

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

324e05d8b44b5d8ac19f7b880fef610670bcff543ab4ec900c6f1586f7920a99

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

**The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive
Prevention Behavior of pre-hypertension risk group
at a Community in Nakhon Pathom Province**

Christian University of Thailand

รุ่งนภา อาระหัง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

วันที่ 16 ธันวาคม 2560



นางรุ่งนภา อาระหัง

ผู้วิจัย



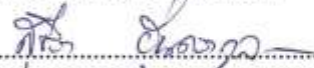
รองศาสตราจารย์ ดร. วิณา เทียงธรรม

ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

พย.บ.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ สุธีรา สุนครฤกษ์

สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

วท.บ. (พยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



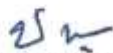
อาจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งนเวช

Ph.D. (Nursing)

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

พย.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์ ดร. เป็ญจวรรณ พุทธิอังกูร

ปร.ค. (การจัดการการพยาบาล)

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



อาจารย์ ดร. เป็ญจวรรณ พุทธิอังกูร

ปร.ค. (การจัดการการพยาบาล)

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

.....
นางรุ่งนภา อาระหัง

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ สุธีรา สุนทรระกูล

ศค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

วท.บ. (พยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
อาจารย์ ดร. ศศิธร รุ่งนเวช

Ph.D. (Nursing)

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

พย.บ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
อาจารย์ ดร. เบญจวรรณ พุทธิอังกูร

ปร.ค. (การจัดการการพยาบาล)

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
อาจารย์ ดร. เบญจวรรณ พุทธิอังกูร

ปร.ค. (การจัดการการพยาบาล)

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์สุธีรา สุนตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.ศศิธร รุจนเวช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจและเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างทำการศึกษา คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษากครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนามจันทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันสำโรง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้โอกาสในการศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อ สละเวลา และให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจเสมอมา ขอบขอบคุณเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน

582005 : สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง/โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

รૂงนภา อาระหัง : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of pre-hypertension risk group at a Community in Nakhon Pathom Province.) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รองศาสตราจารย์สุธีรา อุ่นตระกูล, ศก.ม., อาจารย์ ดร.ศศิธร รุจนเวช, ,Ph.D.; 151 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปีที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครปฐม คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปฎิบัติเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ และแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกันแต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

582005 : MAJOR: Community Nurse Practitioner; M.S.N. (Community Nurse Practitioner)

KEYWORDS : PRE-HYPERTENSION RISK GROPU/HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROGRAM

Rungnapa Arahung: The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of pre-hypertension risk group at a Community in Nakhon Pathom Province. Thesis Advisors; Associate Professor Sutheera Hoontrakul, M.A., Dr. Sasitorn Roojanavech, Ph.D. 151 pages.

The purposes of this quasi-experimental study of two groups pretest-posttest design was to study the effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention. The samples were comprised of 60 working-aged adults (range 35-59 years) with pre-hypertension risk in Nakhon Pathom Province. The samples were purposively desided into the experimental group (n=30) and comparison group (n=30). The experimental group received the health literacy enhancement program which was developed from Nutbeam's health literacy concept. The health literacy enhancement program included participatory learning included questions through about a variety of media and on-line application. The research instruments were consisted of demographic questionnaires, health literacy, and hypertension preventive behavior. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The research results revealed that after receiving the program, the experimental group had statistically and significantly higher mean scores of health literacy, and hypertension preventive behavior than before receiving the program and their scores were also higher than the comparison group. ($p<.05$). Moreover, the experimental group had significantly lower systolic and diastolic blood pressure than before receiving the program ($p<.05$). Whereas, the mean score of the systolic pressure was statistically significantly decreased only diastolic blood pressure, but there was no different in systolic blood pressure between the experimental group and the comparison group. The results of the research found that the health literacy enhancement program improves health literacy, hypertension preventive behavior, and decrease blood pressure in pre-hypertension risk group. Therefore, it is recommended that the health literacy enhancement program including participatory learning and line application increase better learning outcomes, and distribute to preventive behavior in hypertension.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญแผนภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการทำวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามตัวแปร.....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	14
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง.....	32
แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง.....	35
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	43
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	44
การออกแบบการวิจัย.....	44
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	54
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	55
การเก็บข้อมูล.....	55
ขั้นตอนการศึกษาวิจัย.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	61
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	61
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	79
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	89
เอกสารอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก.....	104
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
ข การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	112
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	115
ง ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	130
จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	136
ฉ ตารางเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อ.....	140
ประวัติผู้วิจัย.....	151

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	62
2	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม.....	64
3	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม..	65
4	เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม..	66
5	เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	67
6	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	68
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิต ภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	69
8	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	71
9	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วม โปรแกรม.....	72
10	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	73
11	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการ เข้าร่วมโปรแกรม.....	74
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิต ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	75

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการทำวิจัย.....	9
2	กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ.....	19
3	แสดงขั้นตอนการทำวิจัย.....	60



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่ระบาดในปัจจุบัน และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่างๆ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง (James et al., 2014) หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ภาวะแทรกซ้อนอาจรุนแรงจนถึงขั้นเกิดความพิการ และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Matsushita et al., 2010)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึงหนึ่งพันล้านคน และคาดการณ์ว่าใน ค.ศ.2025 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2011) โดยในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 8 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจประมาณ 17 ล้านคน โดย 1 ใน 3 หรือประมาณ 9.40 ล้านคน เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ส่วนประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมถึงประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตในแต่ละปี ประมาณ 1.5 ล้านคน และมี 1 ใน 3 คนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2013)

สถานการณ์ของประเทศไทย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยที่พบสูงสุดรองลงมา คือ โรคเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจาก พ.ศ. 2550–2557 พบว่า อัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1,025.44 คน และใน พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 1,710.89 ส่วนอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยใน พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 3.64 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 10.95 คน ใน พ.ศ. 2557 โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจ

ของครอบครัวและสังคม โดยพบว่าประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยคนละ 4,586 บาท และค่ารักษาของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยครั้งละ 831 บาทต่อคนรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 79,763 ล้านบาทต่อปี (เนติมา คุนีย, 2557)

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension risk) คือ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80–89 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee 7 [JNC 7], 2003) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การป่วยในไม่ช้า แต่หากสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก็จะสามารถลดการสูญเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และนำไปสู่การลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อีกจำนวนมาก โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับความเครียด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (World health day, 2013) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม (Taggart et al., 2012) พบว่าหากเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิ การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มซึ่งเป็นวิธีการที่พบมากที่สุดและประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวกมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มที่สามารถติดตามได้ทางโทรศัพท์ หรือ ไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ การให้คำปรึกษารายบุคคล การติดตามทางโทรศัพท์ และการใช้สื่อรูปแบบต่างๆ โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ หรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Dennis et al., 2012) จะสามารถก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและลดอัตราการเกิดโรคได้ แต่ในการดำเนินการต้องให้เหมาะสมกับกลุ่มประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันด้วยจึงจะสามารถก่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และเกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ (ธีระ วรรณรัตน์, ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์, อรจิรา วงษ์คนตรี, และมณฑิลา เจนพานิชทรัพย์, 2558)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในศตวรรษที่ 1970 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ให้คำนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ ซึ่งนัทบีม (Nutbeam, 1998) ได้นำเสนอต่อองค์การอนามัยโลกไว้ในอภิธานศัพท์การส่งเสริมสุขภาพ ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติครั้งที่ 4 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศไทยมีการใช้คำเรียก Health literacy อยู่หลายคำ อาทิ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ เป็นต้น (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559; นภาพร

วณิชย์กุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2556) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อกล่าวถึง Health literacy

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, 2009) โดยมีจุดเน้น คือ การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเพิ่มของไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาการวัดหรือประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ในการพัฒนาการวัดหรือประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้แบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ โดยในแต่ละระดับประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ แนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ นอกจากนี้ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ยังกล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่เกิดจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษา และกิจกรรมการสื่อสาร ซึ่งมีหลายวิธีการที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ การสอนสุขภาพศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญและเป็นวิธีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ทั้งนี้ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการกำหนดเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสอนสุขภาพด้วย (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น สามารถตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้นหรือลดความอ้วนโดยการออกกำลังกาย และเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้มากขึ้น (Wagner, Knight, Steptoe, & Wardle, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี (Gladdar, Valerio, Carsia, & Hansen, 2012) ส่วนบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Nutbeam, 2008) ไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพหรือจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างเหมาะสมทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา (McNaughton et al., 2014; Van de Heide

et al., 2014) ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากประชาชนขาดการดูแลตนเอง ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ต้องใช้ยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต้องรับภาระหนักและไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (WHO, 2009)

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข (2556) ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งผลการคัดกรองใน พ.ศ.2557-2559 พบว่ามีประชาชนมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 27.37, 28.61 และ 27.36 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) และได้้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นมาตรการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งผลต่อการลดอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยมีเป้าหมายให้คนไทยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12, 2559)

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้สำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ในประชาชนวัยทำงานอายุ 15–59 ปี จำนวน 2,500 คน จากประชาชนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ผลการสำรวจพบว่าประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.10 รองลงมาระดับไม่ดี ร้อยละ 39.70 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ร้อยละ 47.90) รองลงมาระดับพอใช้ (ร้อยละ 27.50) ส่วนระดับดีมากน้อยที่สุด (ร้อยละ 24.60) จากการวิเคราะห์ผลการสำรวจพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป จึงต้องมุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างถาวร (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2551-2560 พบการวิจัยทั้งหมดจำนวน 5 เรื่อง ผลการวิจัยทั้ง 5 เรื่อง แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการต่างๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำรายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้สื่อหลากหลายประเภท สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งซึ่งพบอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยมีอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2550 และ 2557 เท่ากับ 1,503.56 คน และ 1,976.36 คน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าระดับประเทศ ส่วนอัตราตายพบว่าใน พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 24 คน คิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 2.90 คน ใน พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 93 คน คิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 10.39 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) เปรียบเทียบกับระดับประเทศพบว่าพบว่ามีอัตราตายต่อประชากรแสนคนน้อยกว่า แต่ไม่แตกต่างกันมาก ส่วนผลการคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนอายุ 35-59 ปีขึ้นไป พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.77, 30.88 และ 28.52 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2559) แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงมีอัตราสูงกว่าระดับประเทศ

สำหรับชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐมที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ผลการคัดกรองในภาพรวม พ.ศ. 2557-2559 พบว่าประชาชนอายุ 35 ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 29.62, 32.73 และ 33.80 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2559) และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยใน พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 191, 200 และ 214 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.60, 8.98 และ 9.54 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์, 2559) ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งเนื้อหาที่ให้จะเหมือนกันและมักเป็นการสื่อสารทางเดียว โดยไม่ได้มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเหล่านั้นก่อน อีกทั้งยังขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้นจึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลวัยทำงานที่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดัดนิสัยใจเลือก และปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่ผู้รับบริการและประชาชนในชุมชน จึงสนใจศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) โดยเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ใน 2

ระดับคือในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง และในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีความแตกต่างกัน โดยบริบทกับประชาชนไทยในหลายด้าน อาทิ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้ทางด้านสุขภาพ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นต้น ประกอบกับผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจากหลายงานวิจัยพบว่าคนไทยยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ไม่ดีพอหรือพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน จึงควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้นโดยเน้นการพัฒนาใน 2 ระดับนี้ให้มีประสิทธิภาพเพียงพอเพื่อเป็นฐานนำไปสู่การพัฒนาในระดับวิจารณ์ญาณซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

5. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

6. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อน

เข้าร่วมการทดลอง

4. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

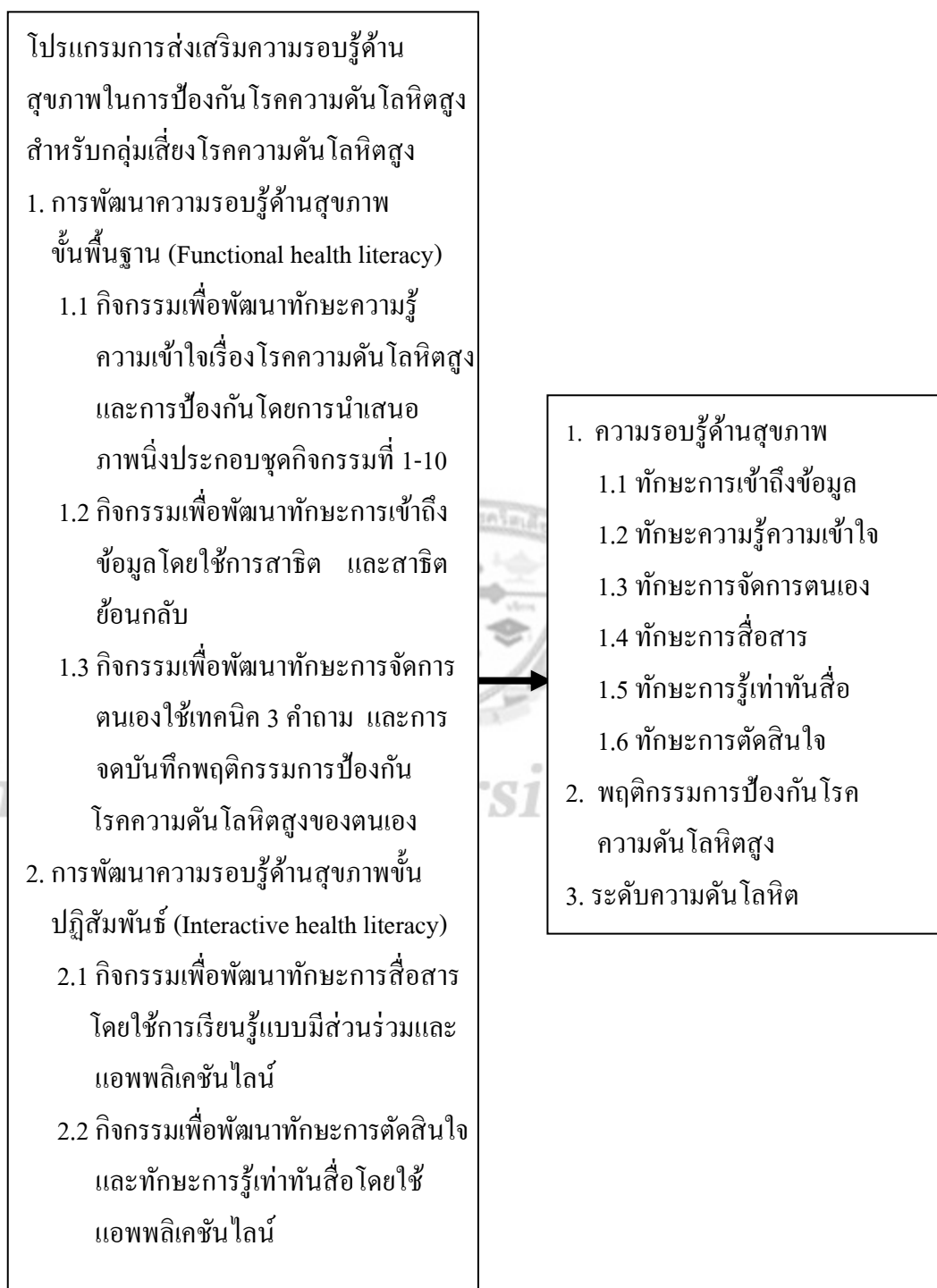
5. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง
6. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ เพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มาประยุกต์กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีความสามารถในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง นัทบีมได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นสมรรถนะในการอ่าน เขียนและคิดคำนวณเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ได้แก่ทักษะขั้นพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมการเลือกใช้อุปกรณ์ รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก้ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของนักปราชญ์ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มต้นด้วยสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ก่อนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนข้อมูล การสื่อสารที่เหมาะสม และการศึกษาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้และความสามารถส่วนบุคคล รวมทั้งทักษะทางสังคม และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีพัฒนาการความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นจะมีทักษะและความสามารถในการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติในสังคม ผลลัพธ์ที่ได้คือการมีโอกาส มีทางเลือกที่กว้างขึ้นและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจากหลายงานวิจัยพบว่าคนไทยยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอหรือพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน จึงควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้นโดยเน้นการพัฒนาในระดับขั้นพื้นฐาน และขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพเพียงพอเพื่อเป็นฐานนำไปสู่การพัฒนาในระดับที่ 3 คือ ระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นต่อไป นักปราชญ์ยังกล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่เกิดจากการดำเนินงานสุขศึกษา (Health Education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งการจัดกิจกรรมการสื่อสารด้วยกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ (รายละเอียดในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หน้า 51) ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงระดับความดันโลหิตที่ลดลง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการทำวิจัย ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่มีผลการคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลองแต่อยู่คนละพื้นที่จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2560

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะและศักยภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ซึ่งในโปรแกรมนี้นักศึกษาได้นำมาใช้ใน 2 ระดับ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นสมรรถนะในการอ่าน เขียน และคิดคำนวณเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. โดยผู้วิจัยบรรยายประกอบการนำเสนอภาพนิ่ง การสาธิตการออกกำลังกายและการจับชีพจร การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณดัชนีมวลกาย และการฝึกลมหายใจผ่อนคลายความเครียด จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนร่วมกันสนทนาแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล โดยผู้วิจัยสาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้คำสืบค้น “โรคความดันโลหิตสูง” ในการค้นหาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ มอบหมายให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากโทรศัพท์มือถือและส่งตัวแทนนำเสนอวิธีการเข้าถึงข้อมูลและเนื้อหาที่ได้รับมอบหมาย ประเมินผลโดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันตอบคำถามในใบงานที่ 9 เรื่องการค้นหาแหล่งข้อมูล และ 3) ทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้ชุดกิจกรรมที่ 8 ค้นหา ตั้งเป้า เราทำได้ ใช้เทคนิค 3 คำถาม ให้สมาชิกทุกคนตอบคำถามในใบงานของตนเอง หลังจากนั้นแจกคู่มือบันทึก

พฤติกรรมสุขภาพแก่สมาชิกกลุ่ม ให้ทุกคนกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตน และสอนการบันทึกลงในคู่มือทุกวันตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยจะทำการติดตามเพื่อประเมินผลโดยนัดพบเป็นรายบุคคลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ในสัปดาห์ที่ 3-4 และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 5

ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะขั้นพื้นฐาน และทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การเลือกใช้ข้อมูล รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา 1) ทักษะการสื่อสารโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) โดยจัดเป็น 3 กลุ่มกลุ่มละ 8-12 คน ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 ให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ตามชุดกิจกรรมที่ 1-10 สรุปประเด็นและส่งตัวแทนมานำเสนอให้วิทยากรกลุ่มรับฟัง และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรมโดยใช้กลุ่มเดิม 3 กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ประเมินผลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line application) สำหรับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. จัดตั้งเป็นไลน์กลุ่ม 3 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นสมาชิกทุกกลุ่ม กำหนดข้อตกลงในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกัน โดยในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเอง กระตุ้นเตือน และติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ให้คำปรึกษา รายบุคคลและรายกลุ่มในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ โดยใช้แบบบันทึกการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ 2) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยใช้ชุดกิจกรรมที่ 10 เป็นข้อความโฆษณาอาหารเสริมที่ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง และส่งตัวแทนมานำเสนอให้วิทยากรกลุ่มรับฟัง หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์การอาหารและยา มูลนิธิหมอชาวบ้าน กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข และ 3) ทักษะการตัดสินใจ ผู้วิจัยติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยประเมินเป็นรายบุคคล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Nutbeam, 2008) ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน คือ (1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ระดับขั้นพื้นฐานหมายถึงความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ

ที่ถูกต้องและทันสมัย กิจกรรมตามโปรแกรมคือการสาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และ
 โทรศัพท์เคลื่อนที่ ประเมินผลโดยการสาธิตย้อนกลับ (2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ ระดับขั้นพื้นฐาน
 หมายถึง การรู้และการจำในเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี ระดับปฏิสัมพันธ์
 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่าง
 ถูกต้อง กิจกรรมคือการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
 ตามหลัก 3อ.2ส. โดยใช้สื่อรูปแบบต่างๆ ประเมินผลโดยการตอบคำถาม การให้ปฏิบัติจริงและการ
 สังเกตการมีส่วนร่วม (3) ทักษะการสื่อสาร ระดับขั้นพื้นฐานหมายถึง มีความสามารถในการพูด อ่าน
 หรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึงมีความสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ
 เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว กิจกรรมคือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม และการใช้แอปพลิเคชันไลน์
 สำหรับการติดต่อสื่อสาร กระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำปรึกษารายบุคคลและ
 รายกลุ่มในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ โดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบบันทึก
 การติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ (4) ทักษะการจัดการตนเองระดับขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความสามารถ
 ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตน ระดับปฏิสัมพันธ์ หมายถึง สามารถปฏิบัติตาม
 แผนโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพที่ถูกต้อง กิจกรรมคือใช้เทคนิค 3 คำถาม ให้สมาชิกทุกคนตอบ
 คำถามในใบงานของตนเอง กำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดัน
 โลหิตสูงของตนและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทุกวันตามความเป็นจริง ประเมินผลโดยนับพบเป็น
 รายบุคคลและติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 5 (5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ระดับขั้น
 พื้นฐานหมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ
 ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึงสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับ
 ตนเองและผู้อื่น กิจกรรมคือให้วิเคราะห์ข้อความโฆษณาอาหารเสริมที่ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้อง
 ของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง (6) ทักษะการตัดสินใจ ระดับขั้นพื้นฐานหมายถึง มีความสามารถในการ
 กำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ ระดับปฏิสัมพันธ์ หมายถึง มี
 ความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดี กิจกรรม
 คือการส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้กลุ่มตัวอย่าง
 วิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยประเมินเป็นรายบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งประยุกต์จากแบบ
 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
 พ.ศ.2558 และ พ.ศ.2559

พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำใดๆ ของ
 บุคคลวัยทำงานที่มีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้ตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้

หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการลดการบริโภคโซเดียม การอ่านฉลากโภชนาการ การออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลางหรือหนักมาก และการจับชีพจรหลังออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียดด้วยการฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียดและการทำงานอดิเรกที่ชอบ การลดหรืองดการสูบบุหรี่ เทคนิคการเลิกบุหรี่ และการปรับพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์



Christian University of Thailand

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง
3. แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

Christian University of Thailand
การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในศตวรรษที่ 1970 เริ่มต้นจากประเทศสหรัฐอเมริกาและได้รับความสนใจจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในประเทศไทยมีการใช้คำเรียก Health literacy อยู่หลายคำ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559; นภาพร วาณิชยกุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2556) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า ความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อกล่าวถึง Health literacy

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพไว้แตกต่างกัน อาทิ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1998) ให้คำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

เบเกอร์ และคณะ (Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss, 1999) ให้คำจำกัดความว่า เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจหรือความสามารถของบุคคลในการติดตามข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อดูแลสุขภาพของตน

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine, 2000) ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการในการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและบริการพื้นฐานที่จำเป็นในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล สื่อมวลชน และปัจจัยอื่น

คิกบัสช์ (Kikbusch, 2006) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การกระทำที่เป็นพลวัต และมีพลังจูงใจตนเอง เป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคม และเป็นทางเลือกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขในชีวิตประจำวัน

นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ให้คำจำกัดความว่า เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

รูทแมน (Rootman, 2009) เป็นทักษะที่ครอบคลุมความจำเป็นเพื่อการค้นหา การประเมิน และการบูรณาการข้อมูลสุขภาพที่มีความหลากหลายทางบริบท และเป็นความต้องการรู้คำศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย

เอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edwards, Wood, Davies & Edwards, 2012) ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการถ่ายทอดจากผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ จะเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของตน ให้สามารถเข้าถึง และติดตามข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีการเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาอย่างเหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีทักษะในการจัดการตนเองดี บางคนมีการแสวงหาข้อมูลและมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

โซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al., 2012) กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการปฏิบัติ

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

จากคำจำกัดความข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีการต่างๆ รวมถึงการสื่อสารเพื่อให้ได้มาซึ่ง

ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพและนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีได้

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กับการสอนสุขภาพศึกษา (Health Education)

ความรู้ด้านสุขภาพกับการสอนสุขภาพศึกษา มีความสัมพันธ์กันในลักษณะของเหตุและผล Nutbeam (2000) ได้อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นดัชนีชี้วัดที่สามารถสะท้อน และอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษา (Health Education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) และการป้องกันโรค (Disease prevention) โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นการกล่าวถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีหลายวิธีการที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ การสอนสุขภาพศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญ และเป็นวิธีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ทั้งนี้ระดับของความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการกำหนดเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสอนสุขภาพด้วย (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) ความแตกต่างของการสอนสุขภาพศึกษากับความรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับของผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคคล ในหลายระดับ ส่วนการสอนสุขภาพให้ความสำคัญกับกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้ในระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองเป็นหลัก (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2551)

Nutbeam (2000) ได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Function health literacy) คือ สมรรถนะในการอ่าน เขียน คำนวณ และการเรียนรู้ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้เพื่อสภาวะสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูล การดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและพูดจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ระดับที่ 2 (Communicative/interactive health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ หรือการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้ผู้อื่นเข้าใจได้

ระดับที่ 3 (Critical health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วม ผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน เป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของ

ประชาชนทั่วไป เช่น การเป็นแกนนำเพื่อสุขภาพหรือการเข้าร่วมชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) และทักษะทางสังคม (Social skill) ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร (2554) ได้จำแนกระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของนักปราชญ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแต่ละระดับประกอบด้วยทักษะ 6 ด้านดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access skill) ในระดับขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการสืบ อาทิ คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด เป็นต้น ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการระดับขั้นพื้นฐาน และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับขั้นวิจารณ์หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้

2. ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ในระดับขั้นพื้นฐานหมายถึง การรู้และการจำในเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ระดับขั้นวิจารณ์หมายถึงมีความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ในระดับขั้นพื้นฐาน หมายถึง มีความสามารถในการพูด อ่าน หรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึง มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี ระดับขั้นวิจารณ์หมายถึง มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

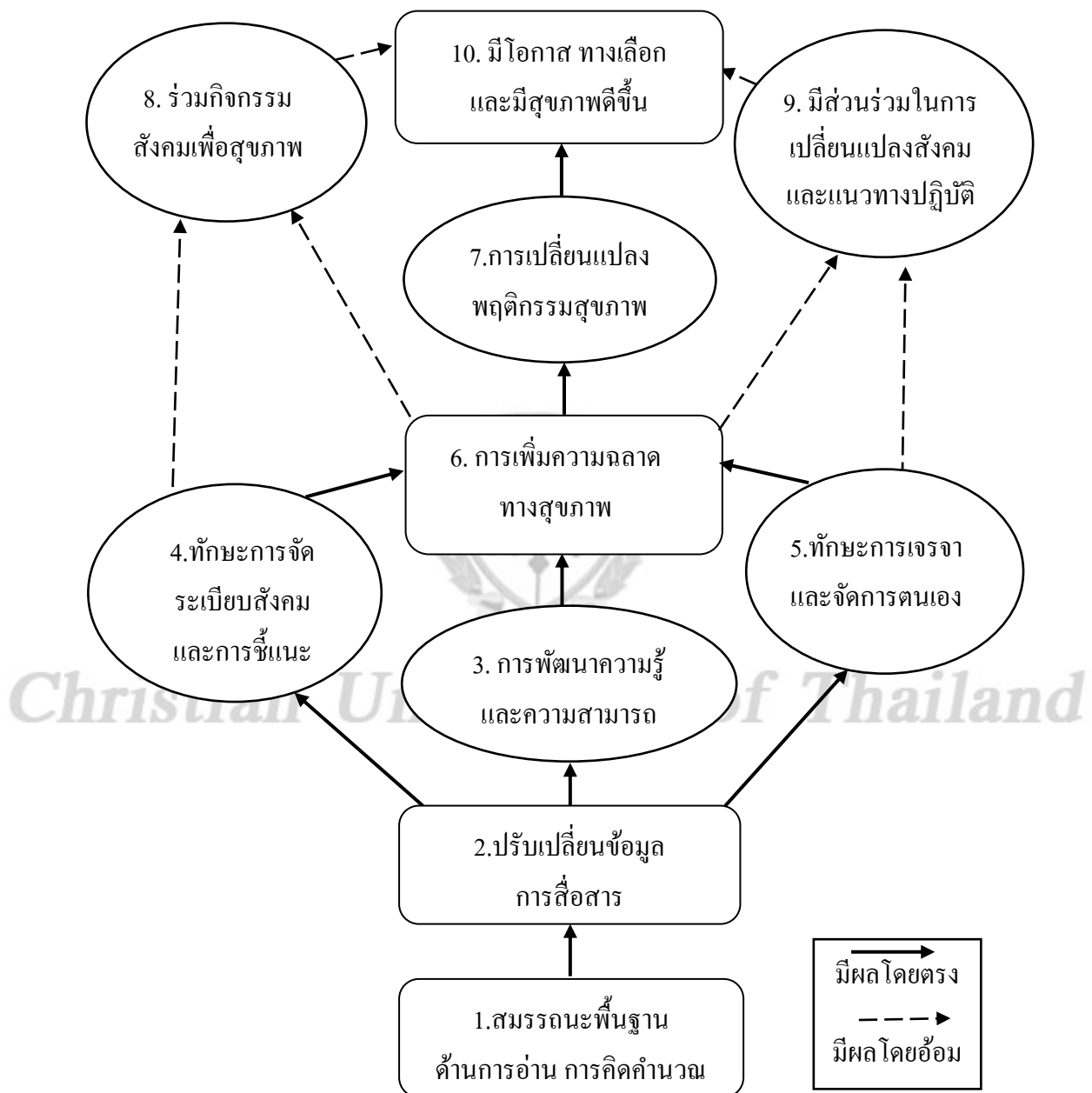
4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self management skill) ในระดับขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถปฏิบัติตามแผนโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับขั้นวิจารณ์หมายถึงมีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ในระดับขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอเพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเอง ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึงมีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ระดับขั้นวิจารณ์หมายถึงมีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

6. ทักษะการตัดสินใจ (Decision making skill) ในระดับขั้นพื้นฐาน หมายถึง มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดี ระดับปฏิสัมพันธ์หมายถึงมีทักษะการตัดสินใจระดับขั้นพื้นฐานและมีความสามารถในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดี ระดับขั้นวิจารณ์ หมายถึง มีทักษะการตัดสินใจระดับขั้นปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่คัดค้านความเข้าใจผิดได้



Christian University of Thailand



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีท (Nutbeam, 2008)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (Determinants of Health literacy)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม โดยปัจจัยระดับบุคคล อาทิ ความรู้ทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อ ทักษะคิด พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะความสามารถส่วนบุคคล

ได้แก่ ทักษะในการต่อรอง ทักษะการจัดการตนเอง ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง และรูปแบบการใช้ชีวิต เป็นต้น ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ทักษะทางปัญญา ทักษะทางการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การจัดระเบียบชุมชน ความเท่าเทียมทางสังคม โครงสร้างทางการเมือง การมีส่วนร่วมในประชาธิปไตยทางสุขภาพ การเข้าถึงและการใช้บริการทางสุขภาพ ความทุ่มเทในการดำเนินการเพื่อสังคม และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยพบว่า คุณลักษณะของประชากร หรือปัจจัยส่วนบุคคล มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันไป อาทิ ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนิรมลย์ นีละไพจิตร, 2559; วรรณศิริ นิลเนตร, 2557) อาจเนื่องจากเพศชายมีโอกาสเข้าสู่สังคมและได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่าเพศหญิง แตกต่างจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (อรทัย ใจบุญ, ภรณ์ วัฒนสมบุญ, ลักษณา เดิมศิริชัย, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2558) การศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 (ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เปียชื่อ, และสุจินดา จารุพัฒน์มารู โอ, 2559) และการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดตา (กัญญา แซ่โก, 2552) ที่พบว่าความแตกต่างระหว่างเพศไม่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านอายุ ผลการวิจัยของ ประภัศสร งามแสงใส, ปติรดา ศรีเสียน, และสุวรรณา กัทรเบญจพล (2557) พบว่าผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 18-48 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุ 49 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกับการศึกษาของโคบายาชิและคณะ (Kobayashi et al, 2015) วรรณศิริ นิลเนตร (2557) และกัญญา แซ่โก (2552) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีอัตราที่สูงขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะวัยสูงอายุ เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงในทุกกระบวน เช่น การได้ยินหรือการมองเห็น และสติปัญญาที่เสื่อมถอย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับหรือทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร ขณะที่ผลการวิจัยของปัทมาพร ธรรมผล และคณะ (2559) พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคนที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตสามารถรับรู้หรือทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์กับผู้อื่นได้ดี

ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาคือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ (ชนวน ทองธนสุกาญจน์

และนริมาลย์ นิละไพจิตร, 2559; van der Heide et al., 2013; Li et al, 2013; Ozdemir, Alper, Uncu, & Bilgel, 2010) เนื่องจากการศึกษาทำให้มีทักษะและช่องทางในการสื่อสารกับบุคคลและเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถทำความเข้าใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และยังพบว่าระดับผลการเรียนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ย 3.51 ขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการแบบจีดีเอมมากกว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยระหว่าง 2.30-3.50 (อรัญญา ใจบุญ และคณะ, 2558) ตรงข้ามกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558; Reisi et al., 2014, Li et al, 2013) ซึ่งอธิบายได้ว่าคู่สมรสเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญคือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านของข้อมูลข่าวสาร และเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างด้วย แตกต่างจากการศึกษาของนงลักษณ์ แก้วทอง (2557) และกัญญา แซ่โก (2552) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพคู่ หม้าย และหย่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโสดส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่มีความรู้และความจำที่ดี ขณะที่ปีทมาพร ธรรมผล และคณะ (2559) และวรรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านอาชีพและรายได้ ผู้ที่ไม่มีอาชีพหรือมีอาชีพอิสระและมีรายได้ต่ำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ปีทมาพร ธรรมผล และคณะ, 2559; กัญญา แซ่โก, 2552) ซึ่งสัมพันธ์กับระดับการศึกษาเนื่องจากผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมักมีระดับการศึกษาสูงกว่าอาชีพอื่น ส่วนแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) และวรรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่าอาชีพและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่นความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน บทบาททางสังคม การรับรู้สุขภาพตนเอง ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการรับบริการด้านสุขภาพ เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ระยะเวลา และความสะดวกในการไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวที่มีศักยภาพตลอดจนทักษะการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และสื่อต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งล้วนส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

ผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Effects of Health literacy)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น การมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Cho et al., 2008; Nutbeam, 2000) ในด้านการป้องกันโรคพบว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีสามารถตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้นหรือลดความอ้วนโดยการออกกำลังกายและเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้มากขึ้น (Wagner et al., 2007) และมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และขาดการออกกำลังกาย (Suka et al., 2015) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ปฏิบัติตัวได้ดีกว่าระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ (นงลักษณ์ แก้วทอง, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง (อัญชลี จันทรินทรการ, 2557) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข และใกล้เคียงการศึกษาของกัญญา แซ่โก (2552) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดตา ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพแบบออนไลน์ด้วยตนเอง และพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี (Gladdar et al., 2012)

หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว และการจัดการทางสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Nutbeam, 2008) และทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพหรือการจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา (McNaughton et al., 2014; Van de Heide et al., 2014) หากบุคคลใดไม่มีความรอบรู้ทางสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและใช้บริการฉุกเฉินมากกว่าบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า (Taggart et al., 2012; Berkman et al., 2011) ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ขาดประสิทธิภาพในการรับยาตามแผนการรักษา และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (Baker et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์โดยตรงกับค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่สูง จากการประเมินในประเทศแคนาดา ค.ศ.2009 (WHO, 2013) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่า 8,000 ล้านดอลลาร์ คิดเป็นร้อยละ

3-5 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากประชาชนขาดการดูแลตนเอง ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ต้องใช้ยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต้องรับภาระหนักและไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (WHO, 2009)

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Assessment tool)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพขึ้นเป็นจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดขึ้นเฉพาะบริบทที่ศึกษาและประเมินความสามารถพื้นฐานเฉพาะในบางด้าน เช่น การอ่านและจำคำศัพท์ มุ่งเน้นการวัดความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานมากเกินไป ขาดการพัฒนาเพื่อประเมินทักษะ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และทักษะทางสังคมด้านต่างๆ (นภาพร วาณิชชกุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2556) เพื่อให้ครอบคลุมระดับของความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณญาณ ซึ่งสามารถสร้างกระบวนการพัฒนาขึ้นได้ (Haun, Valerio, Mc Cormack, Sorensen, & Paasche, 2014) การประเมินยังจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ อาทิ โรคเบาหวานและเอชไอวี ยังไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัญหาในกลุ่มที่มีลักษณะพิเศษ เช่น ดาเฝ้าฟาง หูตึง พิการ เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) นอกจากนี้ในการประเมินยังพบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ผู้ถูกประเมินอาย ปิดบังและไม่อยากบอกความจริง อีกทั้งอาจเป็นการประทับตราและทำให้ผู้ถูกประเมินเกิดความรู้สึกไม่ดีได้ การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพจึงควรกระทำอย่างเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคลและเลือกใช้วิธีที่ไวต่อความรู้สึกของผู้ถูกประเมิน ตลอดจนเลือกเครื่องมือที่สามารถจำแนกระดับหรือคัดกรองบุคคลที่มีปัญหาออกมาได้ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร, 2558)

ตัวอย่างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่มีผู้พัฒนาขึ้น

1. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อวินิจฉัยและระบุตัวผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis, Crouch, Wiills & Abdehou, 1991) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนสุขภาพ ฉลากยาต่างๆ โดยเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและปฏิบัติตัว มีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือ ทักษะการอ่าน และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่น ความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคำนวณ การพูดและการเขียน

2. The eHealth Literacy scale (eHEALS) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นแบบวัดที่ผู้ทำแบบวัดประเมินตนเอง (Norman & Skinner, 2007) เป็นการประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพและเพื่อช่วยกำหนดความเหมาะสมระหว่าง

โปรแกรม Eheals วัดจาก 6 ด้าน คือ วัฒนธรรม ข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ คอมพิวเตอร์ สื่อ และความรู้ทางวิทยาศาสตร์

3. Functional Communication and Critical Health Literacy Scale (FCCHL) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสื่อสาร และการมีวิจารณญาณ ใช้วัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของนัทบีม (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) แบบวัดนี้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ในขอบเขตที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทั่วไป ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ขั้นวิพากษ์เป็นคำถามเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

4. Test of Functional Health Literacy in Adult (TOFHLA) แบบวัดที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณ (Sharif & Blank, 2010) ถูกนำมาใช้ในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน รวมทั้งผู้ใหญ่ มีทั้งหมด 67 รายการ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 รายการ วัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 รายการ

5. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุน้ำ, 2554) พัฒนามาจากแนวคิดของนัทบีม โดยวัดจาก 4 ด้าน คือ ทักษะการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

6. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2556 โดยการสังเคราะห์องค์ความรู้และผ่านการทดสอบการวัดจากประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยวัดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ ต่อมาใน พ.ศ.2559 ได้พัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ซึ่งแบบประเมินนี้พัฒนามาจากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008)

7. แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2558 พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองผู้ที่มีความจำกัดในการเรียนรู้ และช่วยให้เจ้าหน้าที่จำแนกกลุ่มเป้าหมายได้

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพโดยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 30.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2558 และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปีของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2559

การสื่อสาร (Communication)

การสื่อสาร (Communication) เป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ทั้งในด้านการดำเนินชีวิต สังคม เศรษฐกิจและการศึกษา เนื่องจากเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งต่อบุคคล ชุมชน และสังคม โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ ผู้ส่งข่าวสาร (Sender) ตัวข่าวสาร (Message) ช่องทางข่าวสาร (Channel) และผู้รับข่าวสาร (Receiver) ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบใหญ่ๆ คือ การสื่อสารแบบทางเดียว (One-way communication) และการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) (คณิตสร รักจิตร, 2557) การสื่อสารแบบทางเดียว เป็นการสื่อสารที่เดินทางจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารและไม่มีปฏิกิริยาย้อนกลับมา มีจุดอ่อนตรงที่ไม่ทราบว่าผู้รับสารได้รับข้อมูลข่าวสารที่ส่งไปได้ถูกต้องตรงกับที่ตั้งใจหรือไม่ ส่วนการสื่อสารแบบสองทางเป็นการสื่อสารที่ผู้รับสารมีปฏิกิริยาย้อนกลับไปยังผู้ส่งสาร มักอยู่ในรูปแบบของการประชุม สัมมนา และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อดีคือก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ดีขึ้น แต่อาจมีข้อเสียคือสิ้นเปลืองเวลาเพราะการป้อนกลับของข้อมูลไปยังผู้ส่งสารต้องใช้ระยะเวลา (จรัสโสม ศิริรัตน์, 2558) การสื่อสารเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความคิดเห็นระหว่างบุคคล กลุ่ม และองค์กรสาธารณะผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น สื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อพื้นบ้าน เป็นต้น เพื่อนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่ผู้ส่งข่าวสารได้วางเป้าหมายไว้ (หนึ่งฤทัย ขอบผลกลาง และกิตติ กันภัย, 2553)

การสื่อสารสุขภาพ (Health communication) หมายถึง การใช้สื่อสารมวลชนและการใช้สื่อประเภทต่างๆรวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาด้านสุขภาพที่ถูกต้องเป็นปัจจุบันและเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนโดยเน้นการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้แต่ละประเทศพิจารณาเลือกใช้รูปแบบและช่องทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล การเรียนรู้และการนำข้อมูลไปใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละประเทศ เริ่มจากสื่อบุคคลและเครือข่ายสื่ออุปกรณ์ของจำลอง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ รูปภาพ กราฟฟิค อินโฟกราฟฟิค และโซเชียลมีเดียทั้งที่เป็นเว็บไซต์ เฟสบุ๊ค อินสตาแกรม สื่อเทคโนโลยีทางโทรศัพท์ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ อย่างไรก็ตามช่องทางการสื่อสารที่เพิ่มมากขึ้นจากเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นใหม่ๆ และมีราคาที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การติดต่อสื่อสารเกิดมากขึ้นและเป็นอิสระมากขึ้นด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการได้รับและส่งต่อข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง กระจายสู่สังคมในวงกว้าง

อย่างรวดเร็ว จนส่งผลร้ายต่อการสร้างและการจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559)

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2557) ศึกษาสถานการณ์การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของช่องทางการสื่อสารสาธารณะ 4 ประเภท คือ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ทีวีดาวเทียม และเว็บไซต์ พบว่าส่วนใหญ่มีการนำเสนอเนื้อหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพร้อยละ 25.70 ผลิตภัณฑ์เสริมความงามร้อยละ 21.50 และการรักษาโรคร้อยละ 7.20 โดยมีการสื่อสารผ่านทางสื่อเว็บไซต์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือหนังสือพิมพ์ร้อยละ 33.3 ทั้งนี้ในด้านการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ สื่อเน้นนำเสนอเนื้อหาเพื่อการโน้มน้าวให้เกิดความเชื่อในสินค้าหรือบริการ สูงถึงร้อยละ 52.30 ในขณะที่เน้นเนื้อหาที่มีความถูกต้องเพียงร้อยละ 27.00 และมีความถูกต้องแต่ไม่ครบถ้วนร้อยละ 20.00 เท่านั้น โดยส่วนใหญ่พบการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวในสื่อดาวเทียมมากที่สุดร้อยละ 94.40 รองลงมาคือโทรทัศน์ร้อยละ 75.80 นิตยสารร้อยละ 50.30 และเว็บไซต์ร้อยละ 33.00 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นภัยคุกคามต่อประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจต่ำ ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดสินใจเลือกซื้อหรือเลือกปฏิบัติตามข้อมูลเหล่านั้นจนเกิดผลเสียต่อตนเองและผู้อื่นได้

สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media)

ในปัจจุบันอินเทอร์เน็ต (Internet) และสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของผู้คนในสังคมมากขึ้น จนทำให้สังคมทุกวันนี้เกิดสังคมก้มหน้าซึ่งหมายถึงผู้คนโดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและจดจ่ออยู่กับการเสพข่าวสารและการติดต่อสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ประเภทต่างๆ อาทิ เฟสบุ๊ค (Facebook) แอปพลิเคชันไลน์ (Application Line) ทวิตเตอร์ (Twitter) และอินสตาแกรม (Instagram) เป็นต้น จนทำให้มีการพุดคุยหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง (ยุพดี ทองโคตร, ศรีธยา วรินทร์เวช และมนัญญา ทองบ่อ, 2559) จากการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในจำนวนประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปประมาณ 62.8 ล้านคน มีผู้ใช้คอมพิวเตอร์ 20.20 ล้านคน ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 29.80 ล้านคน และผู้ใช้โทรศัพท์มือถือ 51.10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.20, 47.50 และ 81.40 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการใช้ระหว่าง พ.ศ.2555-2559 พบว่า ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ลดลงจากร้อยละ 33.70 เป็นร้อยละ 32.20 ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.50 เป็นร้อยละ 47.50 ผู้ใช้โทรศัพท์มือถือทุกประเภทเพิ่มจากร้อยละ 70.20 เป็นร้อยละ 81.40 และผู้ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน (Smart phone) เพิ่มจากร้อยละ 8.00 เป็นร้อยละ 50.50

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีผู้ที่สนใจศึกษาและพัฒนาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน ดังการศึกษา

และพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สุชาดา เจะคอเถาะ, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ และนริมาลย์ นิละไพจิตร, 2559) ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information technology-HIT) โดยผ่านโปรแกรมการใช้งานบนโทรศัพท์มือถือ 4 ประเภท คือ โปรแกรมการออกกำลังกาย โปรแกรมโภชนาการ เครื่องมือติดตามการออกกำลังกาย และช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ลักษณะต่อการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ (Mackert, Mabry-Flynn, Champlin, Donovan, & Pounders, 2016)

ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการออกแบบและการตรวจสอบข้อความแบบสั้น (Short message service-SMS) ด้านสุขภาพบนโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ เกณฑ์และปริมาณโซเดียม การบริโภคผักและผลไม้ การบริโภคอาหารไขมันและน้ำตาลสูง และการออกกำลังกาย ส่งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบคำถามเป็นระยะตามชุดข้อความ หลังการทดสอบพบว่าร้อยละ 96.70 ตอบได้ถูกต้องซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดที่อยู่ในข้อความ โดยการศึกษาครั้งนี้เน้นที่การพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของข้อความซึ่งมีพื้นฐานมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทฤษฎี และการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ปลายทาง (Diez-Canseco et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบโปรแกรมการสอนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยใช้คลิปวิดีโอสั้นๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจจากรายการโทรทัศน์ยอดนิยมเรื่องอีอาร์ (ER) ซึ่งพบว่าน่าสนใจ มีความบันเทิงและสามารถช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ (Primack et al., 2010) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าสื่อสังคมออนไลน์มีประโยชน์ต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก อีกทั้งมีความทันสมัย สะดวก และประหยัดเวลา ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับการใช้และเสภาพข่าวสารอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งต้องอาศัยทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

แอปพลิเคชันไลน์ (Application Line) เป็นแอปพลิเคชัน สำหรับการสนทนาบนโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน โดยผู้ใช้สามารถสื่อสารด้วยการพิมพ์ข้อความจากอุปกรณ์การสื่อสารเครื่องหนึ่งไปยังอีกเครื่องหนึ่ง โดยมีจุดเด่นที่แตกต่างจากแอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาในรูปแบบอื่นอื่นคือรูปแบบของสติ๊กเกอร์ (Sticker) ที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังสามารถสร้างกลุ่มเฉพาะสำหรับการสนทนาที่มีความเกี่ยวข้องกับระหว่างบุคคลหลายบุคคลให้สามารถเชื่อมต่อและสื่อสารกันได้ภายในกลุ่ม จุดเด่นอีกประการหนึ่งคือความสามารถในการสนทนาด้วยเสียงผ่านไลน์ (Voice Call) เสมือนการพูดคุยโทรศัพท์ไปยังสมาชิกบนเครือข่ายโดยไม่เสียค่าบริการขณะสนทนา ด้วยลักษณะดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนและหน่วยงาน

ต่างๆ คำนวณโหลดโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์มาไว้ในเครื่องเพื่อจุดประสงค์ในการใช้งานที่แตกต่างกัน ในปัจจุบันสามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ผ่านคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (Desktop) และแท็บเล็ต (Tablet) ได้ด้วย (สักรินทร์ ต้นสุพงษ์, 2557)

เนื่องจากแอปพลิเคชันไลน์เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้งานค่อนข้างง่าย มีการนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายด้าน อาทิ การติดต่อสื่อสาร ด้านสังคม ด้านความบันเทิงและด้านการทำงาน (กฤษณี เสือใหญ่ และพัชนี เขจรธยา, 2559) ซึ่งพบว่าการนำไปใช้ประโยชน์ด้านการสื่อสารมากที่สุด เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล รองลงมาเป็นการสื่อสารแบบกลุ่ม อีกทั้งไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากค่าบริการอินเทอร์เน็ต ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยและเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารในการศึกษาครั้งนี้ ร่วมกับวิธีการสื่อสารอื่นๆ

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบการจัดการศึกษาที่ให้ความสำคัญในการที่จะพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ สมใจ ปราบพล (2544) กล่าวว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึงการที่ผู้เรียนแต่ละคนมีส่วนร่วมโดยการเอาใจจดใจจ่อร่วมทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาศัยหลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ได้รับความรู้ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะการแสวงหาความรู้ ทักษะการบันทึกความรู้ ทักษะการคิด ทักษะการจัดการความรู้ ทักษะการแสดงออก ทักษะการสร้างความรู้ใหม่ และทักษะการทำงานกลุ่ม สอดคล้องกับอรรถจริย ฒ ตะกั่วทุ่ง (2545) ที่กล่าวว่าเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจเลือกบทเรียนในลักษณะกลุ่ม ได้พูดคุยปรึกษา ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรต่อกันและกัน มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่อบอุ่นและเป็นมิตรในขณะที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกัน จะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้พฤติกรรมของผู้อื่น เกิดความเข้าใจในตนเองและเข้าใจผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น ได้เรียนรู้ข้อมูลประสบการณ์ต่างๆ อย่างมากมาย มีเจตคติที่กว้างและหลากหลายและที่สำคัญก็คือ ได้เรียนรู้ที่จะปรับตัวให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีเจตคติที่ดีต่อการทำงานเป็นทีม และพัฒนาเจตคติที่ดีของผู้เรียน ดังการศึกษาของจิราภรณ์ ชวงค์ และปริญญญา ก้องสกุล (2555) ที่พบว่าภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้อย่างนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของแสงดาว ถิ่นหารวงษ์ (2558) ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการคณิตศาสตร์สำหรับเด็กโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา โดยช่วยให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองและได้ฝึกปฏิบัติวางแผนการทำกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ มีส่วนร่วมในการอภิปรายประเด็นปัญหาขึ้นตอน

เหล่านี้ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนที่ฝึกให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ไขปัญหา เช่นเดียวกับ อานนท์ พิงสาย และต่อศักดิ์ แก้วจรัสวิไล (2557) ที่พบว่า ผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้นักเรียนมีเจตคติในการเรียนพลศึกษาอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมของนักเรียนอยู่ในระดับดี และนักเรียนมีเจตคติก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยให้ความสนใจในการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจและการศึกษาความสัมพันธ์ ส่วนงานวิจัยประเภทอื่นๆ อาทิ งานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยเชิงทดลอง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการพบมีผู้ศึกษาจำนวนน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบงานวิจัยเชิงสำรวจและการศึกษาความสัมพันธ์จำนวน 12 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างๆ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มปกติ เสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มเด็กวัยเรียน การศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล จังหวัดนครราชสีมา (สาวิตรี วิษณุโยธิน หนัดดา ซาติอนุลักษณ์ สุริพร แสงสุวรรณ อมร โรจนวราพงษ์ และภิญญาดา พรจรรยา, 2558) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (นิติกุล บุญแก้ว, 2557) การศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (นงลักษณ์ แก้วทอง, 2557) การศึกษาในกลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและบุคลากรสาธารณสุข (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) และการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดตา เป็นต้น ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศ อาทิ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเมตาโบลิคซินโดรมหรือวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Yokokawa et al, 2016) การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนชาวจีนในเขตชนบทและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในประชาชนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Li et al, 2013) การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนชาวจีนในเขตชนบทและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในประชาชนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Li et al, 2013) และการศึกษาผลกระทบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการใช้แบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลซึ่งเชื่อมต่อผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยใช้แบบวัด eHealth Literacy Scale (eHEALS) (Noblin, Wan, & Fottler, 2012) เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่ทั้งในและต่างประเทศพบว่าประชาชนยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้ มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระดับดี โดยพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว

ส่วนงานวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทยพบว่ามีผู้ศึกษางานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (จิตติยา แก้วสมบุญ, 2551) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยจัดเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 2-3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ วัสดุทัศนเรื่องมะเร็งปากมดลูก เรื่อง การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย แผ่นภาพแสดง แผนผังขั้นตอนการรักษาของแพทย์ แผ่นพับเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย และอุปกรณ์ตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจ เช่น ผ้าก๊อสหุ้มเลือดในช่องคลอด ผลการทดลองพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ รวมทั้งพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามขั้นตอนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีการวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของจารุวรรณ กองแก้ว (2551) ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยใช้สื่อเป็นภาพถ่าย และแผ่นพับการเจาะชิ้นเนื้อตับให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวน และมีการติดตามการปฏิบัติตามแผนทางโทรศัพท์ ระยะเวลาดำเนินการรวมทั้งสิ้น 20 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจิตติยา แก้วสมบุญ (2551)

ใกล้รุ่ง คำกลานน, วิเชียร ชำรงโสทธิสกุล และสายฝน วิบูลรังสรรค์ (2559) ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 363 คน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวคิดของนักปราชญ์เป็นกรอบในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือการเรียนการสอนตามแนวคิดกระบวนการสืบสอบและการแสวงหาความรู้เป็นกลุ่ม โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มช่วยกระตุ้นความสนใจหรือความอยากรู้และช่วยดำเนินการแสวงหาความรู้หรือคำตอบที่ต้องการได้ด้วยตนเองอย่างมีเหตุผล หลังการทดลองพบว่านักเรียนมีระดับความรอบด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบและมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนที่สูงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นกับนักเรียน ได้แก่ 1) นักเรียนมีความสามารถในการทำงานร่วมกับเพื่อน

และมีกระบวนการทำงานกลุ่มดีขึ้น 2) นักเรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทำให้มีความสุข 3) นักเรียนมีความมั่นใจกล้าคิด กล้าแสดงออก ชอบที่ได้สะท้อนการเรียนรู้โดยการเรียนหรือการพูด และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยเสนอแนะว่าในการนำหลักสูตรไปใช้ควรจัดการเรียนการสอนที่ประยุกต์เนื้อหาจากชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง และให้เวลาในการสะท้อนความรู้ ความคิด และความรู้สึกให้มากขึ้น รวมทั้งปรับเปลี่ยนสื่อให้เหมาะสมกับบริบท สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้านโภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา (ดวงกมล เข็มเงิน, 2555) เป็นการศึกษาวิจัยทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกิจกรรมการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ วางแผนและกำหนดเป้าหมายในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน เลือกซื้ออาหารให้เหมาะกับวัยและโภชนาการ ประเมินผลิตภัณฑ์อาหารโดยการอ่านฉลากอาหารและข้อมูลโภชนาการ เปิดโอกาสให้นักเรียนสื่อสาร และนำเสนอข้อมูลด้านโภชนาการแก่ผู้อื่นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 50 นาที ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านโภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านโภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการแตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาพบว่า การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคลเหล่านั้น โดยวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น เช่น กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำรายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์หรือสื่อสังคมออนไลน์ รวมทั้งการใช้สื่อหลากหลายประเภทเช่น ภาพถ่าย วิดีทัศน์ และแผ่นพับ เป็นต้น จึงจะสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้บุคคลวัยทำงานมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวของบุคคลวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากลักษณะงานบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชน (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2553) โดยใช้หลักยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับท้องถิ่น การพัฒนาแนวทาง และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ การสนับสนุนให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

พัฒนาบุคคลให้มีทักษะการเรียนรู้เรื่องสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพของตนเองโดยการให้คำปรึกษา เพื่อให้ประชาชนมีการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถตัดสินใจหาแนวทางในการทำให้ร่างกายตนเองมีสุขภาพดียิ่งขึ้น โดยเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ (กุนนที พุ่มสงวน, 2557) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลมีหน้าที่ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนโดยการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Kennard, 2016) โดยใช้กลยุทธ์ในการสื่อสาร การสร้างสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดอุปสรรคในการเข้าถึงที่เกิดขึ้นโดยผู้ประกอบวิชาชีพและระบบสุขภาพ และให้บริการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดย ปรับให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการที่มีความแตกต่างและหลากหลายในระดับความรู้ ความสามารถ ภาษาและวัฒนธรรม (อภิญา อินทรรัตน์, 2556) พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้และพัฒนาความสามารถในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันอย่างเป็นองค์รวม (Eadie, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับเคนนาร์ด (Kennard, 2016) ที่เสนอว่าควรมีการบรรจุแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพไว้ในหลักสูตรของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลที่มีความเข้มแข็งและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน

สรุปการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั้งกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีตามมา บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีความตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพมีความสนใจศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ลดระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง (Incidents of Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นและเป็นภัยเงียบเนื่องจากไม่แสดงอาการในระยะเริ่มแรก ทำให้ประชาชนไม่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึงหนึ่งพันล้านคน โดยสองในสามของผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและคาดการณ์ว่าใน ค.ศ.2025 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรค

ความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน (WHO, 2011) และในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมถึงประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตในแต่ละปี ประมาณ 1.5 ล้านคน และมี 1 คนใน 3 คนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่างๆ ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (สมสมัย รัตน-กรีฑากุล, อโนชา ทศนาชนชัย, ชรัญญากร วิริยะ, และพรเพ็ญ ภัทรกร, 2558) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตเรื้อรัง (James et al., 2014) ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ภาวะแทรกซ้อนอาจรุนแรงจนถึงขั้นเกิดความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Matsushita et al., 2010) ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจประมาณ 17 ล้านคน โดย 1 ใน 3 หรือประมาณ 9.4 ล้านคน เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2013) ส่วนโรคไตเรื้อรังและความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นได้ทั้งสาเหตุ และภาวะแทรกซ้อนของโรคไต (ประเสริฐ รัตนกิจจารุ, 2558) โดยพบความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้ร้อยละ 50-75 ในผู้ป่วยไตเรื้อรังทั่วไป หรือร้อยละ 85-95 ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 (Rao, Qiu, Wang, and Bakris, 2008) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม สำหรับประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในจากโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยคนละ 4,586 บาท และค่ารักษาของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยครั้งละ 831 บาทต่อคน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 79,763 ล้านบาทต่อปี (เนติมา คูณิย์, 2557)

สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทยจากสรุปรายงานการป่วยของสำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2558) แยกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย ไม่รวมกรุงเทพมหานคร อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากรหนึ่งพันคน พบว่า โรคระบบไหลเวียนเลือด และโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม สูงเป็นลำดับแรกและลำดับที่ 2 ในภาพรวมของประเทศ เช่นเดียวกันกับรายการ ส่วนอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนพบว่าสาเหตุการป่วยที่พบสูงที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน และโลหิตจางจาก ไชกระดูกฝ่อ และโลหิตจางชนิดอื่น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจาก พ.ศ. 2550-2557 พบว่าอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1,025.44 คน และใน พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 1,710.89 คน เมื่อพิจารณาสาเหตุการป่วยของประชาชนในช่วงอายุ 15-59 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานพบว่าอัตราป่วยสูงสุดยังคงเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งชายและหญิง โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 561.51 และ 680.09 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

เช่นกัน โดยใน พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 3.64 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 11.58 คน ใน พ.ศ. 2558 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

กระทรวงสาธารณสุข (2556) มีนโยบายป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน กลวิธีที่สำคัญ คือ การคัดกรองแล้วแบ่งประชาชนเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยกลุ่มปกติจะเน้นให้คำแนะนำสร้างเสริมสุขภาพและติดตามตรวจซ้ำปีละครั้ง กลุ่มเสี่ยงจะเน้นให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันไม่ให้ป่วยและติดตามวัดความดันโลหิตเป็นระยะ กลุ่มป่วยเน้นการจัดระบบในการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่งพบแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป จากการวิเคราะห์ผลการคัดกรองประชาชน 35 ปีขึ้นไปใน พ.ศ.2557- 2559 พบว่า ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 27.37, 28.61 และ 27.36 ตามลำดับ

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งซึ่งพบอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยมีอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2550 และ 2557 เท่ากับ 1,503.56 คน และ 1,976.36 คน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศพบว่า จังหวัดนครปฐมมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงกว่า ส่วนอัตราตายพบว่า ใน พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 2.90 คน ใน พ.ศ.2558 มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 93 คน คิดเป็นอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 10.39 คน(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) เปรียบเทียบกับระดับประเทศพบว่าพบว่ามีอัตราตายต่อประชากรแสนคนน้อยกว่าแต่ไม่แตกต่างกันมาก และจากการดำเนินการควบคุมและเฝ้าระวังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผลจากการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ.2557-2559 พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.77, 30.88 และ 28.52 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2559) แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงมีอัตราสูงกว่าระดับประเทศ สำหรับชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐมที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ผลการคัดกรองในภาพรวมของอำเภอ พ.ศ. 2557-2559 พบว่าประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 29.62, 32.73 และ 33.80 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2559)) และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยใน พ.ศ.2557-2559 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 125, 132 และ 142 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 5.57, 5.89 และ 6.33 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานจำนวน 66, 68 และ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 3.03, 3.03 และ 3.21 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์, 2559)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง (Risk factors of Hypertension)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่โซเดียมมากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นต้น ภาวะน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับความเครียด สูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) จากรายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ทำการสำรวจในประชาชนจำนวน 310,045 คน ในภาพรวมของประเทศ ผลการสำรวจพบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 42,763 คน คิดเป็นร้อยละ 13.79 ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ม² ร้อยละ 50.80 ประชาชนบริโภคผักและผลไม้สดวันละ ½ กก. หรือ 5 กำมือต่อวันร้อยละ 11.50 ใน 5-7 วันต่อสัปดาห์มีพฤติกรรมบริโภคอาหารถึงสำเร็จรูปหรืออาหารหมักดอง ร้อยละ 82.10 พฤติกรรมเติมน้ำปลาเกลือ และซอสอื่นๆ เพิ่มในอาหารทำเป็นส่วนใหญ่ และเติมทุกครั้งร้อยละ 78.40 พฤติกรรมบริโภคอาหารทอดร้อยละ 83.9 เนื้อสัตว์หรืออาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 82.00 พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย พบผู้ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 43.30 ไม่ได้ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติร้อยละ 19.50 พฤติกรรมด้านอารมณ์พบว่าส่วนใหญ่มีเรื่องให้คิดมากหรือกังวลใจจนทำให้นอนไม่หลับทุกคืนสูงถึงร้อยละ 68.90 เมื่อมีความเครียดส่วนใหญ่จะบริโภคมากกว่าหรือน้อยกว่าปกติทุกครั้งร้อยละ 75.10 พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 14.60 พฤติกรรมการดื่มสุราพบผู้ดื่มสุราร้อยละ 14.40 จากการสำรวจดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมาได้หากไม่ได้รับการแก้ไขโดยเร็ว

แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood pressure) คือแรงดันที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเพื่อเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ค่าความดันโลหิตมี 2 ค่า โดยค่าความดันโลหิตตัวบนหรือซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) เป็นแรงดันเลือดที่วัดได้ขณะหัวใจบีบตัว ส่วนค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) เป็นแรงดันเลือดที่วัดได้ขณะหัวใจคลายตัว ซึ่งคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผล และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2003) ได้แบ่งระดับความดันโลหิตสำหรับผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มปกติ (Normal) หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Prehypertension) หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (Stage 1 hypertension) หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 (Stage 2 hypertension) หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

หมายเหตุ เมื่อระดับความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก อยู่ต่างระดับกันให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง (Type of Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุการเกิด คือ โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Essential or Primary hypertension) พบร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แท้จริงแต่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายประการ อาทิ ปัจจัยทางพันธุกรรม เชื้อชาติ ปริมาณเกลือที่บริโภค การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และน้ำหนักเกิน เป็นต้น (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550; Weber et al., 2014) และโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary hypertension) ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่ชัดเจนพบเพียงร้อยละ 5-10 (Weber et al., 2014; ธนิษฐา ศรีรักรัย และธนศ แก่นสาร, 2552) สาเหตุของการโรคเกิดความดันโลหิตสูงชนิดนี้เกิดจากโรคของไต เช่น ไตอักเสบ ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงของไตมีการตีบตัน หลอดเลือดผิดปกติตั้งแต่กำเนิด จากหลอดเลือดหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจ หลอดเลือดแดงใหญ่หดตัว จากโรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ฟีโนสมอง และจากความผิดปกติของฮอร์โมนที่หลั่งจากอวัยวะภายในต่างๆ เช่น ต่อมหมวกไต กลุ่มอาการคุชชิง (Cushing syndrome) การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดและโรคครรภ์เป็นพิษ (ธนิษฐา ศรีรักรัย และธนศ แก่นสาร, 2552) ซึ่งภาวะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง (Effects of Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และต้องควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงก่อให้เกิดผลกระทบในหลายๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ การที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้หัวใจต้องทำการบีบตัวต้านกับความดันโลหิตที่สูง ผลตามมามีคือ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวให้มีความหนาขึ้นเกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต

ในที่สุดจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากความผิดปกติของการบีบตัวทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (Systolic heart failure) ตามมาการที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้หัวใจต้องทำการบีบตัวต้านความดันโลหิตที่สูงขึ้น จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ภาวะแทรกซ้อนต่อสมอง ผลของการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มาจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนอุดตันเกิดสมองตาย (Cerebral infarction) หรืออาจจะเกิดเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage) ภาวะแทรกซ้อนต่อไต ทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงที่ไต (Atherosclerotic lesion) ส่งผลให้เกิดการลดลงของอัตราการกรองของหน่วยไต (Glomerular filtration rate tubular dysfunction) การเสื่อมลงของไตจะทำให้เกิดปัญหาไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตจากสาเหตุนี้ถึงร้อยละ 10 (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) ภาวะแทรกซ้อนต่อตา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยที่จอรับภาพ (Retina) ของตา โดยเกิดจากภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะหนาและแข็ง เกิดการตีบแคบลงต่อมาอาจแตกออกที่จอรับภาพ ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ จนกระทั่งเกิดตาบอดได้ นอกจากนี้การหดตัวของหลอดเลือดฝอยอาจทำให้เลือดออกจากขั้วประสาททำให้ตาบวม (Papilledema) ซึ่งมีผลทำให้เกิดตาบอดได้เช่นกัน (สุภาวดี ด้านธำรงกุล, 2543, อ้างใน ศรัญญา คล้ายสกุล, 2551)

นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้วโรคความดันโลหิตสูง ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตน เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิตและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักในการพัฒนาสังคม มีหน้าที่หลักในการเป็นผู้นำครอบครัว ทำงานเพื่อให้อุปการะครอบครัวมีเศรษฐกิจที่ดีสามารถดำรงอยู่ได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในผู้ที่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตหลายชนิด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานจากผลข้างเคียงที่ได้รับจากยา เช่น อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น (จินดาพร ศิลาทอง, 2553) จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการแสดงบทบาททางสังคม ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ บทบาทในสังคมลดลง อาจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลและให้การช่วยเหลือ และยังส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว และสังคมตามมา สำหรับประเทศไทยพบว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 4,586 บาทต่อครั้ง และค่ารักษาของผู้ป่วยนอกครั้งละ 831 บาทต่อคน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 79,763 ล้านบาทต่อปี (เนติมา ภูนิษฐ์, 2557)

จากสถานการณ์ข้างต้นชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มความรุนแรงและผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบในด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศด้วย เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคความดันโลหิตสูงมาจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

พฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมในการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ภายใต้อาสาเชื่อว่าการปฏิบัติแล้วจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี (Werle, 2011)

เจนกินส์ (Jenkins, 2003) แบ่งประเภทพฤติกรรมในการป้องกันโรคไว้ 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมในการป้องกันโรคปฐมภูมิ (Primary prevention behavior) มุ่งการป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค โดยการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และส่งเสริมสุขภาพอนามัย เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น
2. พฤติกรรมในการป้องกันโรคทุติยภูมิ (Secondary prevention behavior) ระยะนี้เริ่มมีอาการแสดงของโรคออกมาให้เห็น มีการค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วย และใช้บริการทันทีเพื่อยับยั้งโรคที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. พฤติกรรมในการป้องกันโรคตติยภูมิ (Tertiary prevention behavior) เป็นการป้องกันเพื่อลดความพิการจากโรคที่เป็นอยู่ให้น้อยลงและมีการฟื้นฟูสภาพด้วยการกายภาพบำบัด

โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา (กองสุขาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ในระยะยาวถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าจะมิชอบซึ่งในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยทุกราย โดยในการศึกษาค้นคว้าวิจัยมุ่งเน้นการป้องกัน

โรคระดับปฐมภูมิ

แนวปฏิบัติการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ. 2ส. มีรายละเอียดดังนี้

1. การบริโภคอาหาร

1.1 การจำกัดโซเดียมในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งผู้ที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียม 300-500 มิลลิกรัม ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียม 320-455 มิลลิกรัม และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มิลลิกรัม จากการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 25-55 ปี พบว่า หากลดปริมาณเกลือในอาหารเหลือเพียง 1 ช้อนชา สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 9 มิลลิเมตรปรอท และสามารถลดความดันโลหิตสูงระดับที่หนึ่งได้ผลในบางราย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) จากตัวอย่างงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัม หรือรับประทานเกลือไม่เกิน 6 กรัมหรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน จะสามารถลดความดัน ซิสโตลิกได้ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Clobanian et al., 2003 อ้างในจินดาพร ศิลาทอง, 2553) ในแต่ละวัน ร่างกายได้รับโซเดียมจากหลายแหล่งไม่เฉพาะอาหารที่มีรสเค็มเท่านั้น เช่น อาหารธรรมชาติ หรือโปรตีนจากสัตว์ เช่น นม หรือเนยแข็ง มีโซเดียมค่อนข้างสูง อาหารที่ใส่เกลือ เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ผลไม้ดอง ผักดอง นอกจากนี้เกลียวยังแฝงมากับอาหารอื่น เช่น ขนมกรุบกรอบ ขนมขบเคี้ยว และผงชูรส ที่ใช้ในการประกอบอาหาร เป็นต้น (ดวงกมล เข็มเงิน, 2555) การจำกัดปริมาณเกลือหรือโซเดียมเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยากและผู้คนส่วนใหญ่ไม่ได้เฝ้าระวังเนื่องจากเกลือเป็นส่วนประกอบที่อยู่ในอาหารทั่วไป นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมในการประกอบอาหารของท้องถิ่นด้วย (Weber et al., 2014)

1.2 การรับประทานอาหารตามแนว DASH (Dietary Approche to Stop Hypertension) คือ อาหารที่เน้นการรับประทานธัญพืช ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ การลดปริมาณไขมันโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (JNC7, 2003) การลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวแทน สามารถลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด การมีไขมันในเลือดผิดปกติทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ การรับประทานอาหารให้ถูกส่วนโดยเน้นอาหารประเภทผักและผลไม้ 5 ส่วนต่อหนึ่งวัน (ผัก 1 ส่วนมีปริมาณเท่ากับ ผักสด 1 ถ้วยตวง ผักสุกครึ่งถ้วยตวง น้ำผัก 240 มิลลิลิตร ผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล ผลไม้แห้งหนึ่งในสี่ถ้วย ผลไม้กระป๋องครึ่งถ้วยและน้ำผลไม้ 180 มิลลิลิตร) ข้าวและธัญพืชต่างๆ วันละ 6-8 ส่วน (1 ส่วนเท่ากับขนมปัง 1 ชิ้น ข้าวสุก 1 ถ้วย ข้าวกล้อง 1 ถ้วยและซีเรียลแห้ง 1 ถ้วย) นมไขมันต่ำวันละ 2-3 ส่วน (1 ส่วนเท่ากับนมพร่องมันเนย 240 มิลลิลิตร โยเกิร์ต 1 ถ้วยหรือชีส 1 ออนซ์) เนื้อไม่ติดมันและปลาน้อยกว่า 6 ส่วน (1 ส่วนเท่ากับเนื้อหมูไม่มีมัน หรือเนื้อเป็ดเนื้อไก่เอาหนังออก 30 กรัม ปลา 30 กรัม และไข่ 1 ฟอง) ถั่วและเมล็ดพืชแห้ง 4-5 ส่วนต่อสัปดาห์ (1 ส่วนเท่ากับถั่วลิสง ถั่วอัลมอนต์

เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ 1/3 ถ้วย เมล็ดทานตะวัน 2 ช้อนโต๊ะ หรือถั่วลิสง 1/2 ถ้วย) น้ำมันวันละ 2-3 ส่วน (1 ส่วนเท่ากับน้ำมันพืชหรือมากรีน 1 ช้อนชา สลัดน้ำใส 1 ช้อนโต๊ะหรือสลัดน้ำใส 2 ช้อนโต๊ะ) น้ำตาล 5 ส่วนหรือน้อยกว่าต่อสัปดาห์ (1 ส่วนเท่ากับน้ำตาล เกลือ แยม 1 ช้อนโต๊ะ เฮอร์เบต หรือ เกลาติน 1/2 แก้ว) (National Heart Lung and Blood Institutes, 2006)

2. การออกกำลังกาย (Exercise) หรือกิจกรรมทางกาย (Physical activities) กิจกรรมทางกาย หมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และร่างกายต้องการใช้พลังงาน แคลอรีมากกว่าขณะพัก ตัวอย่างกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การประกอบอาชีพ การเดินทาง งานบ้าน งานอดิเรก ออกกำลังกาย และเล่นกีฬา เป็นต้น กิจกรรมทางกายมีความหมายกว้างขวาง รวมถึงการ ออกกำลังกาย เล่นกีฬาและสมรรถนะทางกาย (American College of Sport and Medicine, 2005) การออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง การเคลื่อนไหวซ้ำๆ ที่มีการวางแผนเป็นรูปแบบที่ชัดเจน จำเพาะ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพและสุขภาวะที่ดี (ชุดิมา ชลายนเดชะ, วรธนะ ชลายนเดชะ, สุนีย์ บวรสุนทรชัย, ทิพย์วดี บรรพพระจันทร์ และเวทสินี แก้วขันตี, 2558) การออกกำลังกายให้ได้ผลประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ประการ คือ ระดับความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity of exercise) ความนาน หรือระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Duration of exercise) และความบ่อยหรือความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise)

2.1 ระดับความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity of exercise) มีวิธีประเมินดังนี้

2.1.1 ประเมินจากอัตราการใช้พลังงานระหว่างการมีกิจกรรมทางกาย เนื่องจาก กิจกรรมทางกายแต่ละประเภทมีการใช้พลังงานโดยเฉลี่ยแตกต่างกัน (Tanomsup et al, 2007 อ้างใน นวพร วุฒิชัยธรรม, 2558)

2.1.2 ประเมินจากเปอร์เซ็นต์การเต้นของหัวใจที่เร็วที่สุด (Percent of maximum heart rate: MHR) โดยการคำนวณการเต้นของหัวใจที่เร็วที่สุดเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุเป็นปี อัตราการเต้นของหัวใจที่ใช้เป็นเกณฑ์ประกอบด้วย 1) ความหนัก 50-60 เปอร์เซ็นต์ของการเต้นของหัวใจที่เร็วที่สุด คือ ระดับที่ช่วยเผาผลาญไขมันในร่างกาย 2) ความหนัก 60-70 เปอร์เซ็นต์ของการเต้นของหัวใจที่เร็วที่สุด คือระดับที่ช่วยรักษาสุขภาพและหัวใจให้แข็งแรง 3) ความหนัก 70-80 เปอร์เซ็นต์ของการเต้นของหัวใจที่เร็วที่สุด คือระดับที่ช่วยพัฒนาระบบการทำงานแบบใช้ออกซิเจนและพัฒนาสมรรถภาพหัวใจ 4) ความหนัก 80-90 เปอร์เซ็นต์ของการเต้นของหัวใจที่เร็วที่สุด คือ ระดับที่ช่วยพัฒนาระบบการทำงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน และ 5) ความหนัก 90-100 เปอร์เซ็นต์ของการเต้นของหัวใจที่เร็วที่สุด คือระดับที่ต้องระมัดระวังอันตรายที่เกิดกับร่างกาย (สิทธา พงษ์พิบูลย์, 2556 อ้างใน นวพร วุฒิชัยธรรม, 2558)

2.1.3 ประเมินจากเปอร์เซ็นต์การใช้ออกซิเจนมากที่สุด (Percent of VO_2 MAX) เนื่องจากกิจกรรมทางกายมีการใช้ออกซิเจนแตกต่างกัน (Tanomsup et al, 2007 อ้างใน นวพร วุฒิชิธรรม, 2558)

2.1.4 ประเมินจากการพูด เป็นวิธีประเมินอย่างคร่าวๆ โดยใช้การสังเกต หากพูดไม่ได้เลยขณะออกกำลังกาย อาจเนื่องจากหายใจลำบากหรือรู้สึกเหนื่อยมาก เป็นสัญญาณบอกว่าออกกำลังกายหนักเกินไป หากสามารถพูดได้คล่องราวกับนั่งคุยอยู่เฉยๆ แสดงว่าความหนักในการออกกำลังกายนั้นน้อยเกินไป ไม่พอที่จะกระตุ้นให้หัวใจทำงานได้มากพอที่จะเกิดความแข็งแรงได้ (สิทธา พงษ์พิบูลย์, 2556 อ้างใน นวพร วุฒิชิธรรม, 2558)

2.2 ความนานหรือระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Duration of exercise) การออกกำลังกายแบบแอโรบิคระดับปานกลาง โดยทำติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป สามารถทำเป็นช่วงๆ และนำเวลาออกกำลังกายรวมกันให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง ซึ่งจะทำให้ได้รับผลดีต่อสุขภาพเท่าเทียมกับการออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาทีเช่นกัน โดยจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถภาพของระบบหัวใจและหายใจ ลดภาวะไขมันในเลือด ลดความดันโลหิต ลดระดับอินซูลินในเลือด และควบคุมน้ำหนักตัวได้ดี (ชุติมา ชลาชนเดชะ และคณะ, 2558)

2.3 ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise) ขึ้นอยู่กับความหนักของกิจกรรมที่ทำ เช่น หากทำกิจกรรมระดับหนักปานกลาง แนะนำให้ทำ 30 นาทีต่อครั้ง เป็นเวลา 5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ แต่หากทำกิจกรรมระดับหนักมากก็อาจทำไม่นาน และและไม่น้อยต่อสัปดาห์ (20 นาทีต่อครั้ง เป็นจำนวน 3 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์) อย่างไรก็ตามมีคำแนะนำว่า ควรทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในหนึ่งสัปดาห์โดยทำอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ สามารถปรับเปลี่ยนความถี่และระยะเวลาได้ตามสะดวก รวมถึงสามารถตั้งเป้าหมายด้วยการคำนวณค่าการใช้พลังงานต่อสัปดาห์ (ชุติมา ชลาชนเดชะ และคณะ, 2558)

ประเภทของการออกกำลังกายจำแนกได้ 4 ประเภท ดังนี้ 1) การออกกำลังกายชนิดแอโรบิค เป็นการออกกำลังกายที่ได้ประโยชน์ต่อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดไขมันในเลือด ลดความดันโลหิตและลดความเครียดได้ เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว 2) กายบริหารเป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ทนทานของกล้ามเนื้อ พร้อมช่วยยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อให้เคลื่อนไหวได้คล่องตัว 3) การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด คัดตัวหรือการยืดเส้น เป็นการออกกำลังกายที่เป็นการฝึกสมาธิและการหายใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การฝึกโยคะหรือรำมวยจีน 4) การออกกำลังกายชนิดแรงต้านสูงโดยไม่ใช้ออกซิเจน เหมาะสำหรับนักกีฬาหรือผู้ที่สุขภาพดี (นวพร วุฒิชิธรรม, 2558)

3. การจัดการอารมณ์หรือความเครียด (Stress management) ความเครียดเป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลง เป็นผลมาจากการต้องปรับตัวในด้านต่างๆ ความเครียดอาจทำให้

เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว เมื่อบุคคลเผชิญปัญหาแล้วทำให้รู้สึกเครียดจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และเมื่อปัญหาเหล่านั้นหมดไปความดันโลหิตจะลดลงไปด้วย เมื่อเกิดความเครียดควรหาวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม การใช้ชีวิตประจำวันอาจก่อให้เกิดความเครียดในระดับปกติ การผ่อนคลายด้วยการจัดสรรเวลาจะช่วยให้สะสมความเครียดมากเกินไป เช่น การหยุดพักจากสิ่งที่กำลังทำชั่วคราวเปลี่ยนอิริยาบถ นั่งหลับตา ทำงานอดิเรกที่ชอบ ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น ในภาวะที่มีความเครียดสูง ควรฝึกปฏิบัติเทคนิคการคลายเครียด อาทิ การฝึกการหายใจ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การใช้จินตนาการ และการนวดกดจุดตนเอง เป็นต้น (นพพร วุฒิชัย, 2558)

4. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก (มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และ 1 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) จะทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวจากการเพิ่มของฮอว์โมนที่ควบคุมความดันโลหิต (renin) นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบกับปัจจัยทางสังคม เช่น ลักษณะงานและกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งค่านิยมของสังคมไทยที่รับรู้ว่าการดื่มสุราช่วยให้คลายเครียดและเป็นเรื่องปกติของผู้ชาย (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556) ทำให้สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยสูงถึงร้อยละ 32.5 และพบว่าวัยทำงานมีความชุกในการดื่มมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของชาติตามมา จึงควรลดหรือจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังนี้ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน ผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่

เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝ่าใหญ่หรือ 30 มิลลิลิตร

เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มิลลิลิตร

น้ำขาว อุ กระแช่ 10 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณ 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือปริมาณ 150 มิลลิลิตร

สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง ปริมาณ 4 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือปริมาณ 200 มิลลิลิตร

เบียร์ 5 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณ 250 มิลลิลิตร

เบียร์ 6.4 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณ ½ กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่

ไวน์ 12 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณ 100 มิลลิลิตร

5. การสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Weber et al., 2014)

นอกจากการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในรายที่น้ำหนักเกิน หรืออ้วนแนะนำให้ลดน้ำหนักหรือควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กก./ม² การควบคุมน้ำหนักควรลดน้ำหนัก ลงร้อยละ 7-10

ของน้ำหนักตัวภายในเวลา 6 ถึง 12 เดือน โดยน้ำหนักที่ลดลงทุก 1 กิโลกรัม สามารถลดความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 1 มิลลิเมตรปรอท โดยรวมการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การลดหรือควบคุมน้ำหนักทำได้ด้วยการควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจและศึกษาความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8 เรื่อง ผลการวิจัยสรุปได้ว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า อาทิ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงหรืออาหารรสเค็ม การรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ และการไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น การส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นได้มีความรู้หรือการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง และการได้รับคำแนะนำ กระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนงานวิจัยอีก 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องจึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงหวังว่าการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) จะสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเองและสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจได้

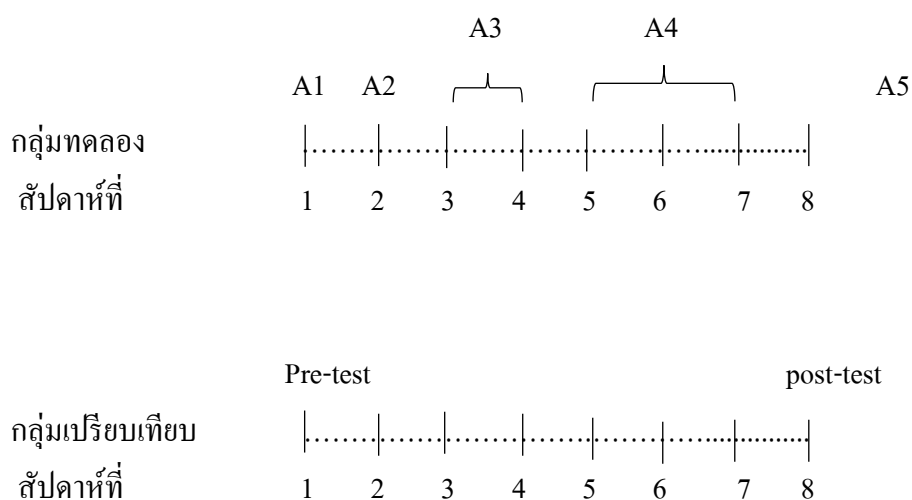
บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

การออกแบบการวิจัย

Christian University of Thailand



A หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเอง

A1 หมายถึง สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) และนัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล

A2 หมายถึง สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยจัดเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน ตามความสมัครใจ ดำเนินการครั้งละกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง มีผู้วิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิทยากรกลุ่ม 1 คน โดยมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะทั้ง 6 ด้าน (รายละเอียดในเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง หน้า 51)

A3 หมายถึง สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลคนละ 1 ครั้ง ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ เพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเองโดยติดตามการปฏิบัติ ให้คำปรึกษา และประเมินการบันทึกพฤติกรรมตามคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

A4 หมายถึง สัปดาห์ที่ 5-7 ผู้วิจัยติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อประเมินทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด

A6 หมายถึง สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรมด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลุ่มเดิม 3 กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post test) ประเมินทักษะการจัดการตนเองจากการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม และวัดระดับความดันโลหิตเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

สถานที่ศึกษา

สถานที่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีการจัดบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานที่สำหรับกลุ่มทดลองคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และสถานที่สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นลำโรง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ซึ่งพื้นที่ทั้งสองแห่งมีลักษณะทางกายภาพที่ใกล้เคียงกันคือเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้น มีพฤติกรรมบริโภคอาหารสำเร็จรูปจากตลาดนัดและร้านสะดวกซื้อมากขึ้น พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งอยู่ห่างกันเป็นระยะทาง 10 กิโลเมตร และอยู่คนละฟากของถนนเพชรเกษม

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงด้วยแบบคัดกรองของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ประจำปี พ.ศ.2559 ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดั้นสำโรงอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ชุมชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2560 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบคือประชาชนวัยทำงาน ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง แต่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดั้นสำโรง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมจำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

หาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โคลเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความเชื่อมั่น .05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) =.85 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของจาวรธรรม กองแก้ว (2551) ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกันพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับการเจาะขึ้นเนื้อตับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 54.57 (SD=5.50) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 50.00 (SD=5.67) นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.8 เมื่อเปิดตารางจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวน 23 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (อรุณ จิรวัดนกุล, 2551) เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประจำปี พ.ศ.2559 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดั้นสำโรงในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2560 แห่งละ 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

เกณฑ์คัดเข้าตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 35–59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงด้วยแบบคัดกรองของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (pre-hypertension risk group) มีระดับความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท
2. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
3. มีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้
4. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

เกณฑ์คัดออกตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 35–59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน
2. มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย หรือย้ายที่อยู่ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 8 สัปดาห์ รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม มีดังนี้

แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) และนัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการครั้งละ

กลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง มีผู้วิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่มและมีผู้ช่วยวิทยากรกลุ่ม 1 คน อธิบายขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนามจันทร์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ซึ่งเป็นสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณ และการเรียนรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. โดยผู้วิจัยบรรยายประกอบการนำเสนอภาพนิ่ง ให้ความรู้เรื่องค่าความดันโลหิต โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. โดยใช้ชุดกิจกรรมที่ 1-7 ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การอ่านฉลากโภชนาการ การสาธิตการออกกำลังกายและการคำนวณระดับความหนักของการออกกำลังกายโดยการจับชีพจร โดยการฝึกปฏิบัติจริง การคำนวณดัชนีมวลกาย การประเมินความเครียดด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมิน ST-5 การแปลผลและการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ การเรียนรู้เรื่องโรคที่เกิดจากสารพิษในบุหรี่ วิธีการลดละเลิกบุหรี่และการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเรียนรู้เรื่องปริมาณแอลกอฮอล์จากเครื่องดื่มประเภทต่างๆ วิธีการลดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนร่วมกันสนทนาแลกเปลี่ยนวิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้ช่วยวิทยากรกลุ่มเป็นผู้อำนวยความสะดวก สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และเพิ่มเติมประเด็นการเรียนรู้ รวมทั้งสรุปกิจกรรมกลุ่ม และบันทึกการสนทนากลุ่ม ประเมินผลในรายกิจกรรมและในภาพรวมโดยการถามตอบวัดความเข้าใจ การสาธิตย้อนกลับ การปฏิบัติจริง และการสังเกตการมีส่วนร่วม

2. กิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skill) เพื่อให้สามารถพูด อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยใช้

2.1 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) โดยจัดเป็น 3 กลุ่มกลุ่มละ 8-10 คน ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 ให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ตามชุดกิจกรรมที่ 1-10 (รายละเอียดในภาคผนวก) สรุปประเด็นและส่งตัวแทนมานำเสนอให้วิทยากรกลุ่มรับฟัง และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรมโดยใช้กลุ่มเดิม 3 กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้และสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ประเมินผลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

2.2 แอปพลิเคชันไลน์ (Line application) ผู้วิจัยนำเสนอการจัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตามหลัก 3อ.2ส. สอบถามและประเมินความสามารถในการเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ของสมาชิกในแต่ละกลุ่ม หลังจากนั้นนัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นรายกลุ่มย่อยเพื่อเพิ่มทักษะการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และจัดตั้งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นสมาชิกทุกกลุ่ม กำหนดข้อตกลงในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกัน โดยในสัปดาห์ที่ 5 เป็นการติดตามเพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเอง โดยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มในกรณีที่พบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ ใช้แบบบันทึกการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ และในสัปดาห์ที่ 6-7 เป็นการติดตาม เพื่อประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยประเมินเป็นรายบุคคล

3. กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access skill) เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยสาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เช่น Google และ YouTube โดยใช้คำสืบค้น “โรคความดันโลหิตสูง” ในการค้นหาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ มอบหมายให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากโทรศัพท์มือถือและส่งตัวแทนมานำเสนอวิธีการเข้าถึงข้อมูลและเนื้อหาที่ได้รับมอบหมาย ประเมินผลโดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันตอบคำถามในใบงานที่ 9 เรื่องการค้นหาแหล่งข้อมูล

4. กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เพื่อเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อแนะนำ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น โดยใช้ชุดกิจกรรมที่ 10 เป็นข้อความโฆษณาอาหารเสริมที่ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง และส่งตัวแทนมานำเสนอให้วิทยากรกลุ่มรับฟัง หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์กรอาหารและยา มูลนิธิหมอชาวบ้าน กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

5. กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision-making skill) ผู้วิจัยติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยประเมินเป็นรายบุคคล

6. กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) โดยใช้ชุดกิจกรรมที่ 8 ค้นหา ตั้งเป้าหมาย เราทำได้ ใช้เทคนิค 3 คำถาม ให้สมาชิกทุกคนตอบคำถามในใบงานของตนเอง (รายละเอียดในภาคผนวก) หลังจากนั้นแจกคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพแก่สมาชิกกลุ่ม ให้ทุกคนกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตน และสอนการ

บันทึกลงในคู่มือทุกวันตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยจะทำการติดตามเพื่อประเมินผลโดยนัดพบเป็นรายบุคคลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ในสัปดาห์ที่ 3-4 และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 5

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558 ประกอบด้วย 9 ตอน จำนวน 54 ข้อ ร่วมกับแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2559 ซึ่งใช้สำหรับประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ในประชาชนวัยทำงานกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ แต่ในการศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว จึงดัดแปลงข้อคำถามในบางข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ประยุกต์ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 42 ข้อ ดังนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และลักษณะงานหลักหรืออาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน 27 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 30.2ส. (10 ข้อ)

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 30.2ส. (12 ข้อ)

ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 30.2ส. (5 ข้อ)

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 30.2ส. เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้องจำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (ค่าความเชื่อมั่น KR-20=0.71)

เกณฑ์การให้คะแนน

0-5 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง รู้และเข้าใจในหลัก 30.2ส. ยังไม่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

6-7 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง รู้และเข้าใจในหลัก 30.2ส. อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

8-10 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง รู้และเข้าใจในหลัก 3.อ2ส. อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ตอนที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3.อ2ส. จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ มาตรฐานค่า 5 ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนี้ (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha=0.81)

การปฏิบัติ

ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้	1 คะแนน
ปฏิบัติบ้างครั้ง	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	4 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้	5 คะแนน

2.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีข้อคำถาม 2 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยกว่า 6 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ

6-7 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้

8-10 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้

2.2 การสื่อสารสุขภาพ มีข้อคำถาม 3 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยกว่า 9 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้

9-11 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3.อ2ส. ได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ

12–15 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับ การปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ของตนเองได้อย่างถูกต้อง

2.3 การจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 25 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยกว่า 15 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้

15–19 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

20–25 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ระดับคะแนนเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับคะแนนตั้งแต่ 1–4 ดังนี้ (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha=0.81)

- | | | |
|---|---------------|----------------------|
| 1 | คะแนน หมายถึง | ควรปฏิบัติน้อยที่สุด |
| 2 | คะแนน หมายถึง | ควรปฏิบัติน้อย |
| 3 | คะแนน หมายถึง | ควรปฏิบัติมาก |
| 4 | คะแนน หมายถึง | ควรปฏิบัติมากที่สุด |

เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยกว่า 12 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ยึดมั่นทำตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง

12–15 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น

16–20 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

สรุปคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ รวมจำนวน 27 ข้อ 90 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยกว่า 54 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.

54-71 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง

72-90 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดีมาก หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอและมีการการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนน แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือกในลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนี้ (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha=0.84)

การปฏิบัติ

ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้	1 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์	ให้	4 คะแนน
ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์	ให้	5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยกว่า 30 คะแนนหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง

30-39 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ

40–50 คะแนนหรือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมต่างๆ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558 ประกอบด้วย 9 ตอน จำนวน 54 ข้อ ร่วมกับแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2559 ซึ่งใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในประชาชนวัยทำงานกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว จึงดัดแปลงข้อคำถามในบางข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน ได้แก่

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) สาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุศึกษา จำนวน 1 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมารวมกัน คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) มีค่าเท่ากับ 0.81 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.80-1.00

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลวัยทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ตอนที่ 1 ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน มีค่าเท่ากับ 0.71

2.2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ตอนที่ 2 ได้แก่ แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. ใช้สูตร

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.81

2.3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ตอนที่ 3 ได้แก่ แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.81

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจและเมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการได้รับการบริการด้านสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยขอให้นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นตำโรง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการโครงการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. โดยจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560

5. เมื่อสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนา และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2. หลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยนำหนังสือพิทักษ์สิทธิ์และหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียนเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นลำโรง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการโครงการวิจัย

4. วัดความดันโลหิตและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

5. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นผู้ช่วยวิทยากรประจำกลุ่ม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีดำเนินการวิจัย และอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมและแผนการสอนแก่ผู้ช่วยวิจัยโดยละเอียด เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 8 สัปดาห์ ดังนี้ (แผนภาพที่ 3)

A1 สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) และนัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล

A2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน ตามความสมัครใจ ดำเนินการครั้งละกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง มีผู้วิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่มและมีผู้ช่วยวิทยากรกลุ่ม 1 คน อธิบายขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยบรรยายประกอบการนำเสนอภาพนิ่ง ให้ความรู้เรื่องค่าความดันโลหิต โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนร่วมกันสนทนาแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ใบงานที่ 1-7 (รายละเอียดในภาคผนวก) โดยมีผู้ช่วยวิทยากรกลุ่มเป็นผู้อำนวยความสะดวก สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และเพิ่มเติมประเด็นการเรียนรู้ รวมทั้งสรุปกิจกรรมกลุ่ม และบันทึกการอภิปรายกลุ่ม

2. ผู้วิจัยสาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เช่น Google และ YouTube โดยใช้คำสืบค้น “โรคความดันโลหิตสูง” ในการค้นหาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ จากนั้นวิทยากรกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากโทรศัพท์มือถือและส่งตัวแทนมานำเสนอวิธีการเข้าถึงข้อมูลและเนื้อหาที่ได้รับมอบหมาย โดยใช้ใบงานที่ 9 การค้นหาแหล่งข้อมูล

3. ผู้ช่วยวิทยากรกลุ่ม แจกใบงานที่ 10 เป็นข้อความโฆษณาอาหารเสริมที่ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง และกลุ่มส่งตัวแทนมานำเสนอให้วิทยากรกลุ่มรับฟัง จากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์การอาหารและยา มูลนิธิหมอชาวบ้าน กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

4. ผู้วิจัยนำเสนอการจัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. สอบถามและประเมินความสามารถในการเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ของสมาชิกในแต่ละกลุ่ม หลังจากนั้นนัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นรายกลุ่มย่อยเพื่อเพิ่มทักษะการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และจัดตั้งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นสมาชิกทุกกลุ่ม กำหนดข้อตกลงในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ โดยสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยจะติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติตามที่วางแผนไว้ พร้อมทั้งให้คำปรึกษากรณีที่พบปัญหาในการปฏิบัติตาม ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 6-7 ผู้วิจัยติดตามเพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจ โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยประเมินเป็นรายบุคคล

5. แจกคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองและแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (รายละเอียดในภาคผนวก) เพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้ โดยบันทึกลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองทุกวันตามความเป็นจริง

A3 สัปดาห์ที่ 3-4 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลคนละ 1 ครั้งตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ เพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเอง โดยติดตามการปฏิบัติ ให้คำปรึกษาและประเมินการบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตามคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

A4 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นการติดตามเพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเองโดยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มในกรณีที่พบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ ใช้แบบบันทึกการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ที่ 6-7 ผู้วิจัยติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นการติดตาม เพื่อประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยประเมินเป็นรายบุคคล และนัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8

A5 สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรมด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลุ่มเดิม 3 กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post test) ประเมินทักษะการจัดการตนเองจากการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังจากนั้นให้แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมและวัดระดับความดันโลหิตเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์

ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ กล่าวปิดกิจกรรมในโครงการวิจัย กล่าวขอบคุณและกล่าวอำลา

กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และให้มีการได้รับบริการหลังการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นลำโรง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อน

การทดลอง (Pre-test) วัดความดันโลหิตและนัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8

3. สัปดาห์ที่ 8 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) และวัดความดันโลหิต หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องเรื่องค่าความดันโลหิต โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

4. กล่าวปิดกิจกรรมในโครงการวิจัย กล่าวขอบคุณและกล่าวอำลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

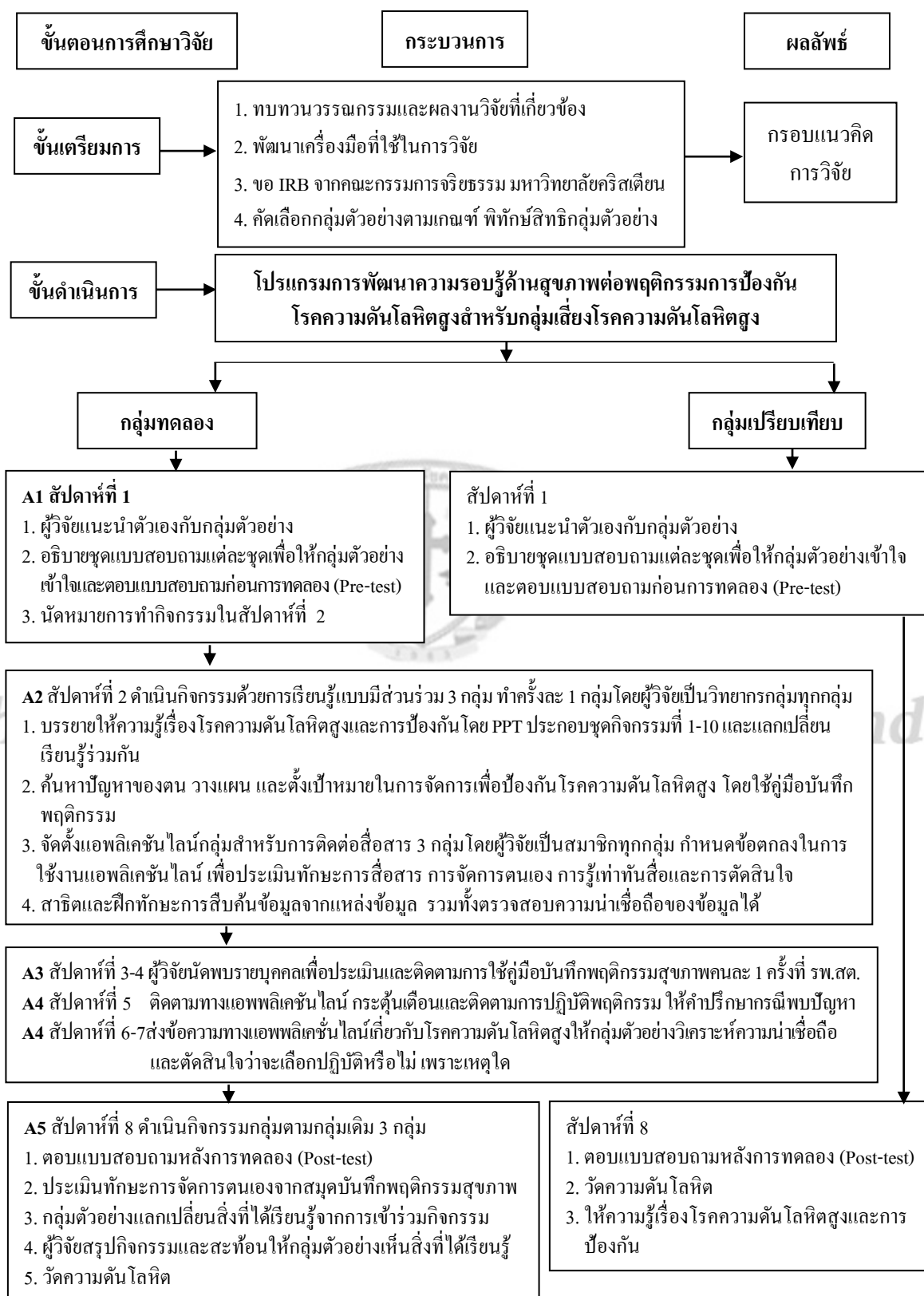
ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1 ใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพ

2.3 ใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพ



แผนภาพที่ 3 : ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน–เดือนกันยายน 2560 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลการวิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบผลการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	23.30	13	43.30
หญิง	23	76.70	17	56.70
อายุ				
30-40	7	23.30	5	16.70
41-50	17	56.70	10	33.30
51-60	6	20.00	15	50.00
($\bar{X}$ =45.40, S.D.=5.92, ($\bar{X}$ =49.00, S.D.=6.90, Min=35, Max=55) Min=35, Max=59)				
สถานภาพสมรส				
โสด	4	13.30	2	6.70
สมรส/คู่	22	73.30	26	86.70
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.30	2	6.70

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	30.00	9	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	23.30	6	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	6.70	9	30.00
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.30	2	6.70
ปริญญาตรี	11	36.70	4	13.30
อาชีพ				
รับจ้าง/ใช้แรงงาน	10	33.30	6	20.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	3	10.00	12	40.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.70	3	10.00
พนักงานโรงงาน/บริษัท	10	33.30	5	16.70
แม่บ้าน	2	6.70	4	13.30

จากตารางที่ 1 พบว่าเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 76.70 และ 56.70 ตามลำดับ รองลงมาคือเพศชายร้อยละ 23.30 และ 43.30 ตามลำดับ ด้านอายุพบว่าในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.70 และ 23.30 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 45.40 ปี ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 33.30 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 49.00 ปี สถานภาพสมรส พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 86.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่าอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด รองลงมาคือระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 36.70 และ 30.00 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบพบระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดและมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.00 อาชีพพบว่ากลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงานและอาชีพพนักงานโรงงานหรือพนักงานบริษัทมากที่สุดและมีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 33.30 รองลงมาคืออาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจคิดเป็นร้อยละ 16.70 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจมากที่สุด รองลงมาคืออาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 20.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	54.53	9.34	-11.72	0.000
หลังการทดลอง	30	68.16	7.38		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	54.16	9.73	-0.41	0.343
หลังการทดลอง	30	54.43	9.76		

***p-value<0.05

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 54.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.34 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 68.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.38 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 54.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.73 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 54.43 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.76 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะก่อนกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.343$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	ก่อนทดลอง (n=30)			หลังทดลอง (n=30)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
1. ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	6.67	1.99	พอใช้	8.70	1.01	ดีมาก	-7.09	0.000
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	5.36	1.94	ไม่ดีพอ	6.90	1.51	พอใช้	-5.14	0.000
3. ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	7.10	2.84	ไม่ดีพอ	9.83	2.33	พอใช้	-6.38	0.000
4. ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส	13.70	3.49	ไม่ดีพอ	17.50	2.59	พอใช้	-7.41	0.000
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส	5.13	1.83	ไม่ดีพอ	6.93	1.28	พอใช้	-6.22	0.000
6. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส	16.57	2.43	ดีมาก	18.26	1.68	ดีมาก	-5.89	0.000
โดยรวม	54.53	9.34	พอใช้	68.16	7.38	พอใช้	-11.72	0.000

***p-value<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับไม่ดีพอมากที่สุดจำนวน 4 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส และทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส รองลงมาคือระดับพอใช้ 1 ด้าน ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส คิดเป็นร้อยละ 16.67 และอยู่ในระดับดีมาก 1 ด้านคือ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส คิดเป็นร้อยละ 16.67 หลังการทดลองพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส เพิ่มจากระดับพอใช้เป็นระดับดีมาก ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส

ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส และทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส เพิ่มจากระดับไม่ดีพอเป็นระดับพอใช้ ส่วนทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส ยังอยู่ในระดับดีมากเช่นเดิม แต่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเช่นกัน ด้านที่ พบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ทักษะการจัดการตนเองตาม หลัก 3อ.2ส เพิ่มขึ้น 3.8 คะแนน ส่วนด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส เพิ่มขึ้น 1.54 คะแนน เมื่อพิจารณา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านก่อนและหลังการ ทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองใน ทุกด้าน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
ระดับพื้นฐาน				
1. ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	พอใช้	ดีมาก	พอใช้	พอใช้
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
3. ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
ระดับปฏิสัมพันธ์				
4. ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส	ไม่ดีพอ	พอใช้	ไม่ดีพอ	ไม่ดีพอ
6. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส	ดีมาก	ดีมาก	พอใช้	พอใช้

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย ทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดีพอ หลังการทดลองพบว่าการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน คือ ทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ในระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะการตัดสินใจ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดีพอ หลังการทดลองพบว่าการเปลี่ยนแปลง 2 ด้าน คือ ทักษะการสื่อสารและทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับพอใช้ ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดิม แต่เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่าเพิ่มขึ้น

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดีพอ ระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับพอใช้ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี หลังการทดลองพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 6 ด้าน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ไม่ดีพอ	15	50.00	15	50.00
พอใช้	15	50.00	15	50.00
ดีมาก	0	0.00	0	0.00
หลังการทดลอง				
ไม่ดีพอ	1	3.30	16	53.30
พอใช้	16	53.30	14	46.70
ดีมาก	13	43.30	0	0.00

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอและพอใช้มากที่สุดและมีจำนวนเท่ากัน ระดับละ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 50 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคือระดับดีมาก 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ส่วนระดับไม่ดีพอเหลือเพียง 1 คน เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าคะแนนเพิ่มมากขึ้นถึง 19 คะแนน จาก 39 คะแนนเป็น 52 คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอและพอใช้มากที่สุดและมีจำนวนเท่ากัน ระดับละ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 50 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอมากที่สุดคือ 16 คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคือระดับพอใช้ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	32.16	7.56	-7.32	<0.001
หลังการทดลอง	30	40.36	3.88		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	32.93	8.58	-0.23	0.411
หลังการทดลอง	30	33.10	6.67		

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 32.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.56 หลังการทดลองมีค่า

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 40.36 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.88 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 32.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.58 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 33.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.67 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.411$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความดันโลหิต		n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
SBP	ก่อนการทดลอง	30	131.36	5.40	3.03	0.002
	หลังการทดลอง	30	126.80	9.77		
DBP	ก่อนการทดลอง	30	85.30	5.64	4.98	<0.001
	หลังการทดลอง	30	80.10	6.11		
กลุ่มเปรียบเทียบ						
SBP	ก่อนการทดลอง	30	125.96	5.32	-2.22	0.170
	หลังการทดลอง	30	128.33	6.35		
DBP	ก่อนการทดลอง	30	82.63	3.53	-0.21	0.416
	หลังการทดลอง	30	82.80	4.97		

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

กลุ่มทดลองระดับความดันซิสโตลิก พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 131.36 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.40 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 126.80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.77 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$)

กลุ่มทดลอง ระดับความดันไดแอสโตลิก พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 85.30 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.64 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 80.10 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.11 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

กลุ่มเปรียบเทียบ ระดับความดันซิสโตลิก พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 125.96 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.32 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 128.33 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.35 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในระยะก่อนกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.170$)

กลุ่มเปรียบเทียบ ระดับความดันไดแอสโตลิก พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 82.63 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.53 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 82.80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.97 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในระยะก่อนกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.416$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	54.53	9.34	1.99	0.441
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	54.16	9.73		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	68.16	7.38	6.142	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	54.43	9.76		

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 54.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.34 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 54.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.73 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.441$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 68.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.38 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 54.43 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.76 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
1. ทักษะความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	6.67	1.99	พอใช้	6.60	1.99	พอใช้	-0.13	0.448
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	5.36	1.94	ไม่ดีพอ	5.53	1.50	ไม่ดีพอ	-0.37	0.355
3. ทักษะการสื่อสารสุขภาพตาม หลัก 3อ.2ส	7.10	2.84	ไม่ดีพอ	9.83	2.33	พอใช้	-6.38	0.000
4. ทักษะการจัดการตนเองตาม หลัก 3อ.2ส	13.70	3.49	ไม่ดีพอ	13.73	3.15	ไม่ดีพอ	-0.04	0.484
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส	5.13	1.83	ไม่ดีพอ	5.86	1.50	ไม่ดีพอ	-1.69	0.048
6. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส	16.57	2.43	ดีมาก	14.60	3.01	พอใช้	2.78	0.003
โดยรวม	54.53	9.34	พอใช้	54.16	9.73	พอใช้	1.99	0.441

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 9 พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับพอใช้ เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า มี 5 ด้านอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส อยู่ในระดับพอใช้ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอีก 4 ด้าน คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส และทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส อยู่ในระดับไม่ดีพอ ส่วนทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน คือกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับพอใช้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส และไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส และทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
1. ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	8.70	1.01	ดีมาก	6.70	1.89	พอใช้	5.18	0.000
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	6.90	1.51	พอใช้	5.56	1.54	ไม่ดีพอ	3.37	0.000
3. ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	9.83	2.33	พอใช้	7.93	3.37	ไม่ดีพอ	6.33	0.001
4. ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส	17.50	2.59	พอใช้	13.76	3.38	ไม่ดีพอ	4.79	0.000
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส	6.93	1.28	พอใช้	5.73	1.61	ไม่ดีพอ	3.18	0.000
6. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส	18.26	1.68	ดีมาก	14.73	2.91	พอใช้	5.76	0.000
โดยรวม	68.16	7.38	พอใช้	54.43	9.76	ไม่ดีพอ	6.14	0.000

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 10 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับไม่ดีพอ เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของทั้งสองกลุ่ม

แตกต่างกันทั้ง 6 ด้าน โดยในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด รองลงมาคือระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 33.33 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอมากที่สุด รองลงมาคือระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 33.33 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ทั้ง 6 ด้าน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	32.16	7.56	-0.36	0.350
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	32.93	8.58		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	40.36	3.88	5.15	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	33.10	6.67		

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 11 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 32.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.56 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 32.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.58 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงพบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.350$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 40.36 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.88 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนน

เฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 33.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.67 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการ ทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความดันโลหิต ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระดับความดันโลหิต		n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
SBP	กลุ่มทดลอง	30	131.36	5.40	3.90	0.000
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	125.96	5.32		
DBP	กลุ่มทดลอง	30	85.30	5.64	2.87	0.003
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	82.63	3.53		
หลังการทดลอง						
SBP	กลุ่มทดลอง	30	126.80	9.77	-0.72	0.237
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	128.33	6.35		
DBP	กลุ่มทดลอง	30	80.10	6.11	-1.87	0.033
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	82.80	4.97		

***p-value < 0.05

จากตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ก่อนการทดลอง ระดับความดันซิสโตลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดัน โลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 131.36 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.40 กลุ่มเปรียบเทียบมี ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 125.96 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.32 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

ก่อนการทดลอง ระดับความดันไดแอสโตลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 85.30 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.64 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 82.63 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.53 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

หลังการทดลอง ระดับความดันซิสโตลิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 126.80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.77 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 128.33 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.35 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.237$)

หลังการทดลอง ระดับความดันไดแอสโตลิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 80.10 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.11 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 82.80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.97 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.033$)

จากการที่ผู้วิจัยจัดบันทึกค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบโดยการแจกแจงเป็นรายบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีความเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตซิสโตลิก โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากที่สุดจำนวน 21 คน รองลงมามีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นจำนวน 6 คน และพบค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเท่าเดิมน้อยที่สุดจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00, 20.00 และ 10.00 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบกลุ่มตัวอย่างที่ความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นมากที่สุดจำนวน 20 คน รองลงมามีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจำนวน 7 คน และพบค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเท่าเดิมน้อยที่สุดจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67, 23.33 และ 10.00 ตามลำดับ

สำหรับความเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบกลุ่มตัวอย่างที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากที่สุดจำนวน 24 คน รองลงมามีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นจำนวน 5 คน และพบค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่าเดิมน้อยที่สุดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00, 16.67 และ 3.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบกลุ่มตัวอย่างที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นและลดลงมากที่สุด โดยมีจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 13 คน และพบค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่าเดิมน้อยที่สุดจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33, 43.33 และ 13.34 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มก่อนการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกันมากคืออยู่ในระดับไม่ดีพอและระดับพอใช้ ซึ่งถ้าพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่าทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ แต่ทักษะการสื่อสาร ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดีพอ ยกเว้นทักษะการตัดสินใจที่อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าที่สามารถตอบแบบสอบถามได้เนื่องจากในปัจจุบันมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสื่อต่างๆ อย่างแพร่หลายบางคนเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือได้อ่านจากเอกสารที่หน่วยงานของรัฐแจกให้ จึงทำให้ทราบว่าควรปฏิบัติเช่นไร ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก แต่ในทักษะด้านอื่นๆ ไม่เคยทราบหรือได้รับการแนะนำมาก่อน ส่วนในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง บางรายเคยได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก่อน แต่ยังไม่ได้ลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง บางรายเห็นว่าเป็นเรื่องค่อนข้างยาก เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร หรือการเลิกสูบบุหรี่ บางรายเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้เป็นโรคที่รุนแรงแต่อย่างไรเพราะไม่มีอาการใดๆ จึงยังไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลจำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามและให้คำปรึกษารายบุคคลในสัปดาห์ที่ 3 หรือ 4 และพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-12 คน แบ่งกลุ่มตามความสมัครใจจำนวน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการดำเนินกิจกรรมโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย ประกอบการบรรยายโดยใช้สื่อรูปแบบต่างๆ และชุดกิจกรรมที่ 1-10 และในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการสรุปผลการดำเนินการตามโครงการโดยใช้กลุ่มเดิม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้จากการเข้ารับโปรแกรม นอกจากนี้ในระหว่างสัปดาห์ที่ 5-7 เป็นการติดตามประเมินผลรายกลุ่มและรายบุคคลทางแอปพลิเคชัน ผลจากการดำเนินการมีดังนี้

กลุ่มที่ 1

สมาชิกกลุ่มประกอบด้วยเพศหญิงจำนวน 8 คน และเพศชายจำนวน 2 คน สำหรับกลุ่มนี้มีความหลากหลายในด้านอายุและอาชีพ อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 55 ปี อาชีพรับราชการ รับจ้างและค้าขาย สมาชิกกลุ่มสามารถพูดคุยแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาให้เพื่อนร่วมกลุ่มฟังได้ บางรายเล่าว่ามีญาติที่อายุน้อยเป็นอัมพาตจากสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง บางรายเล่าประสบการณ์การออกกำลังกายของตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการได้เรียนรู้จากสื่อต่างๆ การทดลองปฏิบัติจริง และการมีโอกาสดูแลเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยให้ได้เรียนรู้ในประเด็นที่กว้างขึ้น ได้รับมุมมองหรือแนวคิดใหม่ๆ จาก

เพื่อนร่วมกลุ่ม จนสามารถนำไปปฏิบัติได้ บางรายเสนอว่าหากมาคุยกันเป็นกลุ่มเล็กๆ เช่น ในกลุ่มที่ทำงานเดียวกันหรืออาชีพเดียวกัน จะสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนกันได้บ่อยขึ้น และกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ส่วนการสื่อสารและติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่ามีประโยชน์ ช่วยอำนวยความสะดวกและทุกคนใช้กันเป็นประจำอยู่แล้ว แต่มักใช้เพื่อการสนทนาและเพื่อความบันเทิง หากสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพด้วยก็จะดีมาก

กลุ่มที่ 2

สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานโรงงานและพนักงานบริษัท การดำเนินกิจกรรมกลุ่มในระยะแรกยังไม่ค่อยมีคนแสดงความคิดเห็นแต่เมื่อได้รับการกระตุ้นจึงเริ่มมีผู้นำ และคนอื่นแสดงความคิดเห็นต่อกันมา สมาชิกส่วนใหญ่เห็นว่าโปรแกรมที่ได้รับ ทำให้รู้จักโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น สามารถนำกลับไปบอกเล่าให้บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานฟังได้ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น จากการได้ทดลองปฏิบัติจริง เช่น การประเมินความหนักของการออกกำลังกายโดยการจับชีพจรหรือการการอ่านฉลากโภชนาการจากผลิตภัณฑ์จริงซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เคยทราบมาก่อน การได้ร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มและได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ค้นพบว่ามีหลายวิธีการที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ อีกทั้งมีที่ปรึกษาได้ทั้งแบบเป็นกลุ่มและแบบรายบุคคลทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งสะดวกและไม่ต้องเสียเวลาไปพบผู้วิจัย เนื่องจากบางคนทำงานเป็นช่วงเวลา และยังสามารถเพิ่มทักษะในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วย บางรายเห็นว่ามีประโยชน์และต้องการเชิญเพื่อนร่วมงานมาเข้าร่วมกลุ่มด้วย

กลุ่มที่ 3

สมาชิกกลุ่มมีหลากหลายอาชีพ อาทิ พ่อค้าก๊วยเตี๋ยว แม่ค้าขายข้าวแกง พนักงาน องค์การบริหารส่วนตำบล และแม่บ้าน กลุ่มตัวอย่างบางรายแสดงความคิดเห็นว่าการได้รับโปรแกรมช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยการเรียนรู้จากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ตนเองตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นหากไม่รีบแก้ไข สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงของตนได้ตรงจุด มีการวางแผนและตั้งเป้าหมาย รวมทั้งการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทุกวันเป็นตัวช่วยเตือนและกำกับพฤติกรรมของตนได้ การมีบุคคลอื่นเป็นแนวร่วมทำให้มีกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง กลุ่มตัวอย่างบางรายมักส่งรูปภาพให้สมาชิกดูว่าตนเองได้ปฏิบัติอย่างไรบ้าง ซึ่งช่วยกระตุ้นให้คนอื่นเกิดความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติบ้าง หลายคนทำงานที่เดียวกัน จะช่วยเตือนกันเวลาเห็นเพื่อนปฏิบัติไม่ถูกต้อง และมีการตั้งกลุ่มไลน์เล็กๆ ประมาณ 3-4 คน เพื่อคอยเตือนและชักชวนกันไปออกกำลังกาย บางรายเห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มช่วยในเรื่องการสื่อสารและได้รับรู้ในสิ่งใหม่ๆ แต่ตนเองไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่มใหญ่ จึงคิดว่าการปรึกษาทางแอปพลิเคชันไลน์ส่วนบุคคลเป็นเรื่องที่ดีกว่า

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทปัม (2000, 2008) กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่มีผลการคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประยุกต์จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ร่วมกับแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยใช้การบรรยาย การนำเสนอภาพนิ่ง การสาธิต การทดลองปฏิบัติจริง ประกอบชุดกิจกรรมที่ 1-10 การสนทนากลุ่ม และการใช้แอปพลิเคชันไลน์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า เพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 76.70 และ 56.70 ตามลำดับ ด้านอายุพบว่าในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 อายุเฉลี่ย 45.40 ปี ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 49.00 ปี สถานภาพสมรส พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 86.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่าอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 กลุ่มเปรียบเทียบพบระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30.00 อาชีพพบว่ากลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงานและอาชีพพนักงานโรงงานหรือพนักงานบริษัทมากที่สุดและมีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 33.30 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิกภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการทดลองดังนี้

สมมติฐานที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ เป็นไปตามสมมติฐาน

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของนัทบีมที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มต้นด้วยสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณ และการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ก่อนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนข้อมูล การสื่อสารที่เหมาะสมและการศึกษาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้และความสามารถส่วนบุคคล รวมทั้งทักษะทางสังคม และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีพัฒนาการความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นจะมีทักษะและความสามารถในการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติในสังคม ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การมีโอกาสมีทางเลือกที่กว้างขึ้นและมีสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของนัทบีม ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งการจัดกิจกรรมการสื่อสารด้วยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งนักปมได้แบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐานและขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ โดยได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ไว้ในโปรแกรม ได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจโดยใช้ชุดกิจกรรมที่ 1-10 ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ป้องกันโรค และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของตนเองได้ การเพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดยการสาธิตและการนำเสนอภาพนิ่ง และให้สาธิตย้อนกลับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือและสามารถนำเสนอให้กลุ่มรับทราบได้ การเพิ่มทักษะการจัดการตนเองโดยใช้เทคนิค 3 คำถามและการจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง การใช้เทคนิค 3 คำถามช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงของตน สิ่งที่ต้องทำเพื่อแก้ปัญหาหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบ หากไม่ปฏิบัติตามนั้น การวางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวและการจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเองทุกวันเป็นสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองปฏิบัติตามแผนได้หรือไม่ ถ้าหากยังไม่ได้ตามแผนก็จะชดเชยในส่วนที่ขาดไป ทำให้สามารถควบคุมการปฏิบัติตัวได้ ส่วนกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมเพิ่มทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้การสนทนากลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการจัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มสำหรับการสื่อสารของสมาชิกกลุ่ม และสำหรับผู้วิจัยติดตามประเมินผลรายบุคคล

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทั้งด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และวิถีการดำเนินชีวิต การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นขึ้นอย่างทั่วถึง มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ในประเด็นที่อภิปรายกว้างขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น มีมุมมองหรือทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวก สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงของตนเอง วางแผนและตั้งเป้าหมายการแก้ไขปัญหาของตน และมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีแนวร่วมและมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของการศึกษาของประภาศรี ภูมิถาวร (2560) ที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มสามารถพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของวินา เทียงธรรม อาภาพร เฝ้าวัฒนา และอรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2553) ที่แสดงให้เห็นว่าการสนทนากลุ่มเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกได้เข้ามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สร้างโอกาสการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ ร่วมปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งอิทธิพลและบรรยากาศของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในมุมมองที่หลากหลายมาก ใกล้เคียงกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (สุภาพ พุทธปัญญา, นิจธรา พุทธธรรม และนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, 2559) ที่พบว่ากระบวนการสนทนาแบบมีส่วนร่วมช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมและเสนอความคิดเห็น ทำให้มีปัญญารู้แจ้งโดยองค์รวมลึกซึ้งมากขึ้น มีผลให้เกิดความคิดและข้อสรุปที่ชัดเจน นำกลุ่มให้สามารถลงมติเกี่ยวกับแนวทางการกระทำและความมุ่งมั่นที่ชัดเจน และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงทางด้านร่างกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรีเขต 2 (ศรีสุดา พรหมภักดี, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และประเสริฐศักดิ์ กายนาภา, 2560) ที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงทางด้านร่างกายของนักเรียนได้ดีขึ้น

แอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสะดวกรวดเร็วขึ้น สามารถติดตาม กระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สามารถส่งรูปการปฏิบัติสุขภาพ เช่น อาหารที่รับประทาน หรือขณะออกกำลังกาย ให้กับสมาชิกในกลุ่มได้ นอกจากนี้ยังสามารถสนทนาด้วยเสียงผ่านไลน์ (Voice Call) เสมือนการพูดคุยโทรศัพท์ไปยังสมาชิกกลุ่มโดยไม่เสียค่าบริการเพิ่มขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์และต้องการที่จะดึงเพื่อนร่วมงานให้มาเข้ากลุ่มเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้ตั้งแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มเล็กๆ เพื่อใช้สำหรับการติดต่อสื่อสาร และกระตุ้นเตือน รวมทั้งชักชวนกันไปออกกำลังกายด้วย โดยเป็นกลุ่มที่ทำงานที่เดียวกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีประโยชน์มาก เพราะมีเพื่อนคอยกระตุ้นเตือนและคอยปรึกษากันทำให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ พุทธปัญญาและคณะ (2559) ที่ใช้กิจกรรมไลน์กลุ่มเป็นช่องทางการสื่อสาร การนัดหมายทำกิจกรรม การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำในข้อสงสัย ทำให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเป้าหมายในการดูแลสุขภาพและสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของแม็คเคิร์ตและคณะ (Mackert, Mabry-Flynn, Champlin, Donovan, & Pounders, 2016) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสะดวกต่อการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์

กับความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

นอกจากนี้การใช้สื่อรูปแบบต่างๆ ได้แก่ สื่อการนำเสนอภาพนิ่ง การแจกคู่มือ การสาธิต และการปฏิบัติจริง เช่น การคำนวณดัชนีมวลกาย การจับชีพจรตนเองเพื่อคำนวณระดับของการออกกำลังกาย การอ่านฉลากโภชนาการจากผลิตภัณฑ์ประเภทต่างๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งแม้จะมีเวลาในการนำเสนอเพียง 1 ครั้ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงานและมีภาระครอบครัว แต่ก็ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ กระตือรือร้นที่จะทดลองปฏิบัติและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน มีการกำกับและกระตุ้นเตือนตนเองด้วยการบันทึกการปฏิบัติในกลุ่มเมื่อบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ซึ่งมีคำแนะนำและแนวทางในการปฏิบัติตัวสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปอ่านทบทวนที่บ้านได้ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของแท็กการ์ด และคณะ (Taggart et al., 2012) ที่พบว่ามีการและสถานที่ที่หลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และใกล้เคียงกับศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดพิจิตร (ไกล่รุ่ง คำภีลาน และคณะ, 2559) ที่เสนอแนะว่าการนำหลักสูตรการเรียนการสอนไปใช้ควรประยุกต์เนื้อหาจากชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง และให้เวลาในการสะท้อนความรู้ ความคิด และความรู้สึกลึกซึ้งมากขึ้น รวมทั้งปรับเปลี่ยนสื่อให้เหมาะสมกับบริบท

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน โดยก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้านดังได้กล่าวข้างต้น ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (จิตติยา แก้วสมบูรณ์, 2551) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาโปรแกรมการ

เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลศิริราช (จารุวรรณ กองแก้ว, 2551) ที่พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ศึกษาอธิบายว่าปัจจุบันสิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญ แพทย์จึงต้องให้ข้อมูลก่อนทำการเจาะชิ้นเนื้อตับและวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายศึกษาข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต หรือจากญาติที่มีประวัติเป็นโรคตับ จึงทำให้ค่าคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

สมมติฐานที่ 3 ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี จันทรินทรการ (2557) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาของนงลักษณ์ แก้วทอง (2557) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จะมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ นอกจากนี้ยังอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผ่านการสนทนากลุ่ม ได้รับความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ได้ทดลองและปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ค้นพบปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และการได้รับแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ทำให้เกิดทักษะและความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติตน นอกจากนี้การใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มยังช่วยให้สามารถได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ และได้เห็นการปฏิบัติตนจากสมาชิกกลุ่ม ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งการได้รับการติดตาม กระตุ้นเตือนและตอบข้อสงสัย หรือให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจากผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองไม่ให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างบางคนได้ชักชวนให้เพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของอดิญา ศรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม และลัดดา เรืองด้วง (2560) ที่พบว่าหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การ

ยกตัวอย่างภาพประกอบอาหารและการใช้คู่มือเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชนจังหวัดนครปฐม (อรนุช พงษ์สมบูรณ์, 2552) พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิต สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

สมมติฐานที่ 4 ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

โดยก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพิ่มขึ้น จึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาวิณา เทียงธรรม และคณะ (2553) ที่พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชนจังหวัดนครปฐม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข (ปาริฉัตร พงษ์หาร, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน และวิโรจน์ วรภีระ, 2554) ที่พบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบภาพนิ่ง การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและสอบถามประเด็นที่สงสัย กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 5 ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 12 พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้ง ซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตาม

สมมติฐาน อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ถูกต้องมากขึ้น เมื่อปฏิบัติได้ต่อเนื่องจึงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ (ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม และสุรชาติ สิทธิปกรณ์, 2556) ที่พบว่าหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับผลการทดลองใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี (สารภี แสงเดช และเพชรไสว ลีมตระกูล, 2555) ซึ่งพบว่าในระยะเวลา 3 เดือนไม่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน

สมมติฐานที่ 6 ภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงาน ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเท่ากันหรือใกล้เคียงกันและมีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันได้ ทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันตั้งแต่อนการทดลอง ประกอบกับมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อารมณ์หรือความเครียด และระยะเวลาในการทดลอง ทำให้ภายหลังการทดลองพบว่าถึงแม้กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติกลับพบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิด และคณะ(2556) ที่พบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง (นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ, สมัทนา กลางคาร และโกเมนทร์ ทิวทอง, 2558) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลจากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงได้ โดยเฉพาะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปัม โดยผู้วิจัยคาดว่าหลังการใช้โปรแกรมควรมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งส่งผลให้ระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับก่อนการได้รับโปรแกรม แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างได้ รวมทั้งระยะเวลาในการดำเนินการมีจำกัด อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนได้

จุดอ่อนของแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและเครื่องมือ

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศแถบยุโรปและอเมริกา ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันกับประชาชนไทยหลายด้าน โดยเฉพาะด้านการศึกษา การรับรู้ทางด้านสุขภาพ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การนำแนวคิดนี้มาใช้จึงต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับประชาชนไทย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามียุคก่อนหลายประการ ได้แก่ จำนวนข้อคำถามไม่ครอบคลุมในทุกพฤติกรรมเสี่ยงและเป็นข้อคำถามที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การใช้คำที่เป็นวิชาการมากเกินไปไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละส่วนใช้คำจำกัดความไม่เหมือนกัน และค่าคะแนนไม่เท่ากัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นในชุมชนต่อไป โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรเพิ่มปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ หรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่างด้วย โดยใช้วิธีจับคู่ (Match pair) เช่น อายุ การศึกษา หรืออาชีพ เพื่อป้องกันปัจจัยกวน

2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยเชิญผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นภาคีเครือข่ายร่วมทำการวิจัย และควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเป็นระยะเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม

2.3 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสร้างขึ้นมาใหม่ เพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมและมีความเฉพาะเจาะจงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา ปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และคำจำกัดความในการให้คะแนนให้เป็นแนวทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤษฎิ์ เลือใหญ่ และพัชนี เชยจรรยา. (2559). พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของคนในกรุงเทพมหานคร. ใน การประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2559 คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ม.ป.ท.

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพปีงบประมาณ พ.ศ.2559-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพศึกษา. (2556). การศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2556). ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่ม ปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ สำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2557). การศึกษาสถานการณ์การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของช่องทางการสื่อสาร สาธารณะ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขภาพศึกษา.

_____. (2558). การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข.

_____. (2559). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศรรคการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรักษาแห่งชาติ.

_____. (2558). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 10-14.
- กัญญา แซ่โก. (2552). ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ไกล่รุ่ง คำกลานน, วิเชียร ชำรงโสติสกุล, และสายฝน วิบูลย์สรณ์. (2559). การพัฒนาหลักสูตรการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 18(3), 250-264.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และณฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)*. เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2560, จาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2559). *รายงานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ*. เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2560, จาก http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf
- ณิศร รักจิตร. (2557). *กลยุทธ์บนเว็บเพื่อการสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นกับประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ กองแก้ว. (2551). *ประสิทธิผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). *โรคความดันโลหิตสูงในวิทยา ศิริมาดา (บก.)*. ตำราอายุรศาสตร์ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จินดาพร ศีลาทอง. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงในชุมชนบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จิราภรณ์ ชวงค์ และปริญญญา ก้องสกุล. (2555). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 6(2), 30-37.
- จรัสโณม ศิริรัตน์. (2558). ปัญหาการติดต่อสื่อสารของบุคลากรในองค์กร:กรณีศึกษา สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนิรมล นิละไพจิตร. (2558). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2559). การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุดิมา ชลาชนเดชะ, วรธนะ ชลาชนเดชะ, สุนีย์ บวรสุนทรชัย, ทิพย์วดี บรรพระจันท์ และเวทสินี แก้วจันทร์. (2558). หัวข้อกิจกรรมทางกายของไทย: คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชน. ม.ป.ท.
- จิตติยา แก้วสมบุญ. (2551). โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงกมล เจริญเงิน. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านโภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทองวันชนะ สุวันสาลี. (2559). พฤติกรรมการควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมโหสถประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทศนา เขมมณี. (2553). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทักษพล ธรรมรังสี. (2556). *สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท เดอะ ทราฟิโก ซิสเต็มส์.

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พร้อมจิตร ห่อนบุญheim และสุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2556). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 97-104.

ชนิษฐา ศรีรักษ์ และธนศ แก่นสาร. (2552). ความดันโลหิตสูงในปฐมภูมิ ใน *กฤษฎะ สุวรรณภูมิ และธนศ แก่นสาร. บริการปฐมภูมิทันสมัย 2550 update in primary care 2009*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ธีระ วรธนารัตน์, ภัทรวิทย์ วรธนารัตน์, อรจิรา วงษ์คนตรี, และมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์. (2558). *การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นงลักษณ์ แก้วทอง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม*, 30(1), 45-56.

นภาพร วาณิชกุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2556). *ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์.

นรเศรษฐ์ พูนสุวรรณ, สุเมตตา กลางการ และโกเมนทร์ ทิวทอง. (2558). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 18(2), 70-78.

นภาพร วุฒิธรรม. (2558). *การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

นิติกุล บุญแก้ว. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดทางอารมณ์ ความแตกฉานด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 119-131.

- เนติมา คูณีย์ (บก.). (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุน้ำ. (2554). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ระยะที่ 1*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล หลักสูตรนักบริหารการทูต สถาบันการต่างประเทศ เทวะวงศ์วโรปการ, กระทรวงการต่างประเทศ.
- ประภาศรี ภูมิถาวร, นงพิมล นิมิตรอนันท์ และศศิธร รุจนเวช. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 42(2), 169-178.
- ประภัศร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสียน, และสุวรรณา ภัทรเบญจพล. (2557). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 9(ฉบับพิเศษ), 82-87.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์*, 5(4), 36-48.
- ปาริฉัตร พงษ์หาร, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน และวิโรจน์ วรรณิระ. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 54-64.
- ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เปียเชื้อ, และสุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ. (2559). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(3), 176-182.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2553). *ทฤษฎี ปรัชญา ความรู้สู่การปฏิบัติในงานพยาบาลอนามัยชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ยุพดี ทองโคตร, ศรัณยา วรินทร์เวช และมนันญา ทองบ่อ. (2559). ผลกระทบการใช้แอปพลิเคชัน Line ในการดำเนินชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี. ใน *การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการงาน*

- วิชัย ใช้องค์ความรู้ คู่ความยั่งยืน (หน้า 96-100). ม.ป.ท.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนามจันทร์. (2559). ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังย้อนหลัง 5 ปี. เอกสารอัดสำเนา.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. คุยฉินนิพนธ์ปริญาวิทยาศาสตรคุยฉินบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลการ. (2553). การสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจสุขภาพครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด.
- วิณา เทียงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา และอรนุช พงษ์สมบุญ. (2553). โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 22(1-3), 11-28.
- ศิตาพร ยิ่งคง และนัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. (2557). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2560, จาก http://www.hitap.net/projects_tags
- ศรีสุตา พรหมภักดี, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยชนาสีทิ และประเสริฐศักดิ์ กายนาภา. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงทางด้านร่างกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรีเขต 2. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 32(2), 144-150.
- ศรัญญา คล้ายสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักรินทร์ ต้นสุพงษ์. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับแอปพลิเคชันไลน์. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการ, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อ.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. ม.ป.ท.

สมใจ ปราบพล. (2544). การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ. ใน *การสอนแบบทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา.

สมฤทัย เพชรประยูร. (2555). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.

สมสมัย รัตนกิจากุล, อโนชา ทศนาชนชัย, ชรัญยากร วิริยะ และพรเพ็ญ ภัทรากร. (2558). การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(3), 52-65.

สารทิพย์ แสงเดช และเพชรไสว ลิมตระกูล. (2555). แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 39-47.

สาวิตรี วิษณุโยธิน, ชนิดดา ชาดิอนุถักชัย, สุริพร แสงสุวรรณ, อมร โรจนวราพงษ์ และภิญญดา พรจรรยา. (2558). ความแตกฉานทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลจังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 13(1), 37-54.

สิทธิพงษ์พิบูลย์. (2556). *การป้องกันและบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สุจินดา ริมศรีทอง (บก.). (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลเล่ม 1*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์.

สุชาดา เจะคอเลาะ, นพวรรณ เปียชื่อ และนริมาลย์ นิละไพจิตร. (2559). การพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลตนเองสำหรับชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 83-93.

สุภาพ พุทธปัญญา, นิจนา ทูลธรรม และนันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนักและน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(4), 42-59.

สุภาวดี คำนธารกุล. (2543). *คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.

สุริย์ ธรรมิกบรร. (2551). การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 31(2), 53-58.

แสงดาว ถิ่นหารวงษ์. (2558). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในรายวิชาวรรณคดีสำหรับเด็ก. *วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์*, 17(1), 1-11.

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ . (2558). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2559). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน การคัดกรอง*. เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2559, จาก http://203.157.102.173/hdc/main/?sele_kpiyear=2016&level=1&sele_kpi=442f204be9d6aec9da15786ad707d5a.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2559. เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2560, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/icthh_exc_59.pdf

หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง และกิตติ กันภัย. (2553). งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ : กลไกในการพัฒนาสังคม. *Suranaree Journal of Social Science*, 4(1), 65-77.

อดิญาณ์ ศรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม และลัดดา เรืองด้วง. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองฉนาก อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 253-264.

อภิญญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178.

อรจิรัช ณะแก้วทุ่ง. (2545). *สุดยอดพัฒนาการเรียนรู้การสอน*. กรุงเทพฯ: เอ็กสเปอร์เน็ทบุคส์.

อรทัย ใจบุญ, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, ลักขณา เดิมศิริชัย, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2558). ความรู้และความแตกฉานด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. ใน *การประชุมวิชาการเรื่องบทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ* (หน้า 39-51). ม.ป.ท.

- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- อานนท์ พิงสาย และต่อศักดิ์ แก้วจรัสวิไล. (2557). ผลของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อเจตคติในการเรียนพลศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 6(1), 233-245.
- อังสินันท์ อินทรกำแหง. (2556). *การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ จิตสำนึกและสุขภาพดี*. เข้าถึงเมื่อ 28 พฤษภาคม 2559, จาก http://www.bsr.su.ac.th/research_public.asp.
- อัญชลี จันทรินทรการ. (2557). *ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มูบแบน จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- American College of Sport and Medicine. (2005). *ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription* (5th ed). USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33-42.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Cho, Y. I., Lee, S. Y., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization among the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.
- Clobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, L. A., et al. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JAMA*. 289(19), 2560-2572.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). USA: Lawrence Erlbaum associates.
- Davis, T., Crouch, M., Wills, G., & Miller, S. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patient. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Dennis, S., Taggart, J., Williams, A., S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., et al. (2012). *Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis*. Retrieved May 25, 2016 from <http://www.biomedcentral.com>.
- Dietz, E. O. (1995). *Epidemiology in nursing practice*. Mosby: Donnelly & Sons company.
- Diez-Canseco, F., Zavala-Loayza, J. F., Beratarrechea, A., Kanter, R., Ramirez-Zea, M., Rubinstein, A., et al. (2015). Design and multi-country validation of text messages for and Health Intervention for primary prevention of progression to hypertension in Latin America. *Journal of Medical Internet Research*, 3(1), e19. doi: 10.2196/mhealth.3874.
- Eadie, C. (2014). Health literacy: a conceptual review. *Academy of Medical-Surgical Nurses*, 23(1), 9-13.
- Edwards, M., Wood, M., Davies, M., & Edwards, A. (2012). *The development of health literacy in patient with a long term health condition: the health literacy pathway model*. Retrieved May 25, 2016 from <http://www.biomedcentral.com>.
- Gladdar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*, 82(1), 28-36.
- Haun, J., Valerio, M., Mc Cormack, L., Sorensen, K., & Paasche, O. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19(sup 2), 302-333.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect*, 11(2), 113-122.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Himmelfarb, C. D., & Handler, J. (2014). 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adult

- report from the panel members appointed to the eight Joint National Committee. *Japan Medical Association Journal*, 311(5), 507-520.
- Jenkins, C. D. (2003). *Building better health a handbook of behavioral health*. n.p.
- Joint National Committee. (2003). *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure*. n.p.
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2010). Conceptualizing health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counselling Journal*, 79(1), 36-42.
- Kennard, D. K. (2016). Health literacy concepts in nursing education. *Nursing Education Perspective*, 37(2), 118-119.
- Kikbusch, I. (2006). Health literacy: empowering children to make healthy choices. *Virtually Healthy*, 41(3), 3.
- Kobayashi, L. C., Smith, S. G., Connor, R. O., Curtis, L. M., Park, D., von Wagner, C., et al. (2015). The roles of cognitive function in the relationships between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Journal*, 5(4), doi:10.1136/bmjopen-2014-007222.
- Li, X., Ning, N., Hao, Y., Sun, H., Gao, L., Jiao, M., et al. (2013). Health literacy in rural areas of China: Hypertension knowledge survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(3), 1125-1138.
- Mackert, M., Kahlor, L., Tyler, D., & Gustafson, J. (2009). Designing e-health intervention for low-health-literate culturally diverse parents: addressing the obesity epidemic. *Telemedicine Journal and E Health*, 15(7), 672-677.
- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., & Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption : the potential for a new digital divide. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e264. doi:10.2196/jmir.6349
- Matsushita, K., van der Velde, M., Astor, B. C., Woodward, M., Levey, A. S., Jong, P. E., et al. (2010). Association on estimated glomerular filtration rate albuminuria with all cause and cardiovascular mortality: a collaboration meta-analysis of general population cohort. *Lancet*, 375(9731), 2073-2081.
- McNaughton, C. D., Kripalani, S., Cawthon, C., Mion, L. C., Wallston, K. A., & Roumie, C. L. (2014). Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Medical Care Journal*, 52(4), 346-353.

- National Heart Lung and Blood Institute. (2006). *Lowering your blood pressure with DASH*. Retrieved May 25, 2016 from https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf.
- Neupane, D., Mclachlan, C. S., Gautam, R., Mishra, S. R., Thorlund, M., Schlutter, M., et al. (2015). *Literacy and motivation for the prevention and control of hypertension among female community health volunteers: a qualitative study from Nepal*. Retrieved May 25, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26679406>.
- Noblin, A. M., Wan, T. T. H., & Fottler, M. (2012). *The impact of health literacy on a patient's decision to adopt a personal health record*. Retrieved May 25, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2007). Ehealth: The health literacy scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27. doi:10.2196/jmir.8.4.e27
- Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- _____. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and community strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- _____. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam D. (2009). Define and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal Health*, 54(5), 303-305.
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adult: a study form Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Primack, B. A., Wickett, D. J., Kraemer, K. L., & Zickmund, S. (2010). Teaching health literacy using popular television programming: a qualitative pilot study. *American Journal of Health Education*, 41(3), 147-154.
- Rao, M. V., Qiu, Y., Wang, C., & Bakris, G. (2008). Hypertension and CKD: kidney early evaluation program (KEEP) and national health and nutrition examination survey (NHANES), 1999-2004. *American Journal of Kidney Disease*, 51(2), 30-37.
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Heydarabadi, A. B., Mostafavi, F., Tavassoli, E., & Sharfrad, G. (2014). *The relationship between functional health literacy and health promoting behavior among older adult*. Retrieved May 25, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>.

- Rootmam, I. (2009). *Health literacy, what should we do about it? Presentation the faculty of education at the University of Victoria, BC.Canada*. Retrieved May 25, 2016, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body index in overweight children. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 43-48.
- Sorensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonsska, Z., et al. (2012). *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and model*. Retrieved May 25, 2016, from <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H, et al. (2015). Relationship between health literacy , health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660-668.
- Tanomsup, S., Aekplakom, W., Woodward, M., Yaamwong, S., Tunlayadechano, T., Tatsan, A., et al. (2007). A comparison of components of two definitions of the metabolic syndrome relate to cardiovascular disease and all-cause mortality in a cohort study in Thailand. *Diabetes Care*, 30(8), 2138-2140.
- Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., et al. (2012). *A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors*. Retrieved May 25, 2016, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/49/prepub>.
- Van der Heide, I., Uiters, E., Rademarkers, J., Struijs, J., Schuit, A. J., & Baan, C. A. (2014). Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: result of a Dutch cross-sectional study. *Journal of Health Communication*, 19(sup 2), 115-131.
- Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The relationship between health, education and health literacy: results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(sup 1), 172-184.
- Von Wagner, C., Knight, k., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health promoting behavior in a national sample of British adults. *Journal Epidemio Community Health*, 61(12), 1086-1090.

- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., et al. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 32(1), 3-15.
- Werle, C. (2011). *The determinants of preventive health behavior: literature review and research perspective*. Retrieved September 10, 2016, from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00638266/document>
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva, Switzerland: Author.
- _____. (2009). Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya; Author.
- _____. (2013). *A global brief on hypertension world health day 2013*. Switzerland: Author.
- World Health Organization regional office for Europe. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Denmark: Author.
- World Health Organization regional office for South-East Asia. (2011). *Hypertension Fact Sheet*. Retrieved September 10, 2016, from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf.
- Yokokawa, H., Fukuda, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T. & Naito, T. (2016). *Association between health literacy and metabolic syndrome or healthy lifestyle characteristics among community-dwelling Japanese people*. Retrieved May 25, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>.

ภาคผนวก

Cl

1

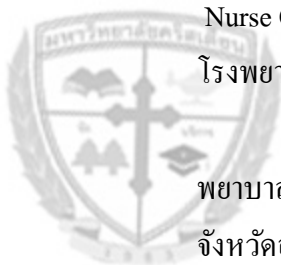
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

๑

๑

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียเชื้อ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
2. พ.ท.หญิง ดร.อภิญา อินทรรัตน์ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
3. นางนิตยา ถนอมศักดิ์ศรี หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และปฏิบัติการ
Nurse Case Manager ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
4. นางอัมพรพรรณ คำยาดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไร่
จังหวัดอุทัยธานี
5. นางสาวสุนันทา อยู่เพ็ญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลนครปฐม



Christian University of Thailand



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ตู้ ปณ. ๓๓ ปณ.จ. นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๒๒-๔๔๘๐ โทรสาร ๐-๓๔๒๒-๔๔๘๘

ศูนย์ศึกษาดูงานสยามคอมเพล็กซ์ วิทยาเขตสหคริสตจักรในประเทศไทย

๓๒๘ ถนนพญาไท เขตวชิราวุธ กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐ โทร. ๐-๒๒๔๔-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๖๐๓๘

CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION

P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3422-9480 FAX. 66-3422-9499 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.คต. 26/ 1426 / 2560

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

เรื่อง ขออนุญาตให้อาจารย์ในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ด้วย นาง รุ่งนภา อาระห์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิจัย ชื่อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงานที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม : The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention of Work - Aged Individual at a Community in Nakhon Pathom Province” โดยมีรองศาสตราจารย์ สุธีรา อุ่นตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจึงขออนุญาตให้ รองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรีจิรา วงษ์ชมทอง)
รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สำนักบริหารบัณฑิตวิทยาลัย (นางสาวกุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)
โทรศัพท์ 0-3422-9487 ต่อ 1401
โทรสาร 0-3422-9499



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ตู้ ปณ. ๓๓ ปณ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๒๒-๙๔๘๐ โทรสาร ๐-๓๔๒๒-๙๔๙๙

ศูนย์ศึกษายามคอมเพล็กซ์ วิทยาการสภาคริสตจักรในประเทศไทย

๓๒๘ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร. ๐-๒๒๔๙-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๔๙-๖๐๓๙

CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION

P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3422-9480 FAX. 66-3422-9499 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.คต. 26/ 1474 / 2560

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

เรื่อง ขออนุญาตให้อาจารย์ในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ด้วย นาง รุ่งภา อาระห์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิจัย ชื่อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงานที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม : The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention of Work - Aged Individual at a Community in Nakhon Pathom Province” โดยมีรองศาสตราจารย์ สุธีรา ชุ่มตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจึงขออนุญาตให้ พันโทหญิง ดร. อภิญา อินทรรัตน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรีจิรา วงษ์ชมทอง)
รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน พันโทหญิง ดร. อภิญา อินทรรัตน์ อาจารย์พยาบาล

สำนักบริหารบัณฑิตวิทยาลัย (นางสาวกุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3422-9487 ต่อ 1401

โทรสาร 0-3422-9499



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ตู้ ปณ. ๓๓ ปณจ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๒๒-๔๔๔๐ โทรสาร ๐-๓๔๒๒-๔๔๔๔

ศูนย์ศึกษายามคอมเพล็กซ์ วิทยาการสภาคริสตจักรในประเทศไทย

๓๒๔ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทร. ๐-๒๒๔๔-๖๐๓๔ โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๖๐๓๔

CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION

P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3422-9480 FAX. 66-3422-9499 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.คต. 26/ 14-๒๒ / 2560

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ด้วย นาง รุ่งนภา อาระห์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิจัย ชื่อเรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงานที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม : The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention of Work - Aged Individual at a Community in Nakhon Pathom Province" โดยมีรองศาสตราจารย์ สุธิรา สุนทรทะกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจึงขออนุญาตให้ นาง นิตยา วัฒนศักดิ์ศรี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรีจิรา วงษ์ชมทอง)

รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน นาง นิตยา วัฒนศักดิ์ศรี หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และปฏิบัติการ Nurse Case Manager ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง

สำนักบริหารบัณฑิตวิทยาลัย (นางสาวกุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3422-9487 ต่อ 1401

โทรสาร 0-3422-9499



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ตู้ ปณ. ๓๓ ปณ.จ.นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๒๒-๔๔๘๐ โทรสาร ๐-๓๔๒๒-๔๔๘๘

ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์ วิทยาเขตภาคคริสตจักรในประเทศไทย

๓๒๔ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทร. ๐-๒๒๔๔-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๖๐๓๘

CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION

P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3422-9480 FAX. 66-3422-9499 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.คต. 26/ 1430 / 2560

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

ด้วย นาง รุ่งนภา อาระหัง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิจัย ชื่อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงานที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม : The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention of Work - Aged Individual at a Community in Nakhon Pathom Province” โดยมีรองศาสตราจารย์ สุวิรา สุนตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจึงขออนุญาตให้ นาง อัจฉรพรรณ คำยาดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จิรา วงษ์สมทอง)
รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน นาง อัจฉรพรรณ คำยาดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไร่

สำนักบริหารบัณฑิตวิทยาลัย (นางสาวกุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3422-9487 ต่อ 1401

โทรสาร 0-3422-9499



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งคริสตจักรในประเทศไทย

ตู้ ปณ. ๓๓ ปณ.จ. นครปฐม ๗๓๐๐๐ โทร. ๐-๓๔๒๒-๔๔๗๐ โทรสาร ๐-๓๔๒๒-๔๔๗๗

ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์ อาคารอภาคริสตจักรในประเทศไทย

๓๒๘ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐ โทร. ๐-๒๒๕๔-๖๐๓๘ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๖๐๓๘

CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION

P.O.Box 33 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL. 66-3422-9480 FAX. 66-3422-9499 E-mail : christian@christian.ac.th

ที่ ม.ศด. 26/ 1429 / 2560

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

ด้วย นาง รุ่งนภา อาระห์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิจัย ชื่อเรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงานที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม : The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention of Work - Aged Individual at a Community in Nakhon Pathom Province" โดยมีรองศาสตราจารย์ สุธีรา ชื่นตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจึงขออนุญาตให้ นางสาวสุนันทา อยู่พะเนียด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จิรา วงษ์ชมทอง)
รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน นางสาวสุนันทา อยู่พะเนียด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุขศึกษา

สำนักบริหารบัณฑิตวิทยาลัย (นางสาวกุลวรินทร์ เขี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3422-9487 ต่อ 1401

โทรสาร 0-3422-9499

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

๐๕

๑

การพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารเลขที่ น. 21/2559 เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2560 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคคลวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนเกิดความกระจ่างหากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยภายหลังหรือต้องการติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน รวมทั้งสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้ตลอดเวลา การปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ท่านลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลของท่านจะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่นนอกเหนือจากคณะผู้วิจัยหรือคณะบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ และเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้จนกว่าผลการวิจัยจะได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่จึงทำการทำลาย ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประโยชน์ในการวิจัยและ/หรือทางวิชาการ โดยไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)ได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย และได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงนาม..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัยสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ผู้วิจัย คือ นางรุ่งนภา อาระหงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 099-593-6155 และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์สุธีรา สุนทรทะกุล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน หมายเลขโทรศัพท์ 0-3422-9480 (ในเวลาราชการ)



เลขที่ น. 21/2559

เอกสารรับรองจริยธรรมในการทำวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับบุคลากรวัยทำงานที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นาง รุ่งนภา อาระหัง

หน่วยงาน : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ขอรับรองว่า โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลงชื่อ.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพจน์ สุทธิศักดิ์)
 ผู้ช่วยอธิการบดี ฝ่ายวิจัยและวัฒนธรรม
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่รับรอง : 26 เมษายน พ.ศ. 2560

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ค-1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

CU

1

แบบประเมิน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะและการปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปีในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (3อ.2ส.) ซึ่งประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน (5 ข้อ)

ส่วนที่ 2 : แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน 27 ข้อ

ตอนที่ 1 : ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (10 ข้อ)

ตอนที่ 2 : การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. (12 ข้อ)

ตอนที่ 3 : การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (5 ข้อ)

ส่วนที่ 3 : พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. (10 ข้อ)

ข้อมูลที่ได้จะนำมารวบรวมและวิเคราะห์ผล เพื่อให้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งจะไม่ผลกระทบท่อผู้ตอบ จึงขอให้ท่านตอบข้อคำถามตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพให้กลุ่มวัยทำงานเกิดทักษะและมีการปฏิบัติทางสุขภาพได้ถูกต้องต่อไป

คำนิยาม :

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กลุ่มวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กลุ่มวัยทำงานมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

☐ ชุมชน / หมู่บ้าน..... ☐ ตำบล.....

☐ อำเภอ..... ☐ จังหวัด.....

ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. ท่านมีสถานภาพสมรสเป็นแบบใด

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส/คู่ ☐ 3. หม้าย/หย่า/แยก ☐ 4. อื่นๆ.....

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นใด

☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ☐ 5. อนุปริญญา/ปวส. ☐ 6. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. ลักษณะงานหลัก (อาชีพ) ที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด

☐ 1. ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ใช้แรงกลางวัน เป็นต้น

☐ 2. ค้าขาย / ทำธุรกิจ

☐ 3. รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ 4. พนักงานโรงงาน / บริษัทเอกชน

☐ 5. นักเรียน / นักศึกษา

☐ 6. อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ / เป็นแม่บ้าน / ทำงานบ้าน

☐ 7. รับจ้าง ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน 27 ข้อ

ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โปรดทำเครื่องหมาย × หรือ ○ ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ตามที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคตามหลัก 3อ.2ส. คืออะไร

- ก. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา
- ข. งดอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา
- ค. ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อารมณ์ที่อ่อนไหว งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา
- ง. ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมอารมณ์เครียด งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา

2. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

- ก. อาหารที่มีรสเค็มจัด
- ข. อาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำบ่อย
- ค. อาหารที่มีรสหวานจัด
- ง. อาหารที่ปรุงค้างคืน

3. นิโคตินจะเข้าไปในกระแสเลือดหรือจะซึมเข้ากระแสเลือดมากที่สุด

- ก. ไนโคตินในเลือดสูง
- ข. มะเร็ง
- ค. ความดันโลหิตสูง
- ง. เบาหวาน

4. การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

- ก. ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักผ่อนให้มาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
- ข. ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 60 นาที
- ค. ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที
- ง. ออกกำลังกายต่อเนื่องจนเหนื่อยมีเหงื่อออก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที

5. บุคคลในข้อใดเป็นตัวอย่างที่ดีในการออกกำลังกายทุกครั้ง

- ก. รับประทานอาหารให้มากทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
- ข. รับประทานอาหารก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย
- ค. ทวี่ปทานอาหารให้อิ่มทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
- ง. เทวัญออกกำลังกายอย่างหนักตลอดช่วงเวลาของการออกกำลังกาย

6. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอารมณ์หรือความเครียดต่อโรคความดันโลหิตสูง

- ก. ความเครียดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้
- ข. ความเครียดทำให้อินอาหารมากและบ่อยขึ้น ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตได้
- ค. ความเครียดทำให้ต้องการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- ง. ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตได้

7. การคลายเครียดวิธีใดช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตได้ดีที่สุด

- ก. กินอาหารที่ชอบ อ่านหนังสือนิยาย
- ข. ออกกำลังกายจนเหงื่อออก สวดมนต์นั่งสมาธิ
- ค. ดูละครหลังข่าว นอนพักให้มาก
- ง. ทำงานให้มาก หยุดพักไปท่องเที่ยว

8. การสูบบุหรี่มีผลอย่างไรจึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิต

- ก. ทำให้ปวดศีรษะ จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
- ข. ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตยากมากขึ้น
- ค. ทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบตันง่าย
- ง. คอวนบุหรี่ทำให้คนในครอบครัวเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น

Christian University of Thailand

9. สารใดในบุหรี่ที่เป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

- ก. ทาร์
- ข. นิโคติน
- ค. คาร์บอนมอนอกไซด์
- ง. แอมโมเนีย

10. การดื่มสุราทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้อย่างไร

- ก. ทำให้ขาดสติ
- ข. ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง
- ค. ทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น
- ง. ทำให้เสี่ยงต่อโรคความจำเสื่อมเพิ่มขึ้น

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ ตามหลัก 3อ.2ส.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.					
1. เมื่อต้องการรู้เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ท่านสามารถ ค้นหา และเลือกแหล่งข้อมูลโดย สอบถามผู้รู้ จากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นหาอินเทอร์เน็ต ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในด้านอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ และลดปัญหาจากสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย น่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน					
การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.					
3. ท่านเข้าใจเนื้อหาที่อ่านหรือจากการฟังคำแนะนำ จากบุคคลอื่น เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงบ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านสามารถเล่าเรื่อง หรือพูดคุยหรือเขียนข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ให้ครอบครัว เพื่อนหรือ ผู้อื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านมีการโน้มน้าวหรือแนะนำให้บุคคลอื่น ยอมรับ ข้อมูลที่ถูกต้อง ให้สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อย ครั้งแค่ไหน					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส.					
6. ท่านสามารถควบคุม ปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
7. ท่านวางแผนเป้าหมายการออกกำลังกายของตนเอง และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
8. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านสามารถประเมินและจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
9. ท่านสามารถทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
10. ท่านสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้ท่านปฏิบัติตามตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.					
11. เมื่อท่านสนใจในสินค้าหรือกิจกรรมที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อสินค้าหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้น บ่อยครั้งแค่ไหน					
12. ท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. โดยท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.

โปรดทำเครื่องหมาย **×** หรือ **○** ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติในช่วงปัจจุบันนี้

1. เมื่อท่านได้รับเชิญไปงานขึ้นบ้านใหม่ที่บ้านเพื่อน แล้วเพื่อนเชื้อเชิญให้กินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น เค็ม หรือ มันจนเกินไป ท่านตัดสินใจทำอะไร

- ก. กินตามคำเชื้อเชิญนั้นทันที เพื่อรักษาความเป็นเพื่อนที่เหนียวแน่น
- ข. กินตามคำเชื้อเชิญนั้น แต่กินช้าๆ ในปริมาณที่น้อยๆ
- ค. ขอบคุนและบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพ ไม่สามารถกินอาหารดังกล่าวได้
- ง. ขอบคุนและเตือนเพื่อน พร้อมเลี้ยงไปกินอาหารอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน

2. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่ง ที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร

- ก. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน
- ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็อยหยุดตามเพื่อน
- ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
- ง. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

3. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุ่มร่าตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด

- ก. หากิจกรรมที่ตนเองชอบทำแทน
- ข. ออกกำลังกาย เพื่อให้เหงื่อออก
- ค. สวดมนต์ภาวนา ตามศาสนาที่ตนเองยึดถือ
- ง. ทำใจเป็นกลาง มองโลกในแง่ดี

4. หากบุคคลในครอบครัวของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะอย่างไร

- ก. ไม่ว่าอะไร ปล่อยตามสบาย
- ข. เลี่ยงออกไปห่างๆ จากควันบุหรี่
- ค. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเอง
- ง. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเองและบุคคลในครอบครัว

5. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง แล้วเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไร

- ก. ตอบรับตามคำชวนของเพื่อนทันที เพื่อไม่ให้เสียความเป็นเพื่อนไป
- ข. ดื่มแต่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยาท
- ค. นั่งเป็นเพื่อนได้โดยไม่ดื่มตามคำชวน เพื่อคอยช่วยเพื่อนเมื่อจำเป็น
- ง. ปฏิเสธพร้อมให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วงปัจจุบัน

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7 วัน/ สัปดาห์	4-5 วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ท่านมีการควบคุมปริมาณอาหาร และ ควบคุมรสอาหารไม่ให้ มัน หรือเค็มจัด ทุกมื้อ					
2. ท่านกินผัก เช่น ผักสด ผักต้ม ผักผัก และ ผลไม้สด รวมกันวันละอย่างน้อยครึ่ง กิโลกรัม					
3. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อ ออก วันละ 30 นาที					
4. ท่านทำงานบ้านหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่อง จนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก วันละ 30 นาที					
5. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ท่านพูดคุยกับบุคคล ใกล้ชิด หรือสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ					
6. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรืองานอดิเรกที่ท่านชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ					
7. ท่านงดสูบบุหรี่ หรือยาเส้น (อย่างไร อย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง)					
8. ท่านหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ หรือ ยาเส้น จากบุคคลอื่น (อย่างไรอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง)					
9. ท่านงดดื่มสุรา					
10. ท่านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ หรืออื่นๆ					

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ค-2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

Christian University of Thailand

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปัทม (Nutbeam,2000,2008) โดยการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับบุคคลวัยทำงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	กิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ	ระยะเวลา	สื่อ	การประเมินผล
1. ขั้นเตรียมการ	ขั้นเตรียมการ 1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือประชาชนวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครบทุกขั้นตอน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 3. วัดความดันโลหิตและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม		1. แบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 2. เครื่องวัดความดันโลหิต	ได้กลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย 100%

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	กิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ	ระยะเวลา	สื่อ	การประเมินผล
2. <u>ขั้นตอนการทดลอง</u> <u>สัปดาห์ที่ 1</u> 1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)	<u>ขั้นตอนการทดลอง</u> 1. สร้างสัมพันธภาพ และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย 2. อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ 3. การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบประเมินประกอบด้วย 3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา และอาชีพ 3.2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน 27 ข้อ 3.2.1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้องจำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 3.2.2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 3.2.3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 1-4		1. อุปกรณ์เครื่องเสียง 1 ชุด 2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-59 ปี	

กิจกรรม/วัตถุประสงค์/ องค์ประกอบ Health literacy	กิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ	ระยะเวลา	สื่อ	การประเมินผล
<u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ ตัดสินใจหลีกเลี่ยงหรือเลือก ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูงได้ <u>สัปดาห์ที่ 8</u>	ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กลุ่มเดิม ณ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ 1. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) 2. กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำ กิจกรรม 3. ประเมินทักษะการจัดการตนเองจากคู่มือบันทึก พฤติกรรมสุขภาพตนเอง 4. วัดระดับความดันโลหิตเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการ ทดลอง 5. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็น สิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้ 6. ผู้วิจัยกล่าวปิดกิจกรรมในโครงการวิจัย กล่าวขอบคุณ และกล่าวอำลา		1. แบบประเมินความ รอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการ ป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงของประชาชน อายุ 35-59 ปี 2. เครื่องวัดความดันโลหิต 3. คู่มือบันทึกพฤติกรรม สุขภาพตนเอง	

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ค-2.2 คู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

C1

1

คู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

และ

แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

(ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมอารมณ์
งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา)





ภาคผนวก ง
ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

Christian University of Thailand

ตารางแสดงการคำนวณค่า IOC

ข้อ คำถาม	คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ (n=5)					$\sum R$	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	Item CVI	ด้าน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5				
1	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	ความรู้ความเข้าใจ
2	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
3	1	1	1	0	1	4	0.8	4/5=0.8	
4	1	1	1	0	1	4	0.8	4/5=0.8	
5	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
6	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
7	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
8	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
9	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
10	1	1	0	1	1	4	0.8	4/5=0.8	
11	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	การเข้าถึงข้อมูล
12	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
13	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
14	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	การสื่อสารสุขภาพ
15	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
16	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	การจัดการตนเอง
17	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
18	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
19	1	1	1	0	1	4	0.8	4/5=0.8	
20	1	1	1	0	1	4	0.8	4/5=0.8	
21	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	การรู้เท่าทันสื่อ
22	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
23	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	การตัดสินใจ
24	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
25	1	1	1	1	0	4	0.8	4/5=0.8	
26	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
27	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	

ตารางแสดงการคำนวณค่า IOC (ต่อ)

ข้อ คำถาม	คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ (n=5)					$\sum R$	IOC = $\frac{\sum R}{N}$	Item CVI	ด้าน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5				
28	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	ประเมินพฤติกรรม
29	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
30	1	1	1	1	1	5	1	5/5=1	
31	1	1	1	1	0	4	0.8	4/5=0.8	
32	1	1	1	1	1	5	5	5/5=1	
33	1	1	1	1	1	5	5	5/5=1	
34	1	1	1	1	1	5	5	5/5=1	
35	1	1	1	1	1	5	5	5/5=1	
36	1	1	1	1	1	5	5	5/5=1	
37	1	1	1	1	1	5	5	5/5=1	

CVI รวม = $\frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ (5 คน) เห็นว่าสอดคล้อง}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$

$$CVI = \frac{30}{37}$$

$$= 0.81$$

$$S-CVI/UA = 0.81$$

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ

คน/ ข้อ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	x	x^2
1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	6	36
2	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	5	25
3	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	9
4	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	7	49
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	81
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	81
7	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	7	49
8	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4	16
9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
11	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	5	25
12	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	7	49
13	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	5	25
14	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	5	25
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
16	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4
17	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	9
18	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	5	25
19	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	7	49
20	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	6	36
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
22	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3	9
23	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
24	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	4	16
25	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	6	36

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ

คน/ ข้อ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	x	X2
26	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	5	25
27	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8	64
28	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3	9
29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	4
30	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	9
รวม	12	16	11	14	24	13	18	10	19	22	159	1029
P	0.40	0.53	0.37	0.47	0.80	0.43	0.60	0.33	0.63	0.73		
Q	0.60	0.47	0.63	0.53	0.20	0.57	0.40	0.67	0.37	0.27		
pq	0.24	0.25	0.23	0.25	0.16	0.25	0.24	0.22	0.23	0.20	2.27	

$$\sum pq = 2.27 \quad \sum x = 159 \quad \sum x^2 = 1029$$

ค่าความแปรปรวน (S^2) = $\{30(1029) - (159 \times 159)\} / (30 \times 30)$

$$= (30807 - 25281) / 900$$

$$= 5589 / 900$$

$$\text{ค่าความแปรปรวน} = 6.21$$

$$kr-20 = (10/10-1) (1 - (\sum pq / S^2))$$

$$kr-20 = (10/9) (1 - (2.27/6.21))$$

$$kr-20 = (1.11) (1 - (0.36))$$

$$kr-20 = (1.11) (0.64)$$

$$kr-20 = 0.7104$$

Reliability

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 2 ตอนที่ 2,3

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.819	.829	17

Christian University of Thailand

แบบประเมินพฤติกรรม

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.845	.842	10



ภาคผนวก จ
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

Christian University of Thailand

T-Test

เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อน-หลังการทดลอง

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	ความรู้รอบรู้ – ความรู้รอบรู้หลัง	-13.63333	6.37064	1.16311	-16.01217	-11.25450	-11.721	29	.000
Pair 2	ระดับความรู้รอบรู้ - ระดับความรู้รอบรู้ หลัง	-.90000	.48066	.08776	-1.07948	-.72052	-10.256	29	.000
Pair 3	พฤติกรรม – พฤติกรรมหลัง	-8.20000	6.13301	1.11973	-10.49010	-5.90990	-7.323	29	.000
Pair 4	ระดับพฤติกรรม – ระดับพฤติกรรมหลัง	-.90000	.60743	.11090	-1.12682	-.67318	-8.115	29	.000
Pair 5	P1SBP - POSBP	4.56667	8.26160	1.50835	1.48173	7.65160	3.028	29	.005
Pair 6	P1DBP - PODBP	5.20000	5.71387	1.04320	3.06641	7.33359	4.985	29	.000

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differe nce	Std. Error Differe nce	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ความรู้รอบรู้	Equal variances assumed	.055	.815	.149	58	.882	.36667	2.46297	-4.56351	5.29685
	Equal variances not assumed			.149	57.904	.882	.36667	2.46297	-4.56369	5.29702
พฤติกรรม	Equal variances assumed	1.350	.250	-.367	58	.715	-.76667	2.08884	-4.94794	3.41460
	Equal variances not assumed			-.367	57.088	.715	-.76667	2.08884	-4.94936	3.41602
PISBP	Equal variances assumed	.061	.806	3.900	58	.000	5.40000	1.38462	2.62839	8.17161
	Equal variances not assumed			3.900	57.986	.000	5.40000	1.38462	2.62837	8.17163
PIDBP	Equal variances assumed	.016	.899	2.877	58	.006	2.66667	.92678	.81151	4.52182
	Equal variances not assumed			2.877	57.953	.006	2.66667	.92678	.81148	4.52186
ระดับความรู้รอบรู้	Equal variances assumed	.000	1.000	.000	58	1.000	.00000	.13131	-.26284	.26284
	Equal variances not assumed			.000	58.000	1.000	.00000	.13131	-.26284	.26284
ระดับพฤติกรรม	Equal variances assumed	.035	.852	-.806	58	.424	-.16667	.20687	-.58077	.24744
	Equal variances not assumed			-.806	57.740	.424	-.16667	.20687	-.58081	.24748

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ความรู้หลัง	Equal variances assumed	3.627	.062	6.142	58	.000	13.73333	2.23595	9.25760	18.20907
	Equal variances not assumed			6.142	53.991	.000	13.73333	2.23595	9.25051	18.21616
ระดับความรู้หลัง	Equal variances assumed	.383	.538	6.743	58	.000	.93333	.13841	.65628	1.21039
	Equal variances not assumed			6.743	57.379	.000	.93333	.13841	.65621	1.21045
พฤติกรรมหลัง	Equal variances assumed	19.024	.000	5.487	58	.000	8.73333	1.59162	5.54736	11.91931
	Equal variances not assumed			5.487	42.517	.000	8.73333	1.59162	5.52247	11.94420
ระดับพฤติกรรมหลัง	Equal variances assumed	8.659	.005	5.415	58	.000	.90000	.16621	.56730	1.23270
	Equal variances not assumed			5.415	48.405	.000	.90000	.16621	.56589	1.23411
POSBP	Equal variances assumed	7.365	.009	-.720	58	.474	-1.53333	2.12902	-5.79503	2.72836
	Equal variances not assumed			-.720	49.783	.475	-1.53333	2.12902	-5.81006	2.74339
PODBP	Equal variances assumed	.835	.365	-1.877	58	.066	-2.70000	1.43819	-5.57885	.17885
	Equal variances not assumed			-1.877	55.697	.066	-2.70000	1.43819	-5.58139	.18139



ภาคผนวก จ
ตารางเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพรายข้อ

Christian University of Thailand

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม						
หลัก 3อ.2ส						
1. พฤติกรรมการป้องกันโรคตามหลัก 3อ.2ส คืออะไร	0.46	0.51	ไม่ดีพอ	0.30	0.46	ไม่ดีพอ
2. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด	0.80	0.47	ดีมาก	0.76	0.43	พอใช้
3. นางสาวนิตหน้อยชอบกินขนมขบเคี้ยวหรือขนมกรุบกรอบ นิตหน้อยจะเสี่ยงเป็นโรคใดมากที่สุด	0.27	0.45	ไม่ดีพอ	0.56	0.50	ไม่ดีพอ
4. การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	0.63	0.38	พอใช้	0.70	0.46	พอใช้
5. บุคคลในข้อใดเป็นตัวอย่างที่ดีในการออกกำลังกายทุกครั้ง	0.83	0.38	ดีมาก	0.70	0.46	พอใช้
6. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอารมณ์หรือความเครียดต่อโรคความดันโลหิตสูง	0.80	0.41	ดีมาก	0.83	0.37	ดีมาก
7. การคลายเครียดวิธีใดช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีที่สุด	0.80	0.41	ดีมาก	0.73	0.44	พอใช้
8. การสูบบุหรี่มีผลอย่างไรจึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	0.50	0.51	ไม่ดีพอ	0.50	0.50	ไม่ดีพอ
9. สารใดในบุหรี่ที่เป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	0.70	0.34	พอใช้	0.76	0.43	พอใช้
10. การดื่มสุรามีผลอย่างไรจึงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้อย่างไร	0.70	1.17	พอใช้	0.73	0.45	พอใช้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						
ตามหลัก 3อ.2ส						
11. เมื่อต้องการรู้เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ท่านสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูล โดย สอบถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นอินเทอร์เน็ต ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.93	0.73	ไม่ดีพอ	2.80	0.84	ไม่ดีพอ
12. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในด้านอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และลดปัญหาจากสูบบุหรี่ดื่มสุรา หรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย น่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.43	1.00	ไม่ดีพอ	2.73	0.98	ไม่ดีพอ
ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส						
13. ท่านเข้าใจเนื้อหาที่อ่านหรือจากการฟังคำแนะนำจากบุคคลอื่น เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง บ่อยครั้งแค่ไหน	2.56	1.04	ไม่ดีพอ	2.76	0.81	ไม่ดีพอ
14. ท่านสามารถเล่าเรื่อง หรือพูดคุยหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้ครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	2.30	1.02	ไม่ดีพอ	2.43	0.93	ไม่ดีพอ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
15. ท่านมีการโน้มน้าวหรือแนะนำให้บุคคลอื่น ขอมรับข้อมูลที่ถูกต้องให้สามารถปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.23	1.19	ไม่ดีพอ	2.63	0.99	ไม่ดีพอ
ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส						
16. ท่านสามารถควบคุม ปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.40	1.00	ไม่ดีพอ	2.83	0.64	ไม่ดีพอ
17. ท่านวางแผนการออกกำลังกายของตนเองและทำให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.73	1.08	ไม่ดีพอ	2.56	0.89	ไม่ดีพอ
18. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านสามารถประเมินและจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลง ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่านได้บ่อยครั้งแค่ไหน	3.03	0.85	พอใช้	2.76	0.77	ไม่ดีพอ
19. ท่านสามารถทบทวนวิธีการปฏิบัติตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.70	0.98	ไม่ดีพอ	2.90	0.76	ไม่ดีพอ
20. ท่านสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้ท่านปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.70	0.93	ไม่ดีพอ	2.67	0.92	ไม่ดีพอ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก						
3อ.2ส.						
21. เมื่อท่านสนใจในสินค้าหรือกิจกรรมที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อสินค้าหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้น บ่อยครั้งแค่ไหน	2.60	1.00	ไม่ดีพอ	3.10	0.75	พอใช้
22. ท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. โดยท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	2.53	0.97	ไม่ดีพอ	2.76	0.97	ไม่ดีพอ
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก						
3อ.2ส.						
23. เมื่อท่านได้รับเชิญไปงานขึ้นบ้านใหม่ที่บ้านเพื่อน แล้วเพื่อนเชิญให้กินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น เค็ม หรือมันจนเกินไป ท่านตัดสินใจอย่างไร	3.03	0.85	พอใช้	2.90	0.96	พอใช้
24. หากท่านและเพื่อนของท่านออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่ง ที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร	3.60	0.81	ดีมาก	3.00	0.87	พอใช้
25. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรงตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด	2.90	1.42	พอใช้	2.20	1.32	ไม่ดีพอ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
26. หากบุคคลในครอบครัวของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะอย่างไร	3.63	0.71	ดีมาก	3.33	0.88	ดีมาก
27. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง แล้วเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไร	3.40	0.81	ดีมาก	3.17	0.87	พอใช้

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อ จำนวน 27 ข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับไม่ดีพอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.85 และ 55.55 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 37.04 ตามลำดับ และระดับดีมากน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.81 และ 7.41 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส						
1. พฤติกรรมการป้องกันโรคตามหลัก 3อ.2ส คืออะไร	0.86	0.34	ดีมาก	0.40	0.50	ไม่ดีพอ
2. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด	0.96	0.18	ดีมาก	0.83	0.37	ดีมาก
3. นางสาวนิตน้อยชอบกินขนมขบเคี้ยวหรือขนมกรุบกรอบ นิตน้อยจะเสี่ยงเป็นโรคใดมากที่สุด	0.93	0.25	ดีมาก	0.63	0.49	พอใช้
ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส						
4. การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้	0.86	0.34	ดีมาก	0.73	0.44	พอใช้
5. บุคคลในข้อใดเป็นตัวอย่างที่ดีในการออกกำลังกายทุกครั้ง	1.00	0.00	ดีมาก	0.76	0.43	พอใช้
6. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอารมณ์หรือความเครียดต่อโรคความดันโลหิตสูง	0.80	0.40	ดีมาก	0.70	0.46	ไม่ดีพอ
7. การคลายเครียดวิธีใดช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีที่สุด	0.90	0.30	ดีมาก	0.73	0.44	พอใช้
8. การสูบบุหรี่มีผลอย่างไรจึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	0.50	0.50	ดีมาก	0.46	0.50	ไม่ดีพอ
9. สารใดในบุหรี่ที่เป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	0.96	0.18	ดีมาก	0.70	0.46	พอใช้
10. การดื่มสุรามีทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้อย่างไร	0.93	0.25	ดีมาก	0.66	0.48	พอใช้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						
ตามหลัก 3อ.2ส						
11. เมื่อต้องการรู้เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ท่านสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูล โดย สอบถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นอินเทอร์เน็ต ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	3.46	0.93	พอใช้	3.00	0.83	พอใช้
ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส						
12. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในด้านอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และลดปัญหาจากสูบบุหรี่ดื่มสุรา หรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย น่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน	3.43	0.81	พอใช้	2.56	0.89	ไม่ดีพอ
ทักษะการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส						
13. ท่านเข้าใจเนื้อหาที่อ่านหรือจากการฟังคำแนะนำจากบุคคลอื่น เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง บ่อยครั้งแค่ไหน	3.63	0.80	พอใช้	2.90	0.92	ไม่ดีพอ
14. ท่านสามารถเล่าเรื่อง หรือพูดคุยหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้ครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	3.23	0.85	พอใช้	2.50	0.86	ไม่ดีพอ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
15. ท่านมีการโน้มน้าวหรือแนะนำให้บุคคลอื่น ยอมรับข้อมูลที่ถูกต้องให้สามารถปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยครั้งแค่ไหน	2.96	1.06	ไม่ดีพอ	2.53	0.89	ไม่ดีพอ
ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส						
16. ท่านสามารถควบคุม ปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	3.40	0.81	พอใช้	2.76	0.67	ไม่ดีพอ
17. ท่านวางแผนการออกกำลังกายของตนเองและทำให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	3.46	0.89	พอใช้	2.66	0.92	ไม่ดีพอ
18. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านสามารถประเมินและจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลง ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่านได้บ่อยครั้งแค่ไหน	3.63	0.61	พอใช้	2.83	0.78	ไม่ดีพอ
19. ท่านสามารถทบทวนวิธีการปฏิบัติตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	3.53	0.81	พอใช้	2.86	0.68	ไม่ดีพอ
20. ท่านสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้ท่านปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	3.46	0.77	พอใช้	2.63	1.03	ไม่ดีพอ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก						
3อ.2ส.						
21. เมื่อท่านสนใจในสินค้าหรือกิจกรรมที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อสินค้าหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้น บ่อยครั้งแค่ไหน	3.73	0.78	พอใช้	2.96	0.80	ไม่ดีพอ
22. ท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. โดยท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	3.20	0.84	พอใช้	2.76	0.97	ไม่ดีพอ
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก						
3อ.2ส.						
23. เมื่อท่านได้รับเชิญไปงานขึ้นบ้านใหม่ที่บ้านเพื่อน แล้วเพื่อนเชิญให้กินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น เค็ม หรือมันจนเกินไป ท่านตัดสินใจอย่างไร	3.56	0.70	ดีมาก	2.83	0.83	พอใช้
24. หากท่านและเพื่อนของท่านออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่ง ที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร	3.73	0.58	ดีมาก	3.00	1.01	พอใช้
25. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรงตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด	3.16	1.08	พอใช้	2.30	1.20	ไม่ดีพอ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายข้อ)	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
26. หากบุคคลในครอบครัวของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะอย่างไร	3.90	0.40	ดีมาก	3.30	1.05	ดีมาก
27. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง แล้วเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไร	3.90	0.30	ดีมาก	3.30	0.87	ดีมาก

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อ จำนวน 27 ข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับดีมากมากที่สุด รองลงมาในระดับพอใช้ และระดับไม่ดีพอน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.86, 55.55 และ 3.70 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับไม่ดีพอมากที่สุด รองลงมาคือระดับพอใช้ และระดับดีมากน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.26, 33.33 และ 7.41 ตามลำดับ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางรุ่งนภา	อาระหัง
วัน เดือน ปีเกิด	20	กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดตราด	
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2541	จบการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	พ.ศ. 2560	จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546	โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด
	พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548	โรงพยาบาลแม่ลาน จังหวัดปัตตานี
	พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2554	โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม
	พ.ศ. 2554 – ปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ จังหวัดนครปฐม

Christian University of Thailand