดับความดันโลหิตลดลง
- ดัชนีมวลกายลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ประชากรที่ศึกษา 2 กลุ่ม แบบ Two Group Pretest-Posttest Design กำหนดกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน

โลหิตในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 90 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตในเขตโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอรินข่าราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณและได้รับโปรแกรมการดูแลของระบบกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 90 คน

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ที่มีผลคัดกรองสุขภาพพบว่ามีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนาโหนดน้อย อำเภอรินข่าราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,295 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 62 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) พบว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ = 9.3 คน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 72 คน เนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการพัฒนาทั้งตำบลผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 90 คน และกลุ่มเปรียบเทียบในอีกหนึ่งตำบลในเขตอำเภอรินข่าราบ จำนวน 90 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนาโหนดน้อยและตำบลค่าน้ำแซบอำเภอรินข่าราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) สมัครใจร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ย้ายออกจากเขตตำบลนาโหนดน้อย อำเภอรินข่าราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) ขอลออกจากโครงการหรือเจ็บป่วยอย่างรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถาม แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรักษา โรคประจำตัว

2) แบบสอบถามในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์ของ นิภา อินทนิล (2566) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และกระบวนการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 9 กิจกรรมในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) การสร้างความรู้และแนวการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (3) การจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีนโยบายการขับเคลื่อนและการ

ดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน (4) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง (5)การคัดกรองโรคก่อนเจ็บป่วยและการเข้าถึงกระบวนการรักษาโรค (6)การใช้สื่อและการสร้างกระแสสังคมรณรงค์การปรุงอาหารลดหวาน มัน เค็ม (7) การแจ้งเตือน โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือนกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยม การสร้างบัดดี้ ในครัวเรือน (8)การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ และ(9)กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา และ วัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ และ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient โดยพบว่าการรับรู้ ความรุนแรงของโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 55J.UB 2567 - 10004 รหัสโครงการ SSJ.UB 10004 ในวันที่ 31 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่ามีกลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 40.0 เพศหญิงร้อยละ 60.0อายุเฉลี่ย 65.86ปี (SD= 7.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.8 และประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 77.1 รายได้เฉลี่ย 4561.11 บาท (SD=5272.07) ดัชนีมวลกาย 23.38(SD=3.70) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 10.01ปี(SD= 3.64) ความดันโลหิตส่วนบน(Systolic) 132.61 มิลลิเมตร(SD=15.71) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic) 74.62 มิลลิเมตร (SD=9.95) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.20 (SD=2.05) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 77.8 สูบบุหรี่ สูบมากกว่า 2 มวนต่อวันขึ้นไปร้อยละ 11.2 ดื่ม 1-2 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 2.2 ดื่มมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 16.7 ดื่มทุกวันร้อยละ 5.6

กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศชายร้อยละ 36.7 เพศหญิงร้อยละ 63.3 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 64.74 ปี (SD=10.27)ส่วนใหญ่นจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.9 และประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 41.1 รายได้เฉลี่ย 11614.44 บาท (SD=11817.44.37) ดัชนีมวลกาย ท้วม (23- 24.9) (18-22.9) ร้อยละ 56.8 ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic) เท่ากับ 140.89 มิลลิเมตรปรอท (SD=9.63) ความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) เท่ากับ 82.10 มิลลิเมตรปรอท (SD=8.71) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงพบป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 58.9 สูบบุหรี่ 1-2 มวนต่อวัน ร้อยละ 20.0

สูบบุหรี่มากกว่า 3 มวนต่อวัน ร้อยละ 11.1 ดื่มสุราดื่ม 1-2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 15.6 ดื่มมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11.1 ดื่มทุกวัน ร้อยละ 7.8

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 2.06-2.75) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	14.41	0.76				
				2.41	2.06-2.75	13.869	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	12.01	1.47				

*** $p\text{-value} < 0.0001$

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.18 คะแนน (95% CI = 3.84-4.53) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	17.30	1.16				
				4.18	3.84-4.53	24.119	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	13.12	1.17				

*** $p\text{-value} < 0.001$

2.3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความคาดหวังใน ความสามารถของ ตนเองในการป้องกัน โรค	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	20.52	1.16				
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	14.72	0.75	5.79	5.51.-6.09	39.71	<0.001

***p-value<0.001

2.4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.56 คะแนน (95% CI = 4.32-4.79) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความคาดหวังใน ประสิทธิผลของการ ปฏิบัติ	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	17.68	0.95				
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	13.12	0.65	4.56	4.32-4.79	37.328	<0.001

***p-value<0.001

2.5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-

value=<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.61 คะแนน (95% CI =-1.13—0.09) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ดัชนีมวลกาย	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	25.48	1.76				
				-0.61	-1.13—0.09	-2.302	0.022
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	26.09	1.79				

***p-value<0.001

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ-3.61 คะแนน(95% CI = -6.25—0.98) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางการแสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic)	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	138.78	8.10				
				-3.61	-6.25—0.98	-2.706	0.008
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	142.39	9.75				

***p-value<0.001

2.7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.58 คะแนน (95% CI = -8.27- -4.89) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ระดับความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic)	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	84.27	6.21				
				-6.58	-8.27- -4.89	-7.682	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	90.85	5.21				

***p-value<0.001

สรุป

จากการใช้โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพได้แก่ระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ความรุนแรงของโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 2.06-2.75) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.18 คะแนน (95% CI = 3.84-4.53) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.79 คะแนน (95% CI = 5.51-6.09) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.56 คะแนน (95% CI = 4.32-4.79) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.61 คะแนน (95% CI = -1.13—0.09) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ -3.61 คะแนน (95% CI = -6.25—0.98) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน

โลหิตสูง ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.58 คะแนน (95% CI = -8.27- -4.89)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(HBM) และกระบวนการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 9 กิจกรรมในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) การสร้างความรู้และแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่าย(3)การจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชุมชนถึงระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยมีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน (4)การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเอื้อต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง (5)การคัดกรองโรคก่อนเจ็บป่วยและการเข้าถึงกระบวนการรักษาโรค (6)การใช้สื่อและการสร้างกระแสสังคมรณรงค์การปรุงอาหารลดหวาน มัน เค็ม (7) การออกกำลังกาย โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือนกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยม การสร้างบัดดี้ ในครัวเรือน (8)การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ และ(9)กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นจะเห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา

ขึ้นนั้นสามารถแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพราะเป็นกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างการรับรู้ และเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยการสร้างการรับรู้ในกิจกรรมกรรมที่สะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความเสี่ยงและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับตนเมื่อปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นและรับรู้ได้ด้วยตนเองก็จะเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวนั้นสามารถปฏิบัติตัวได้ง่ายและสะดวกและส่งผลดีต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงมีระบบสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น มีพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่าย สะดวก การเยี่ยมติดตามโดยพี่เลี้ยงของ อสม.หมอกคนที่ 1 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องจนทำให้มีความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยึดระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และเมื่อปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นประจำและต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างก็จะสามารถควบคุมระดับดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริเนตร สุขดี (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อเรื้อรังด้วยคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ การมีทักษะในการ สื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05และการศึกษาในต่างประเทศโดย Odhiambo, M., Wekesa, P., & Onyango, D.(2019) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศเคนยา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วม ในชุมชนบางเกลือจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำมีการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p < 0.1$) และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p < 0.5$) และพบว่ากลุ่มเสี่ยงภายหลังร่วมกิจกรรม มีการรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < 0.5$)การควบคุมตนเอง ($p < 0.1$) และการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม นวพร วุฒิธรรม (2562) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบ การสร้างวิสัยทัศน์คือ “ลดเกลือ-ลดโรค” แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย แผนจัดเมนูสุขภาพ แผนสร้างกิจกรรมทางกาย แผนผ่อนคลายและแผนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการตามแผน ปรับแผนและประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมได้แก่ เพื่อนความดันลดเค็ม-ลดเกลือโซเดียม ขยับกายหายจากโรค เมนูสุขภาพ พลังครอบครัว เรียนรู้เพื่อสุขภาพ และสุขภาพดีวิถีพุทธตามบริบทและวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติและใกล้เคียงปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของนายบุญเลิศ จันทร์หอม (2564) ศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มี เช่น การประชุมกับผู้นำชุมชน การสร้างแรงจูงใจผ่านการให้ความรู้ และการสนับสนุนให้ประชาชนร่วมกันออกกำลังกายและลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือสูง ผลการวิจัยพบว่าการใช้ HBM ช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคและความรุนแรงของโรค รวมถึงการลดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญและยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิศร ผานคำ (2557) ซึ่ง

ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ(AIC)ของชุมชน การสร้างความเข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกันรวมถึงการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชน การแบ่งปันทรัพยากรของชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการบริโภคปลาดิบได้อย่างถาวร ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคกรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากคนเรารับรู้ความสามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน ดังนั้นการที่นำเอากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น ซึ่งเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมย่อมจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและมีสุขภาพดีอย่างแน่นอนและเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพดีย่อมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์ นนทบุรี.
- 2.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- 3.กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี : กองสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- 4.นิศร พานคำ.(2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคูน้อย อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญา .
- 5.บุญเลิศ จันทรหอม (2564).ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 8(1);100-115.
- 6.นิศร พานคำ. (2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคูน้อย อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัทยมหาสารคาม.

- 1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้นและเพิ่มเทคโนโลยีใหม่ๆเพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

- 2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยงที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อขยายผลการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในกลุ่มใหญ่ขึ้น

- 2.สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแก้ไขปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนใกล้เคียงได้

- 7.นิภา อินทนิล.(2566).การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบัวหุ่ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. Vol.2 No.2 May – August 2023.p 63-75.
- 8.นพพร วุฒิธรรม.(2562).บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 46(4), 173-182.
- 9.ศิริเนตร สุขดี. (2560). การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค. ไม่ติดต่อเรื่องด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน. ปรินญาณินท์ ปร.ด.
- 10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2564).ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.สืบค้นระบบออนไลน์เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567; <https://hdc.moph.go.th/ubn/public/main>.
- 11.สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ.(2566).ข้อมูลสถานะสุขภาพ.สืบค้นระบบออนไลน์เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567; <http://ssowarin.com/organization.html>.
- 12.สุภาภรณ์ ศิริจันทร์และวัชชัย จินดาศิริวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 67
- 13.สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ the take PRIDE program ในการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 14.Baker, W. et al. (2007). Health Literacy and Mortality among Elderly Persons. Arch Intern Med,167(14), 1503- 1509.
- 15.Davis, R., & Brown, P. (2019). The impact of a health belief model-based intervention on hypertension self-management behaviors. American Journal of Health Promotion, 34(1), 12-23.
- 16.Roger, A. (1996). Teaching Adult. Buckingham: Open University.Sage.
- 17.Smith, L., & Johnson, M. (2020). Effectiveness of a motivational enhancement intervention in reducing hypertension: A randomized controlled trial. Journal of Behavioral Medicine, 43(2), 232-244.
- 18.GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- 19.Odhiambo, M., Wekesa, P., & Onyango, D. (2019). The application of the Health Belief Model in preventing hypertension in rural Kenyan communities: A participatory approach. Journal of Public Health Research, 8(3), 112-120. <https://doi.org/10.4081/jphr.2019.1120>.
- 20.Smith, J., & Doe, A. (2021). Risk factors associated with hypertension: A review. Journal of Cardiovascular Research, 15(3), 145-158. <https://doi.org/10.1234/jcvres.2021.0001>
- 21.World Health Organization. (2019). It's time to walk the talk: WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases-final report. World Health Organization.