

## ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีแก้ว อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

พวงทอง เชาว์ศรีกุล, ส.บ.<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ การฝึกทักษะสุขภาพ การติดตามพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 10 สัปดาห์ 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test มีระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 2.56 (S.D. = 0.13) เป็น 3.90 (S.D. = 0.58) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 2.66 (S.D. = 0.14) เป็น 3.91 (S.D. = 0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 151.41 (S.D. = 8.85) เป็น 132.68 mmHg (S.D. = 5.69) ( $p < 0.001$ ) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 81.97 (S.D. = 9.97) เป็น 75.88 mmHg (S.D. = 3.21) ( $p = 0.002$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมการรับรู้ พฤติกรรมป้องกันโรค และลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

**คำสำคัญ:** ความดันโลหิตสูง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การควบคุมความดันโลหิต

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีแก้ว อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ, E-mail: puangthong2019@gmail.com

**Effects of a health belief model-based behavioral modification program on preventive health behaviors and blood pressure levels among patients with uncontrolled hypertension at Ban Srikaew sub-district health promoting hospital, Siratana district, Sisaket province**

Puangthong Chouwsrikul, B.P.H.<sup>1</sup>

**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a behavior modification program based on the Health Belief Model on hypertension preventive behaviors and blood pressure levels among patients with uncontrolled hypertension. The research design was a two-group pretest-posttest design. The sample consisted of 64 patients with uncontrolled hypertension, divided into an experimental group of 32 and a comparison group of 32. The research instruments consisted of: 1) a behavior modification program based on the Health Belief Model, comprising activities to promote health perceptions, health skills training, behavior monitoring, and social support, conducted over 10 weeks; and 2) questionnaires consisting of general information, a Health Belief Model perception scale, a hypertension preventive behavior assessment, and a blood pressure record form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, namely a t-test. The study was conducted from March to May 2026.

The results showed that after participating in the program, the experimental group's mean score of Health Belief Model perceptions increased from 2.56 (S.D. = 0.13) to 3.90 (S.D. = 0.58), and the mean score of hypertension preventive behaviors increased from 2.66 (S.D. = 0.14) to 3.91 (S.D. = 0.65), with statistical significance ( $p < 0.001$ ). Systolic blood pressure decreased from 151.41 (S.D. = 8.85) to 132.68 mmHg (S.D. = 5.69) ( $p < 0.001$ ), and diastolic blood pressure decreased from 81.97 (S.D. = 9.97) to 75.88 mmHg (S.D. = 3.21) ( $p = 0.002$ ). When comparing between groups after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of perceptions and preventive behaviors than the comparison group and had significantly greater reductions in systolic and diastolic blood pressure than the comparison group ( $p < 0.001$ ). Conclusion: The behavior modification program based on the Health Belief Model was effective in improving perceptions, preventive behaviors, and blood pressure control in patients with uncontrolled hypertension.

**Keywords:** hypertension, Health Belief Model, behavior modification, blood pressure control

---

<sup>1</sup> Public Health Technical Officer, Ban Srikaew sub-district health promoting hospital, Siratana district, Sisaket province, E-mail: [puangthong2019@gmail.com](mailto:puangthong2019@gmail.com)

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพของทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี 2023 มีประชากร 1.28–1.4 พันล้านคนมีภาวะความดันโลหิตสูง (WHO, 2023) การไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 20 ล้านรายต่อปีทั่วโลก (Mensah et al., 2023) มีการประมาณการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมผลกระทบจากความดันโลหิตสูง คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของงบประมาณสุขภาพทั่วโลก หรือมากกว่า 8 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (World Heart Federation, 2023) ในประเทศไทย ปี 2567 พบว่า ร้อยละ 25 ของประชากรไทยวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงและในจำนวนนั้นควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 30 ซึ่งส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคเกลือสูงและการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เป็นต้น (WHO Thailand, 2023)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,200.50, 1,250.75 และ 1,300.80 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวน 1,968.88, 1,936.44 และ 1,858.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2568) และพบว่าอำเภอศรีรัตนะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3,500.00, 3,750.00 และ 4,000.00 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีแก้ว มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 700 คน ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของอำเภอ เป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2568)

แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวสัมพันธ์กับปัจจัยด้านบริบททางสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (สิริกันต์ เตชะวนิช, 2563) ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ (WHO, 2023) รวมถึงปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดความตระหนักรู้ (Lin et al., 2020)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) อธิบายว่าบุคคลจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่าคุณสมบัติเสี่ยงต่อโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง โดยเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าอุปสรรค ร่วมกับการมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำและความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง โดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมที่อิงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความดันโลหิตความร่วมมือในการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Islam et al., 2025) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Alyafei และ Easton-Carr (2024) ที่พบว่าการศึกษาโอกาสเสี่ยงสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมรับประทานยาและการควบคุมอาหาร งานวิจัยเชิงทดลองในต่างประเทศพบว่าโปรแกรมตามทฤษฎีนี้ช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 8.2 mmHg และลดการบริโภคโซเดียมได้อย่างมีนัยสำคัญ (Wang et al., 2024) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าโปรแกรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคและลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (จุฑามาศ ใหม่แยม และคณะ, 2567) แม้จะมีการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้วหลายการศึกษา แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในระดับชุมชนเมืองหรือในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการนำทฤษฎีมาใช้ในการศึกษาผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในบริบท

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทของจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร และผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเฉพาะถิ่น

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิต งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระโรคในพื้นที่

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรม

#### สมมุติฐานการวิจัย

หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ Quasi-experimental study แบบ two group pretest-posttest design ระหว่าง มีนาคม - พฤษภาคม 2569 ระยะเวลา 10 สัปดาห์

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และอาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีแก้ว อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 259 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้  $G^*$  power โดยใช้สถิติ Independent t-test อ้างอิงขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ อภิญา อุบลสะอาด (2567) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ คำนวณได้ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ effect size  $\approx 0.8$  ไปคำนวณในโปรแกรม  $G^*$ Power ภายได้เงื่อนไข  $\alpha = 0.05$  และ power = 0.85 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน และป้องกันการสูญหายร้อยละ 5 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คนต่อกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 คัดเลือกกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าในพื้นที่ รพ.สต.บ้านศรีแก้ว จำนวน 259 คน คำนวณช่วงการสุ่ม  $K = 259/32 \approx 8$  เลือกตัวอย่างรายแรกด้วยการจับสลากจากหมายเลข 1-8 แล้วเลือกทุกลำดับที่ 8 จนครบ 32 คน ขั้นที่ 2 คัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) จากทะเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าในพื้นที่รพ.สต.บ้านพิงพวยได้

โดยจับคู่รายบุคคลกับกลุ่มทดลอง (matched pairs) ด้วยเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน และระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน เพื่อควบคุมปัจจัยกวน จนครบ 32 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีอายุ 35-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ปฏิเสธหรือขอลถอนตัว มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างโปรแกรม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ

และชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม 2) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน 3) การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบเพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การสาธิตและฝึกทักษะการบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม และลดโซเดียม 5) การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด 6) การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางกระตุ้นเตือนและสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 7) การประกวดบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชน 9) การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม และ 10) การมอบเกียรติบัตรและสรุปผลการดำเนินกิจกรรม โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 และมีกิจกรรมของโปรแกรมตามองค์ประกอบของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับกิจกรรมของโปรแกรม

| องค์ประกอบของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ                     | ความสัมพันธ์กับกิจกรรมของโปรแกรม                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) | กิจกรรมที่ 2, 3, 4, 8 และ 9 ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การสะท้อนค่าความดันโลหิตรายบุคคล การเรียนรู้จากต้นแบบ การติดตามพฤติกรรมรายบุคคล และการรณรงค์ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง |
| 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)               | กิจกรรมที่ 2, 3 และ 4 ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การใช้สื่อวีดิโอกรณีศึกษา และต้นแบบต้นแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และครอบครัว                                                                       |
| 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits)          | กิจกรรมที่ 4, 5, 6, 8, 9 และ 10 ได้แก่ การเรียนรู้จากต้นแบบด้านบวก การฝึกทักษะการบริโภคอาหารลดโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การติดตามผล การคัดเลือกบุคคลต้นแบบ และการเสริมแรงทางบวก                                                     |
| 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived barriers)           | กิจกรรมที่ 5, 6, 7 และ 8 ได้แก่ การฝึกเลือกอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การออกกำลังกายที่ปฏิบัติได้จริง การติดตามผ่านกลุ่มไลน์ และการเยี่ยมบ้านเพื่อร่วมแก้ไขอุปสรรครายบุคคล                                                                |

| องค์ประกอบของทฤษฎีแบบแผนความ<br>เชื่อด้านสุขภาพ | ความสัมพันธ์กับกิจกรรมของโปรแกรม                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. สิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำ (Cues to action)  | กิจกรรมที่ 7, 8, 9 และ 10 ได้แก่ การแจ้งเตือนผ่านกลุ่มไลน์ การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรม การติดตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเยี่ยมบ้าน การรณรงค์ในชุมชน การคัดเลือกบุคคลต้นแบบ และการมอบเกียรติบัตร         |
| 6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)  | กิจกรรมที่ 4, 5, 6, 7, 8 และ 10 ได้แก่ การเรียนรู้จากตัวแบบ การฝึกปฏิบัติจริง การบันทึกและกำกับพฤติกรรมตนเอง การให้คำปรึกษารายบุคคล การเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ |

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน รวม 30 ข้อ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ภาพรวมเท่ากับ 0.90 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล ยี่ห้อ Omron ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงจากโรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2569

2.3 เครื่องวัดความเค็มในอาหาร ยี่ห้อ HM Digital SB-1500PRO ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงจากโรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2569

2.4 สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และองค์ประกอบของโปรแกรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้สำหรับบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาตรฐานตามนัด บันทึกการเยี่ยมบ้าน และระดับความดัน

โลหิตของตนเอง โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ภาพรวมเท่ากับ 0.84

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัย ดังนี้

**ระยะเตรียมการ** เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลบริบทของพื้นที่ จัดทำและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำเครื่องมือทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงเชิงเสนอโครงการวิจัยพร้อมเครื่องมือที่เกี่ยวข้องต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ประสานงานเพื่อสอบเทียบเครื่องวัดความดันโลหิต เตรียมความพร้อมของทีม จัดประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง

## ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ 10 กิจกรรม ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (X1-X8) ดำเนินกิจกรรมเริ่มต้นโปรแกรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง การเรียนรู้จากตัวแบบทั้งด้านบวกและลบ การสร้างการรับรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน การสาธิตและฝึกทักษะด้านโภชนาการตามแนวทาง DASH Diet การออกกำลังกาย และการจัดการ

ความเครียด รวมถึงการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อการติดตาม และชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกบุคคลต้นแบบ

สัปดาห์ที่ 2 (X9) ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยประชาสัมพันธ์ความรู้ ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นการรับรู้และลดพฤติกรรมเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 (S1-S3) ติดตามผลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยวัดระดับความดันโลหิต ตรวจสอบสมุดบันทึกพฤติกรรม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 3, 5, 7 และ 8 (T1-T4) เยี่ยมบ้าน รายบุคคลร่วมกับอสม. เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยา การวัดความเค็มในอาหาร ให้คำปรึกษา และเสริมแรงใจ โดยมีการคัดเลือกบุคคลต้นแบบใน สัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 10 (X10) ประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) โดยเก็บข้อมูลซ้ำ วัดระดับความดันโลหิต สรุปผลโปรแกรม ให้ข้อเสนอแนะรายบุคคล และมอบ รางวัลแก่บุคคลต้นแบบ

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการ ทดลองด้วยแบบสอบถามและการวัดความดันโลหิต สัปดาห์ที่ 2-10 ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**ระยะประเมินผลหลังทดลอง** ดำเนินการเก็บข้อมูล หลังการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

#### **สถิติที่ใช้ในการวิจัย**

1.ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ทดสอบการกระจายของ ข้อมูลด้วย One-Sample Kolmogorov-Smirnov test

ได้ การกระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่ อิสระ (Paired t-test)

3.เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม โดย ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย One-Sample Kolmogorov-Smirnov test ได้ การกระจายแบบปกติ จึงใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ ใช้สถิติการทดสอบที ชนิดอิสระ (Independent t-test)

#### **จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2026-055 ระยะเวลา รับรองตั้งแต่วันที่ 11 มีนาคม 2569 ถึง 10 มีนาคม 2570 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนาม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยการเข้า ร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษา เป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่ระบุตัว บุคคล

#### **ผลการวิจัย**

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ทั้งสอง กลุ่มมีสัดส่วนเพศเท่ากัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 53.13 และเพศหญิงร้อยละ 46.88 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 54.66 ปี (S.D. = 6.88) และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 55.03 ปี (S.D. = 6.76) ด้านสถานภาพสมรส ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.88 เท่ากัน ด้าน ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 65.63 และกลุ่ม เปรียบเทียบร้อยละ 71.88 ด้านอาชีพ กลุ่มทดลองส่วน

ใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.88 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 43.75 ด้านความพอเพียงของรายได้ครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 43.75 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 68.75 ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.38 และ 81.25 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลองไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 46.88 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ดื่มร้อยละ 78.13 ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่รับประทานยาทุกวันตามแพทย์สั่ง โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 90.63 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 65.63 ด้านการตรวจตามนัด ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 87.50 และ 75.00 ตามลำดับ ด้านระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 151.41 mmHg (S.D. =

8.85) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 81.97 mmHg (S.D. = 9.97) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 154.72 mmHg (S.D. = 7.57) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 83.88 mmHg (S.D. = 4.92) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square test และ Independent t-test พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาลดความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกัน ยกเว้นพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ( $p = 0.035$ ) ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการเปรียบเทียบความเหมือนกันของสองกลุ่มก่อนการทดลองด้วยสถิติ Chi-square และ Independent t test

| ข้อมูลทั่วไป                                 | กลุ่มทดลอง<br>(32) | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(32) | $\chi^2/t$          | p-value |
|----------------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|---------|
| <b>เพศ</b>                                   |                    |                          | 0.000 <sup>a</sup>  | 1.000   |
| ชาย                                          | 17 (53.13)         | 17 (53.13)               |                     |         |
| หญิง                                         | 15 (46.88)         | 15 (46.88)               |                     |         |
| <b>อายุ (ปี) <math>\bar{x}</math> (S.D.)</b> | 54.66 (6.88)       | 55.03 (6.76)             | -0.220 <sup>b</sup> | 0.827   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                           |                    |                          | 0.277 <sup>a</sup>  | 0.871   |
| โสด                                          | 2 (6.25)           | 3 (9.38)                 |                     |         |
| คู่                                          | 23 (71.88)         | 23 (71.88)               |                     |         |
| หม้าย/หย่า/แยก                               | 7 (21.88)          | 6 (18.75)                |                     |         |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>                   |                    |                          | 3.710 <sup>a</sup>  | 0.295   |
| ไม่ได้เรียน                                  | 2 (6.25)           | 5 (15.63)                |                     |         |
| ประถมศึกษา                                   | 21 (65.63)         | 23 (71.88)               |                     |         |
| มัธยมศึกษา                                   | 8 (25.00)          | 4 (12.50)                |                     |         |
| อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป                    | 1 (3.13)           | 0 (0.00)                 |                     |         |
| <b>อาชีพ</b>                                 |                    |                          | 6.732 <sup>a</sup>  | 0.081   |
| เกษตรกร                                      | 23 (71.88)         | 14 (43.75)               |                     |         |
| รับจ้าง                                      | 5 (15.63)          | 9 (28.13)                |                     |         |

| ข้อมูลทั่วไป                                                     | กลุ่มทดลอง<br>(32) | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>(32) | $\chi^2/t$          | p-value |
|------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|---------|
| ค้าขาย                                                           | 0 (0.00)           | 3 (9.38)                 |                     |         |
| แม่บ้าน                                                          | 4 (12.50)          | 6 (18.75)                |                     |         |
| <b>ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว</b>                              |                    |                          | 4.111 <sup>a</sup>  | 0.128   |
| เพียงพอ มีเงินออม                                                | 8 (25.00)          | 4 (12.50)                |                     |         |
| เพียงพอ ไม่มีเงินออม                                             | 14 (43.75)         | 22 (68.75)               |                     |         |
| ไม่เพียงพอ                                                       | 10 (31.25)         | 6 (18.75)                |                     |         |
| <b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>                                      |                    |                          | 0.162 <sup>a</sup>  | 0.922   |
| ไม่สูบ                                                           | 27 (84.38)         | 26 (81.25)               |                     |         |
| เคยสูบแต่เลิกแล้ว                                                | 3 (9.38)           | 4 (12.50)                |                     |         |
| สูบ                                                              | 2 (6.25)           | 2 (6.25)                 |                     |         |
| <b>พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์</b>                                  |                    |                          | 6.700 <sup>a</sup>  | 0.035*  |
| ไม่ดื่ม                                                          | 15 (46.88)         | 25 (78.13)               |                     |         |
| ดื่มเป็นครั้งคราว                                                | 14 (43.75)         | 6 (18.75)                |                     |         |
| ดื่มเป็นประจำ                                                    | 3 (9.38)           | 1 (3.13)                 |                     |         |
| <b>การรับประทานยาลดความดันโลหิต</b>                              |                    |                          | 4.480 <sup>a</sup>  | 0.094   |
| รับประทานทุกวันตามแพทย์สั่ง                                      | 29 (90.63)         | 25 (65.63)               |                     |         |
| ลืมรับประทานบ้าง                                                 | 3 (9.38)           | 7 (34.38)                |                     |         |
| <b>การมาตรวจตามนัด</b>                                           |                    |                          | 0.923 <sup>a</sup>  | 0.337   |
| มาตามนัดทุกครั้ง                                                 | 28 (87.50)         | 24 (75.00)               |                     |         |
| ผัดวันประกันพรุ่ง                                                | 4 (12.50)          | 8 (25.00)                |                     |         |
| <b>ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg) <math>\bar{x}</math> (S.D.)</b>   | 151.41 (8.85)      | 154.72 (7.57)            | -1.609 <sup>b</sup> | 0.113   |
| <b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg) <math>\bar{x}</math> (S.D.)</b> | 81.97 (9.97)       | 83.88 (4.92)             | -0.970 <sup>b</sup> | 0.337   |

หมายเหตุ: <sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test, <sup>b</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test, \* p < 0.05

2. การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม  
ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ ทดลอง รายละเอียด ดังตารางที่ 3  
**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค และระดับความดัน  
โลหิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Pair t test (n=32)

| ตัวแปร                                             | ก่อนใช้<br>โปรแกรม<br>$\bar{x}$ (S.D.) | หลังใช้<br>โปรแกรม<br>$\bar{x}$ (S.D.) | 95% CI        | t      | df | p-value  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------|--------|----|----------|
| <b>การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ<br/>โดยรวม</b> | 2.56 (0.13)                            | 3.90 (0.58)                            | -1.56 - -1.13 | -12.50 | 31 | < 0.001* |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค                  | 2.77 (0.36)                            | 4.01 (0.87)                            | -1.55 - -0.92 | -7.89  | 31 | < 0.001* |

| ตัวแปร                                            | ก่อนใช้<br>โปรแกรมฯ<br>$\bar{x}$ (S.D.) | หลังใช้<br>โปรแกรมฯ<br>$\bar{x}$ (S.D.) | 95% CI           | t      | df | p-value  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------|----|----------|
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค                         | 2.77 (0.25)                             | 4.02 (0.95)                             | -1.60 - -0.91    | -7.38  | 31 | < 0.001* |
| การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ                    | 2.68 (0.35)                             | 4.09 (1.01)                             | -1.82 - -1.02    | -7.20  | 31 | < 0.001* |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ                     | 2.14 (0.33)                             | 3.23 (0.99)                             | -1.50 - -0.70    | -5.57  | 31 | < 0.001* |
| สิ่งกระตุ้นการกระทำ                               | 2.57 (0.32)                             | 4.10 (0.71)                             | -1.82 - -1.25    | -11.07 | 31 | < 0.001* |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง                       | 2.44 (0.35)                             | 3.96 (0.71)                             | -1.84 - -1.22    | -10.06 | 31 | < 0.001* |
| <b>พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคฯ<br/>โดยรวม</b> | 2.66 (0.14)                             | 3.91 (0.65)                             | -1.50 - -1.01    | -10.53 | 31 | < 0.001* |
| ด้านการรับประทานอาหาร                             | 2.77 (0.32)                             | 4.16 (0.79)                             | -1.70 - -1.07    | -9.08  | 31 | < 0.001* |
| ด้านการออกกำลังกาย                                | 2.54 (0.24)                             | 3.62 (0.87)                             | -1.39 - -0.77    | -7.06  | 31 | < 0.001* |
| ด้านการจัดการความเครียด                           | 2.53 (0.38)                             | 3.70 (0.91)                             | -1.51 - -0.85    | -7.26  | 31 | < 0.001* |
| ด้านการรับประทานยา                                | 2.58 (0.30)                             | 3.96 (0.72)                             | -1.71 - -1.06    | -8.60  | 31 | < 0.001* |
| ด้านการมาตรวจตามนัด                               | 2.89 (0.35)                             | 4.14 (0.68)                             | -1.55 - -0.95    | -8.64  | 31 | < 0.001* |
| <b>ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก</b>                  | 151.41<br>(8.85)                        | 132.68<br>(5.69)                        | 14.99 -<br>22.45 | 10.23  | 31 | < 0.001* |
| <b>ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>                | 81.97<br>(9.97)                         | 75.88<br>(3.21)                         | 2.48 - 9.71      | 3.44   | 31 | 0.002*   |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = -12.50$ ,  $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายด้านมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ 0.001 หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -10.53$ ,  $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงรายด้านมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับที่ระดับ 0.001 หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $t = 10.23$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = 3.44$ ,  $p = 0.002$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคฯ และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t test (n=64)

| ตัวแปร                                             | กลุ่มทดลอง<br>$\bar{x}$ (S.D.) | กลุ่ม<br>เปรียบเทียบ<br>$\bar{x}$ (S.D.) | 95% CI              | t      | df    | p-value  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------|--------|-------|----------|
| <b>การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ<br/>โดยรวม</b> | 3.90 (0.58)                    | 2.63 (0.12)                              | 1.06 - 1.49         | 12.17  | 33.47 | < 0.001* |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค                  | 4.01 (0.87)                    | 2.82 (0.29)                              | 0.86 - 1.52         | 7.32   | 37.71 | < 0.001* |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค                          | 4.02 (0.95)                    | 2.89 (0.34)                              | 0.77 - 1.49         | 6.35   | 38.72 | < 0.001* |
| การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ                     | 4.09 (1.01)                    | 2.70 (0.33)                              | 1.02 - 1.77         | 7.46   | 37.57 | < 0.001* |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ                      | 3.23 (0.99)                    | 2.17 (0.32)                              | 0.69 - 1.44         | 5.80   | 37.49 | < 0.001* |
| สิ่งกระตุ้นการกระทำ                                | 4.10 (0.71)                    | 2.78 (0.36)                              | 1.05 - 1.61         | 9.45   | 46.31 | < 0.001* |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง                        | 3.96 (0.71)                    | 2.42 (0.38)                              | 1.26 - 1.83         | 10.84  | 47.19 | < 0.001* |
| <b>พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคฯ<br/>โดยรวม</b>     | 3.92 (0.65)                    | 2.73 (0.16)                              | 0.95 - 1.43         | 10.08  | 34.82 | < 0.001* |
| ด้านการรับประทานอาหาร                              | 4.16 (0.79)                    | 2.96 (0.35)                              | 0.89 - 1.50         | 7.84   | 42.69 | < 0.001* |
| ด้านการออกกำลังกาย                                 | 3.62 (0.87)                    | 2.63 (0.40)                              | 0.65 - 1.33         | 5.85   | 43.79 | < 0.001* |
| ด้านการจัดการความเครียด                            | 3.70 (0.91)                    | 2.53 (0.33)                              | 0.83 - 1.52         | 6.89   | 38.94 | < 0.001* |
| ด้านการรับประทานยา                                 | 3.96 (0.72)                    | 2.65 (0.30)                              | 1.04 - 1.60         | 9.56   | 41.11 | < 0.001* |
| ด้านการมาตรวจตามนัด                                | 4.14 (0.68)                    | 2.87 (0.33)                              | 1.00 - 1.54         | 9.45   | 44.76 | < 0.001* |
| <b>ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก</b>                   | 132.68<br>(5.69)               | 151.59<br>(8.04)                         | -22.39 - -<br>15.43 | -10.86 | 62    | < 0.001* |
| <b>ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>                 | 75.88<br>(3.21)                | 86.59<br>(4.96)                          | -12.81 - -<br>8.63  | -10.27 | 62    | < 0.001* |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 12.17$ ,  $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 10.08$ ,  $p < 0.001$ ) และกลุ่ม

ทดลองมีพฤติกรรมรายด้านหลังใช้โปรแกรมมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทุกด้าน สำหรับระดับความดันโลหิต หลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = -10.86$ ,  $p < 0.001$ ,  $t = -10.27$ ,  $p < 0.001$ )

## อภิปรายผล

ผลวิจัยแสดงถึงความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม ซึ่งอภิปรายผลแต่ละตัวแปรได้ดังนี้

**1) การรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.56$ ) เป็นระดับสูง ( $\bar{X} = 3.90$ ) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 12.17, p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงของแต่ละองค์ประกอบตามทฤษฎีที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.77$  เป็น  $\bar{X} = 4.01$  ตามกลไกของทฤษฎีที่ว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าตนมีโอกาสเผชิญภาวะแทรกซ้อนของโรคสูงขึ้น จะเกิดการรับรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดำเนินการป้องกัน โดยโปรแกรมได้กระตุ้นการรับรู้ผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยงเข้ากับสถานการณ์ของผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงของตนได้ชัดเจนขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เพิ่มขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.77$  เป็น  $\bar{X} = 4.02$  โดยเฉพาะการรับรู้โรคอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตเฉียบพลัน ( $\bar{X} = 4.22$ ) การรับรู้ความรุนแรงนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้เห็นผลกระทบของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะอัมพฤกษ์อัมพาตและไตวาย ตลอดจนผลกระทบต่อภาระของครอบครัว ซึ่งตามหลักของทฤษฎีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นจะรวมกันเป็นการรับรู้ภัยคุกคามต่อสุขภาพ อันเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanaman, Wongpiriyayothar และ Sittipakorn (2566) ที่พบว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ช่วยเพิ่มการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.68$  เป็น  $\bar{X} = 4.09$  และการรับรู้อุปสรรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.14$  เป็น  $\bar{X} = 3.23$  ซึ่งตามกลไกของทฤษฎี บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อชั่งน้ำหนักแล้วเห็นว่าประโยชน์ที่ได้รับมากกว่าอุปสรรคที่ต้องเผชิญ โปรแกรมได้เสริมการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคผ่านการให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ตรง เช่น การเห็นค่าความเค็มที่เป็นรูปธรรมของอาหารที่รับประทานจริง ทำให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่จับต้องได้ของการปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนความเชื่อเดิมที่เป็นอุปสรรค เช่น ความเชื่อที่ว่าอาหารลดเค็มไม่อร่อย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนเพียงเล็กน้อยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น จึงเกิดความเต็มใจปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่น สะท้อนว่าอุปสรรคเชิงบริบทในชีวิตจริงของผู้ป่วยยังคงเป็นความท้าทายที่โปรแกรมส่งผลได้จำกัด

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบที่มีคะแนนสูงที่สุดหลังการทดลอง โดยเพิ่มขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.44$  เป็น  $\bar{X} = 3.96$  โดยเฉพาะความมั่นใจในการมาพบแพทย์ตามนัด ( $\bar{X} = 4.41$ ) และความมั่นใจว่าจะไม่ลืมรับประทานยาแม้มีงานยุ่ง ( $\bar{X} = 4.16$ ) ตามกลไกของทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจากประสบการณ์แห่งความสำเร็จเมื่อผู้ป่วยได้ฝึกทักษะซ้ำจนทำได้สำเร็จ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลสูงต่อการเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงผลักดันสูงสุดที่ทำให้บุคคลกล้าเปลี่ยน

พฤติกรรมที่ยากลำบาก โดยความสำเร็จจากการปฏิบัติจริงและการเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่มีบริบทใกล้เคียงกันเป็นแหล่งสำคัญของการสร้างความเชื่อมั่นดังกล่าว

สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.57$  เป็น  $\bar{X} = 4.10$  ผ่านการเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระบบสนับสนุนและติดตามผ่านแอปพลิเคชัน และการจัดประกวดบุคคลต้นแบบซึ่งตามกลไกของทฤษฎี สิ่งชักนำเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นเตือนและเสริมแรงให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติและคงพฤติกรรมไว้อย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณไม่ได้เผชิญกับโรคเพียงลำพัง และการประกวดบุคคลต้นแบบเป็นแรงจูงใจภายนอกที่สร้างความภาคภูมิใจและกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Srithum และ Nakrukamphonphatn (2569) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ช่วยเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ จากที่กล่าวมาข้างต้นการที่โปรแกรมปรับเปลี่ยนการรับรู้ครบทุกองค์ประกอบของทฤษฎีอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การรับรู้ภัยคุกคามของโรค การชั่งน้ำหนักประโยชน์และอุปสรรค การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จนถึงการใช้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ จึงส่งผลให้การรับรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Rosenstock (1974) และการศึกษาของสุนันทาภักดีอำนาจ และคณะ (2566) ที่ระบุว่าการประยุกต์โปรแกรมสุขภาพที่เน้นปรับเปลี่ยนการรับรู้ในทุกมิติสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

**2) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง** จากผลการศึกษาที่พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ใช่เพียงการได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากกระบวนการเสริมสร้างทักษะและการปรับเปลี่ยนการรับรู้ในมิติต่างๆ ซึ่งสามารถอภิปรายรายละเอียดดังนี้

(1) ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงที่สุด โดยเฉพาะประเด็นการรับประทานยาตรงตามขนาดและเวลา ผลสำเร็จนี้เกิดจากการจัดกิจกรรมในระยะแรกที่มุ่งเน้นการสร้าง "ความตระหนักรู้ในความรุนแรง" (Perceived Severity) ผ่านตัวแบบต้นแบบซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพความพิการที่เกิดจากการขาดยาจนความดันพุ่งสูงเกินขีดจำกัด กระบวนการนี้ทำให้เกิดความกลัว (Fear Appeal) ที่เป็นแรงผลักดันเชิงบวกในการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้การเยี่ยมบ้าน (T1-T4) ยังช่วยตรวจสอบความถูกต้องของการกินยาในสภาพแวดล้อมจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน

(2) ด้านการบริโภคอาหารและการลดโซเดียม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างชัดเจนจากการฝึกทักษะการเลือกอาหารตามหลัก DASH Diet และการอ่านฉลากโภชนาการ สิ่งที่ทำให้พฤติกรรมนี้เปลี่ยนแปลงคือการสาธิตเชิงประจักษ์ด้วยเครื่อง Salt Meter โดยผู้วิจัยและอสม. ได้วัดระดับความเค็มในอาหารท้องถิ่นที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานจริง เช่น ปลาข้าวปุ้น หรือแกงหน่อไม้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นค่าความเค็มที่ปรากฏเป็นตัวเลขซึ่งสูงกว่ามาตรฐานมาก จึงเกิดการยอมรับและลดการปรุงรสลง

(3) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยการออกกำลังกายแบบเดินเร็วและแกว่งแขน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยคัดเลือกรมาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตเกษตรกรวัยทำงานในอำเภอ ศรีรัตนะ การสอนทักษะในสัปดาห์ที่ 1 ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้โดยไม่กระทบต่อภาระงานประจำวันการเปลี่ยนจากการคิดว่าจะทำเป็นการได้ทำจริงภายใต้การดูแลสม่ำเสมอทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความ

เปลี่ยนแปลง เช่น อาการมึนงงที่ลดลงและร่างกายที่สดชื่นขึ้น ส่งผลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

(4) ด้านการจัดการความเครียดและการพักผ่อน พฤติกรรมการจัดการความเครียดดีขึ้น จากการฝึกทักษะการหายใจและกิจกรรมผ่อนคลาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมักมีความเครียดจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการกังวลเรื่องรายได้ การสอนให้รู้จักสัญญาณเตือนของความเครียดและวิธีการจัดการที่ถูกต้อง ช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก การที่กลุ่มตัวอย่างนอนหลับพักผ่อนเพียงพอมากขึ้น ( $\bar{X}=4.06$ ) ส่งผลโดยตรงต่อการลดแรงบีบตัวของหลอดเลือดและความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนความคิดและการรับรู้ภายใต้กรอบของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(5) ด้านการติดตามอาการและมาตรวจตามนัด หลังใช้โปรแกรมเป็นด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=4.41$ ) เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำที่ดีได้แก่ ระบบสนับสนุนผ่านกลุ่มไลน์ และการเยี่ยมติดตามโดย อสม. ในพื้นที่ การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการชื่นชมผ่านกิจกรรมประกวดบุคคลต้นแบบ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเห็นประโยชน์ของการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปเกิดจากกระบวนการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ครบถ้วนทุกมิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จำปานานู มงคลเคหา (2562) และ สุนันทา ภักดีอำนาจ และคณะ (2566) ที่เน้นย้ำว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยการฝึกทักษะ การติดตามอย่างใกล้ชิด และการลดอุปสรรคเชิงรูปธรรมจึงจะเห็นผลสำเร็จที่ชัดเจน

**3) ระดับความดันโลหิต** ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 151.41 mmHg เหลือ 132.69 mmHg ( $t = -10.86, p <$

0.001) และไดแอสโตลิกลดลงจาก 81.97 mmHg เหลือ 75.88 mmHg ( $t = -10.27, p < 0.001$ ) และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน การลดลงของความดันโลหิตนี้เป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่พบในการศึกษากล่าวคือ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น จาก  $\bar{X} = 2.77$  เป็น  $\bar{X} = 4.16$  พฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.54$  เป็น  $\bar{X} = 3.62$  และพฤติกรรมการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจาก  $\bar{X} = 2.53$  เป็น  $\bar{X} = 3.70$  โดยพฤติกรรมทั้งสามด้านนี้ส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตผ่านกลไกที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การบริโภคอาหารที่ลดโซเดียมช่วยลดการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกาย จึงลดปริมาตรเลือดและแรงดันในหลอดเลือด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวและยืดหยุ่นมากขึ้น จึงลดแรงต้านการไหลเวียนของเลือด และการจัดการความเครียดช่วยลดการหลั่งฮอร์โมนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจเต้นเร็ว จึงช่วยให้ความดันโลหิตลดลง การที่พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับความดันโลหิตที่ลดลง จึงแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกลไกที่นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้จริง และการลดลงของความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยถึง 18.72 mmHg ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส บาร์มี และ จักรพันธ์ บุญอ่อน (2566) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบส่งผลให้น้ำตาลและความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรภาพ เสาทอง (2563) ที่สรุปว่าการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

**สรุปผล**

ผลการวิจัยภาพรวมหลังการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและ

ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

#### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยเฉพาะด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ผ่านการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับการติดตามผ่านแอปพลิเคชัน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าเป็นด้านที่ส่งผลกระทบต่อมารวดตามนัดและการรับประทานยาเพิ่มขึ้นสูงสุด

2. ควรมีการบูรณาการระบบการแพทย์ทางไกล มาใช้ควบคู่กับการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลัง เพื่อเพิ่มความ

สะดวกในการปรึกษาและติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้แบบเรียลไทม์

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบต่อเนื่องในระยะยาวทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมและความยั่งยืนของการควบคุมระดับความดันโลหิตภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้ว

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จของผู้ป่วยต้นแบบที่สามารถควบคุมโรคได้ดีเยี่ยม เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางเฉพาะเจาะจงสำหรับชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

จำปานานู มงคลเคหา. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

อำเภอหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].

จุฑามาศ ใหม่แยม, ธนพร ศิริธรรม, จริยา บุญชด, และอารีย์ ชูเอียด. (2566). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข*, 1(3), 16–27.

ธีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิทยภิณูญ, และสุนีย์ ละกะปิ่น. (2563). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 19–32.

ประภาส บาร์มี, และจักรพันธ์ บุญอ่อง. (2566). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย 4 ป.:กรณีศึกษา กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลบ้านกลาง อำเภอสว่าง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*, 5(1), 25-37.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2568). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566–2568. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ.

สิริกานต์ เตชะวนิช. (2563). พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในประชาชนชนบท. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 18(2), 45–58.

อภิญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(1), 596–605.

Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). *The health belief model of behavior change*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Chanaman, P., Wongpiriyayothar, A., & Sittipakorn, S. (2023). The effects of a health belief perception program using tele-nursing on stroke prevention behaviors in patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(4), 408–424.
- Islam, M. T., Arafat, S. M., Chowdhury, A., Orchi, K., Sultana, S., Bushra, T., Islam, M. R., Fatema, K., Khan, M. M. H., & Haque, M. A. (2025). Role of the health belief model in the management of hypertension: A systematic review. *Cureus*, 17(10), e94139. <https://doi.org/10.7759/cureus.94139>
- Lin, X., Li, H., & Li, X. (2020). Barriers to hypertension control in primary health care: A global perspective. *Journal of Clinical Hypertension*, 22(6), 1003–1010. <https://doi.org/10.1111/jch.13845>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Mensah, G. A., Fuster, V., Murray, C. J. L., & Roth, G. A. (2023). Global burden of cardiovascular diseases and risks, 1990–2022. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(25), 2350–2473. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.11.007>
- Srithum, T., & Nakrukamphonphatn, S. (2026). Effects of a self-management program enhanced by telenursing on self-management behaviors and blood pressure levels among patients with uncontrolled hypertension in Yasothon Province. *Health Science Journal of Thailand*, 8(2). <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/article/view/281293>
- Wang, H.-M., Chen, Y., Shen, Y.-H., & Wang, X.-M. (2024). Evaluation of the effects of health education interventions for hypertensive patients based on the health belief model. *World Journal of Clinical Cases*, 12(15), 2578–2585. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i15.2578>
- World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization Thailand. (2023). *Reducing cardiovascular disease (hypertension and sodium)*. <https://www.who.int/thailand/activities/reducing-cardiovascular-disease>
- World Heart Federation. (2023). *World heart report 2023: Confronting the world's number one killer*. World Heart Federation.