

Original Article

EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM WITH HEALTH BEHAVIOR AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS RISK ON HYPERTENSION NONG PHAI LOM SUB-DISTRICT, MUEANG DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Siriwan Pimjan ¹, Sarodh Pechmanee ², Thanakorn Panyasaisophon ^{3,*}

Received: November 25, 2023

Received: October 05, 2024

Accepted: October 19, 2024

¹ Master's degree students in Health Promotion Management Nakhonratchasima College, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

² Faculty of Allied health sciences, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

³ Faculty of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University, Bangkok 10220, Thailand

Corresponding author; E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th*

Citation: Pimjan S., Pechmanee S., Panyasaisophon T. (2024). Effect of Health Promotion Program with Health Behavior among Village Health Volunteers Risk on Hypertension Nong Phai Lom Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(3), 39-50.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed at the effect of health promotion program with health behavior among village health volunteers' risk on hypertension Nong Phai Lom Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were divided into two groups. The experimental group consisted of 35 participate groups that received Pender Health Promotion Application Program with 3E 2S, and the control group consisted of 35 non received regular health promotion programs by Simple random sampling. The instrument was a health promotion program, questionnaire and blood pressure recording form. Frequencies, percentage, mean, standard deviation, paired samples t-test and independent samples t-test were applied for data analysis. The results of this study were as follows: After receiving the health promotion program the village health volunteers risk on hypertension Nong Phai Lom Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, The experimental group had health behavior : food, stress, exercise, reducing each quitting smoking and alcohol had significantly better health promotion program than before receiving the health promotion program and control group at .01 level and the experimental group had lower blood pressure levels than the control group at .05 levels. (Mean=121.13, SD=5.59/77.66 SD=4.04 mmHg.)

Keywords: Health behavior; Risk on hypertension; Village health volunteers

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

รับบทความ: 25 พฤศจิกายน 2566
แก้ไขล่าสุด: 05 ตุลาคม 2567
ตอบรับตีพิมพ์: 19 ตุลาคม 2567

สิริพร แดงงาม¹, สาโรจน์ เพชรธณี², ธนกร ปัญญาไสโสภณ^{3,*}

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

² คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

³ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ 10220, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th*

อ้างอิง: พิมพ์รดา สิริจิตต์ธงชัย, สาโรจน์ เพชรธณี, ธนกร ปัญญาไสโสภณ. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(3), 39-50.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตามหลัก 3อ.2ส. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมตามปกติ โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ แบบสอบถาม และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (Paired, Independent samples t-test) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีระดับความดันโลหิตสูงลดลง มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean=121.13 SD=5.59/77.66 SD=4.04 มิลลิเมตรปรอท)

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) ปัจจุบันยังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งของสาธารณสุขโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามากกว่า 1 ใน 5 ของวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและพบว่าในปี พ.ศ. 2551 ประชากรกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อในจำนวนนี้ ร้อยละ 9.10 มีอายุต่ำกว่า 60 ปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากอันดับแรกคือ ร้อยละ 48.00 (World Health Organization, 2015) จากสภาพปัญหาขององค์กรสหประชาชาติและประเทศต่าง ๆ มีความพยายามที่ผลักดันการพัฒนาระบบการเงินการคลังทางด้านสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ให้มีความยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่า 10 ปี (World Health Organization, 2005) จนกระทั่งในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 สหประชาชาติมีการตั้งเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยในเป้าหมายกำหนดให้ประเทศบรรลุความสำเร็จในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2573 (Sustainable Development Solutions Network, 2015) โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยสูงมากขึ้นมากกว่าหนึ่งพันล้านคน ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อการดำเนินชีวิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชนทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ และมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้น (World Health Organization, 2023) ส่งผลกระทบให้มีการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน (Phanmung et al., 2019) สำหรับประเทศไทย การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กองโรคไม่ติดต่อยังคงใช้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2565 – 2570) เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) และแผนปฏิรูปประเทศทางด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการขับเคลื่อนงานทั้งเชิงนโยบายและถ่ายทอดการปฏิบัติสู่พื้นที่ที่ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย

ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขสู่นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านการส่งเสริมการมีสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal เน้นอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน สู่นโยบายปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในประเด็นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิ และการพัฒนาและเสริมศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นศูนย์กลางสาธารณสุขประจำตำบล โดยให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค (Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2021)

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นแก่นสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรม (Pender et al., 2011)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญและถือเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนภาคประชาชนและยังเป็นบุคคลในชุมชนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถนำความรู้ที่ถูกต้องไปถ่ายทอดให้กับประชาชน และเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน (Oupra et al., 2021) จากผลการคัดกรองระดับความดันโลหิตของ อสม. ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2564 พบว่า อสม. มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.00 (Fort Suranari Hospital, 2022)

จากการได้พูดคุยเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย สุราและบุหรี่ จากการทบทวนสถานการณ์ แนวโน้ม ทฤษฎี และผลการวิจัย

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานกองเวชกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ แผนกเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาล ค่ายสุรนารี มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อสม. ที่ต้องดำเนินการร่วมปฏิบัติงานกับโรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการสร้างเสริมสุขภาพและลดระดับความดันโลหิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ อสม.และประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2567 มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 126 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) อายุตั้งแต่ 35 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป
- 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
- 3) มีระดับความดันโลหิตขณะพักมีระดับความดันซิสโตลิก เท่ากับ 130-139 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 85 - 89 มิลลิเมตรปรอท
- 4) ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ป่วยหรือมีโรคประจำตัวที่ต้องเฝ้าระวังหรือได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้ตรวจว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยต่อได้ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว
- 2) ได้รับอุบัติเหตุและอยู่ในช่วงพักรักษาตัว
- 3) มีปัญหาสุขภาพที่อาจมีผลกระทบหรือไม่สะดวกในการเข้ารับโปรแกรมฯ ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงทดลองที่มุ่งทดสอบสมมติฐาน

และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของขนาดผลการทดลอง (Effect size: ES) เท่ากับ 0.80 โดยการแจกแจงปกติ มีค่าความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน (Cohen, 1969) ในการนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มละ 35 คน เพื่อป้องกันการหลุดหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้นจำนวน 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ อสม. ตำบลหนองไผ่ล้อม และกลุ่มควบคุม คือ ตำบลในเมือง กลุ่มตัวอย่างทั้งมีระยะห่างกัน 6 กิโลเมตร โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากตามหมายเลขจนครบตามจำนวนที่กำหนด (Panyasaisophon, 2021) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีเนื้อหา ดังนี้

3.1.1 การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และการสร้างเสริมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

3.1.2 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้คำปรึกษาผ่านกลุ่มออนไลน์ การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แนวทางปฏิบัติตนและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นตามหลัก 3อ.2ส.

3.1.3 การรับรู้ความสามารถตนเองของการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระตุ้นเตือน การติดตามการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคืบหน้าตามหลัก 3อ.2ส.

3.1.4 การติดตาม กำกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์และการนัดหมายประชุมกลุ่มตามหลัก 3อ.2ส.

3.2 เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบบันทึกระดับความดันโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ราย มีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.21-0.70 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน อสม. และประวัติโรคทางพันธุกรรม เรื้อรัง ลักษณะข้อคำถามถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) แบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องที่กำหนดให้ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน 0-4 คะแนน (Panyasaisophon, 2021) ดังนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ (7 วัน)/ สัปดาห์	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน)/ สัปดาห์	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วัน)/ สัปดาห์	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน)/ สัปดาห์	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	1	5

เกณฑ์การแปลผล (Bloom, 1956)

แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับดีมาก (เฉลี่ย 3.01 – 4.00)

ระดับดี (เฉลี่ย 2.01 – 3.00)

ระดับปานกลาง (เฉลี่ย 1.01 – 2.00)

ระดับปรับปรุง (เฉลี่ย 0.00 – 1.00)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ได้แก่ ค่าความดันโลหิตตัวบนหรือค่าซิสโตลิก (Systolic) และค่าตัวล่าง หรือค่าไดแอสโตลิก (Diastolic) เป็นแบบเติมข้อความลงในช่องที่กำหนดให้ จำนวน 2 ข้อ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีขั้นตอน ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองตามแผนการทดลองการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพโดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และการสร้างเสริมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

4.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพโดยการให้คำปรึกษาผ่านกลุ่มออนไลน์ การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แนวทางปฏิบัติตน และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

4.2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองของการสร้างเสริมสุขภาพโดยการกระตุ้นเตือนการติดตามการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคืบหน้า

4.2.4 การติดตาม กำกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์และการนัดหมายประชุมกลุ่ม

4.3 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มภายหลังการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยจนเข้าใจ ผลการศึกษา นำเสนอในภาพรวม และงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยนครราชสีมา เอกสารรับรองหมายเลข NMCEC-0007/2566

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

6.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent samples t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$

6.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent samples t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 อายุเฉลี่ย 48.30 ปี (Max=71, Min=21) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 46.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.0 และไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมเรื้อรัง ร้อยละ 63.3 (Table 1)

1.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 อายุเฉลี่ย 50.67 ปี (Max=68, Min=37) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 56.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 36.7 และไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมเรื้อรัง ร้อยละ 73.3 (Table 1)

Table 1: Shows the basic personal data of village health volunteers in the experimental and control groups.

The basic personal data	Experimental groups (n = 35)		Control groups (n = 35)	
	Count	Percentage	Count	Percentage
1. Gender				
Male	1	3.3	3	10.0
Female	29	96.7	27	90.0
2. Age	Mean = 48.30, SD = 12.05 Max = 71, Min = 21		Mean = 50.67, SD = 8.50 Max = 68, Min = 37	
3. Marital Status				
Married	21	70.0	25	83.3
Single	3	10.0	3	10.0
Widowed/Divorced/Separated	6	20.0	2	6.7
4. Education Level				
Primary School/Lower	9	30.0	10	33.3
Secondary School/Equivalent	14	46.7	17	56.7
Diploma/Equivalent	1	3.3	0	0.0
Bachelor's Degree/Higher	6	20.0	3	10.0
5. Monthly Family Income				
Less than 10,000 Baht	18	60.0	10	33.3
10,000 - 20,000 Baht	9	30.0	11	36.7
More than 20,000 Baht	3	10.0	9	30.0
6. History of chronic genetic diseases				
None	19	63.3	22	73.3
Yes	11	36.7	8	26.7

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 2)

Table 2: Comparison of the Differences in Average Scores of 3A 2S Health Behaviors and Blood Pressure Levels Between the Experimental and Control Groups Before and After the Experiment.

Variables	Sample group		n	Mean	SD	t	p-value
1. Health behavior "3A 2S"	Experimental groups	Before	35	1.53	0.48	15.85	< .001
		After	35	3.22	0.41		
	Control groups	Before	35	1.55	0.31	0.27	.785
		After	35	1.57	0.30		
1.1 Food	Experimental groups	Before	35	1.83	0.53	13.27	< .001
		After	35	3.21	0.32		
	Control groups	Before	35	1.92	0.61	0.20	0.837
		After	35	1.95	0.60		
1.2 Stress	Experimental groups	Before	35	1.62	0.98	8.09	< .001
		After	35	3.32	0.71		
	Control groups	Before	35	1.65	0.52	0.08	.937
		After	35	1.64	0.53		
1.3 Exercise	Experimental groups	Before	35	1.75	0.59	8.09	< .001
		After	35	2.94	0.64		
	Control groups	Before	35	1.72	0.74	2.97	.330
		After	35	1.72	0.74		
1.4 Quit Smoking	Experimental groups	Before	35	1.33	0.81	9.67	< .001
		After	35	3.16	0.77		
	Control groups	Before	35	1.37	0.67	0.06	.950
		After	35	1.38	0.66		
1.5 Quit Alcohol	Experimental groups	Before	35	1.09	0.81	13.58	< .001
		After	35	3.50	0.67		
	Control groups	Before	35	1.11	0.80	0.16	.874
		After	35	1.14	0.77		
2. Systolic blood pressure level	Experimental groups	Before	35	134.90	2.18	13.58	< .001
		After	35	121.13	5.59		
	Control groups	Before	35	135.00	2.05	0.20	.844
		After	35	134.90	2.18		
3. Diastolic blood pressure	Experimental groups	Before	35	86.96	1.21	13.04	< .001
		After	35	77.66	4.04		
	Control groups	Before	35	86.63	1.42	0.09	.927
		After	35	86.60	1.30		

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และระดับความดันโลหิตสูง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 3)

Table 3: Comparison of Mean Score Differences in 3E 2S Behaviors and Blood Pressure Levels Between the Experimental and Control Groups Before and After the Experiment.

Variables	Sample group	n	Mean	SD	t	p-value	
1. Health behavior "3A 2S"	Before	Experimental groups	35	1.53	0.48	1.79	.082
		Control groups	35	1.55	0.31		
	After	Experimental groups	35	3.22	0.41	113.51	< .001
		Control groups	35	1.57	0.30		
1.1 Food	Before	Experimental groups	35	1.83	0.53	3.92	.096
		Control groups	35	1.92	0.61		
	After	Experimental groups	35	3.21	0.32	64.82	< .001
		Control groups	35	1.95	0.60		
1.2 Stress	Before	Experimental groups	35	1.62	0.98	0.95	.351
		Control groups	35	1.65	0.52		
	After	Experimental groups	35	3.32	0.71	66.35	< .001
		Control groups	35	1.64	0.53		
1.3 Exercise	Before	Experimental groups	35	1.75	0.59	1.11	.275
		Control groups	35	1.72	0.74		
	After	Experimental groups	35	2.94	0.64	43.64	< .001
		Control groups	35	1.72	0.74		
1.4 Quit Smoking	Before	Experimental groups	35	1.33	0.81	1.33	.192
		Control groups	35	1.37	0.67		
	After	Experimental groups	35	3.16	0.77	61.44	< .001
		Control groups	35	1.38	0.66		
1.5 Quit Alcohol	Before	Experimental groups	35	1.09	0.81	0.62	.543
		Control groups	35	1.11	0.80		
	After	Experimental groups	35	3.50	0.67	79.24	< .001
		Control groups	35	1.14	0.77		
2. Systolic blood pressure level	Before	Experimental groups	35	134.90	2.18	1.17	.250
		Control groups	35	135.00	2.05		
	After	Experimental groups	35	121.13	5.59	80.32	< .001
		Control groups	35	134.90	2.18		

Table 3: (Continued)

Variables	Sample group		n	Mean	SD	t	p-value
3. Diastolic blood pressure	Before	Experimental groups	35	86.96	1.21	6.19	.931
		Control groups	35	86.63	1.42		
	After	Experimental groups	35	77.66	4.04	73.73	< .001
		Control groups	35	86.60	1.30		

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3๖.2๘. สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ 1) แผนการพัฒนาให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ จากการบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และการสร้างเสริมเสริมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองสำหรับการลดหวาน มัน เค็มในอาหาร การจัดการอารมณ์ตนเอง ได้แก่ การยอมรับ หายใจเข้าออกลึก ๆ และรับฟังความคิดเห็น การจัดการตนเองในการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินแกว่งแขน โยคะ แอโรบิก 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ และการจัดการตนเอง ลด ละ เลิก ปริมาณ บุหรี่ และสุรา 2) แผนการพัฒนาการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาผ่านกลุ่มออนไลน์ การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แนวทางปฏิบัติตนและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ได้แก่ การจัดการตนเองในด้านอาหาร คือ ลดหวาน มัน เค็ม การจัดการความเครียดอารมณ์ตนเอง การออกกำลังกาย และการจัดการตนเอง ลด ละ เลิก ปริมาณ บุหรี่และสุรา 3) แผนการรับรู้ความสามารถตนเองของ

การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระตุ้นเตือน การติดตาม การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคืบหน้าในการจัดการตนเองด้านอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม การจัดการความเครียดอารมณ์ตนเอง การจัดการตนเองในการออกกำลังกาย และการจัดการตนเอง ลด ละ เลิก ปริมาณ บุหรี่และสุรา 4) การติดตาม กำกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์และการนัดหมายประชุมกลุ่ม ได้แก่ การจัดการตนเองด้านอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม การจัดการความเครียดอารมณ์ตนเอง การจัดการตนเองในการออกกำลังกาย และการจัดการตนเอง ลด ละ เลิก ปริมาณ บุหรี่และสุรา โปรแกรมตามแผนนี้ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ด้านความเครียด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการลดละเลิกบุหรี่ยี่และสุรา ส่งผลกระทบให้ระดับความดันโลหิตลดลงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ และดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Meekruerod (2020) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lerdasil (2024) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วนลงพุง ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีในการควบคุม

เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hosutisima (2019) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องแนวคิดของ Pender (2011) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การตั้งใจหรือการกระทำใดๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล และยังให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในมุมที่กว้างขึ้น กล่าวคือ มืองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความรู้ การป้องกันและการให้ภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดนโยบายระดับจังหวัดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นต้นแบบสำหรับประชาชน

2. ผลการวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปขยายลงพื้นที่ที่มีบริบทเดียวกัน

References

Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I : The Cognitive Domain*. New York: Mckay.
Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press, New York, 101-105.

Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. (2021). *NCDs Situation Report*. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publishing.

Fort Suranari Hospital. (2022). *Screening data for high blood pressure risk groups*. Suranaree Camp Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

Meekruarot, W. (2563). Effect of Health Promotion Program to Health Behavior, Body MassIndex and Blood Pressure Among Khirimat District Health Personnel, Sukhothai Province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal*, 1(1), 70-85.

Pender N.J. et al. (2011). *Health promotion innursing practice* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education. Inc.

Phanmung N. et al. (2019). *Issues on Campaign for World Blood Pressure Day 2019*. <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/>

Hosutisima, P. (2019). The effectiveness of health education program on hypertension prevention among high risk groups in Jorrakeahin Sub district Khonburi District Nakhonratchasima Province 2 5 6 0 . *Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhonratchasima Ratchasima*, 6(1), 56-66.

Roshinee O. et al. (2021). Effect of capacity buildingon village health volunteers' knowledge and skillsin basic life support. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 13(2), 73-86.

Sustainable Development Solutions Network (SDSN). (2015). *Indicators and a monitoring framework for the Sustainable Development Goals: Launching a data revolution*. A report to the Secretary-General of the United Nations.

Panyasaisobhon, T. (2021). *Research methodology for health promotion management*. Nakhon Ratchasima College: Lertsilp Sasan Holding Co., Ltd.

Lerdsil, W. (2024). Effect of health promotion program to health behavior risk of metabolic syndrome in personnel of Suratthani Hospital in control diet, exercise and emotion. *Website Academic Research & Innovation Surat Thani Hospital*, 1(1), 1-17.

World Health Organization. (2005). *Declaration on workers health*. http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.

World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. Retrieved July 1, 2024. from: file:///C:/Users/nb_acer/Downloads/9789240081062-eng.pdf

World Health Organization. (2015). *Priorities for research on hypertension care delivery*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376304/9789240090613-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2013). Non-communicable disease country profile 2011. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en