

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตำบลโนนคูณ อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ

วรรณภา แกมคำ, พย.บ.*¹

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในจังหวัดชัยภูมียังพบกลุ่มเสี่ยงในสัดส่วนที่สูง แต่วิธีการแก้ไขปัญหาแบบเดิมยังไม่ประสบผลสำเร็จ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง รูปแบบเป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 – 59 ปี ในตำบลโนนคูณ อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 94 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 47 คน โปรแกรมพัฒนาจากแนวความคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทิมา ดำเนินการเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ และแอปพลิเคชันไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา, paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ (Mean diff. = 20.21; 95% CI: 18.58, 21.84) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (Mean diff. = -5.57; 95% CI: 4.21, 6.95) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Mean diff. = -4.40; 95% CI: -5.79, -3.01) และไดแอสโตลิก (Mean diff. = -3.27; 95% CI: -4.81, -1.73) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้งระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนคูณ อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ

¹ ผู้ประสานงาน: วรรณภา แกมคำ, E-mail: Fahsaiplast@gmail.com

The Effectiveness of health literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-Hypertension Risk Group, Non Khun Sup-District, Khon San District, Chaiyaphum Province

Wanna Kamkham, B.N.S.^{* 1}

Abstract

Hypertension is a significant and growing public health problem. In Chaiyaphum province, a high proportion of at-risk individuals have been identified, but traditional intervention methods have not been successful. The objective of this research was to study the effectiveness of a health literacy enhancement program on the hypertension prevention behaviors of at-risk individuals. This was a two-group, quasi-experimental study with a pre-test and post-test design. The sample group consisted of 94 at-risk individuals, aged 35–59, from Non Khun sub-district, Khon San district, Chaiyaphum province. They were divided into an experimental group and a control group of 47 people each. The program, developed based on Nutbeam's health literacy concept, was conducted over 12 weeks using participatory learning through various media and the LINE application. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The research findings showed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher average scores for health literacy (Mean diff. = 20.21; 95% CI: 18.58, 21.84) and disease prevention behaviors (Mean diff. = -5.57; 95% CI: 4.21, 6.95) compared to their pre-program scores and the control group ($p < 0.001$). Additionally, their systolic blood pressure (Mean diff. = -4.40; 95% CI: -5.79, -3.01) and diastolic blood pressure (Mean diff. = -3.27; 95% CI: -4.81, -1.73) significantly decreased ($p < 0.001$).

This research demonstrates that the health literacy enhancement program helps at-risk individuals improve their health literacy, adopt better prevention behaviors, and lower their blood pressure levels. Therefore, this program should be adapted and applied to health behavior modification activities for at-risk individuals in various local contexts.

Keyword : Health Literacy Enhancement Program, Prevention Behavior, Pre-hypertension risk group

^{*} Professional Nurse, Nonkhun Subdistrict Health Promotion Hospital, Khonsan District, Chaiyaphum Province

¹ Corresponding author: Wanna Kamkham, E-mail: Fahsaipplast@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกอาจสูงถึง 1,560 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 โดยในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 8 ล้านคน⁽¹⁾ สะท้อนให้เห็นถึงความร้ายแรงและผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้น ในประเทศไทย สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2566-2567 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก 15,109.60 เป็น 16,364.10 ตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 1,113.90 เป็น 1,337.10 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ อัตราตายจากโรคนี้นี้ก็เพิ่มขึ้นจาก 14.22 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 15.43 ในปี พ.ศ. 2565⁽³⁾ แสดงให้เห็นว่าการควบคุมและป้องกันโรคยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ในระดับจังหวัดชัยภูมิ พบอัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 10.90 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ ผลการตรวจคัดกรองประชาชนอายุ 35-59 ปี ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (BP at risk) ร้อยละ 32.7, 30.8 และ 28.5 ตามลำดับ โดยเฉพาะในอำเภอกอนสาร ปี พ.ศ. 2568 จากการคัดกรองจำนวน 13,962 คน พบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง 3,823 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนคูณ พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 393 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8⁽⁴⁾

การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาในพื้นที่ตำบลโนนคูณยังคงใช้วิธีการแบบดั้งเดิม คือ การตรวจคัดกรองวัดความดันโลหิตและการอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงเป็นประจำทุกปี อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวยังไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากยังพบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.3 และ 22.5 ในปี 2567-2568 ตามลำดับ⁽³⁾ สะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของแนวทางการแก้ไขปัญหาแบบเดิม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทิม⁽⁵⁻⁶⁾ ที่เน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ใน 2 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ แสดงให้เห็นทิศทางที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหาได้ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี⁽⁷⁾ โดยเฉพาะในด้านการดูแลตนเองและการแก้ปัญหา ซึ่งคนไทยยังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก

3อ. 2ส. ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมและลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ตำบลโนนคูณต่อไป การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว เพื่อเป็นต้นแบบในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยง ใช้แนวคิดของนัทปิม⁽⁵⁻⁶⁾ ในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มาประยุกต์กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดัง Figure 1

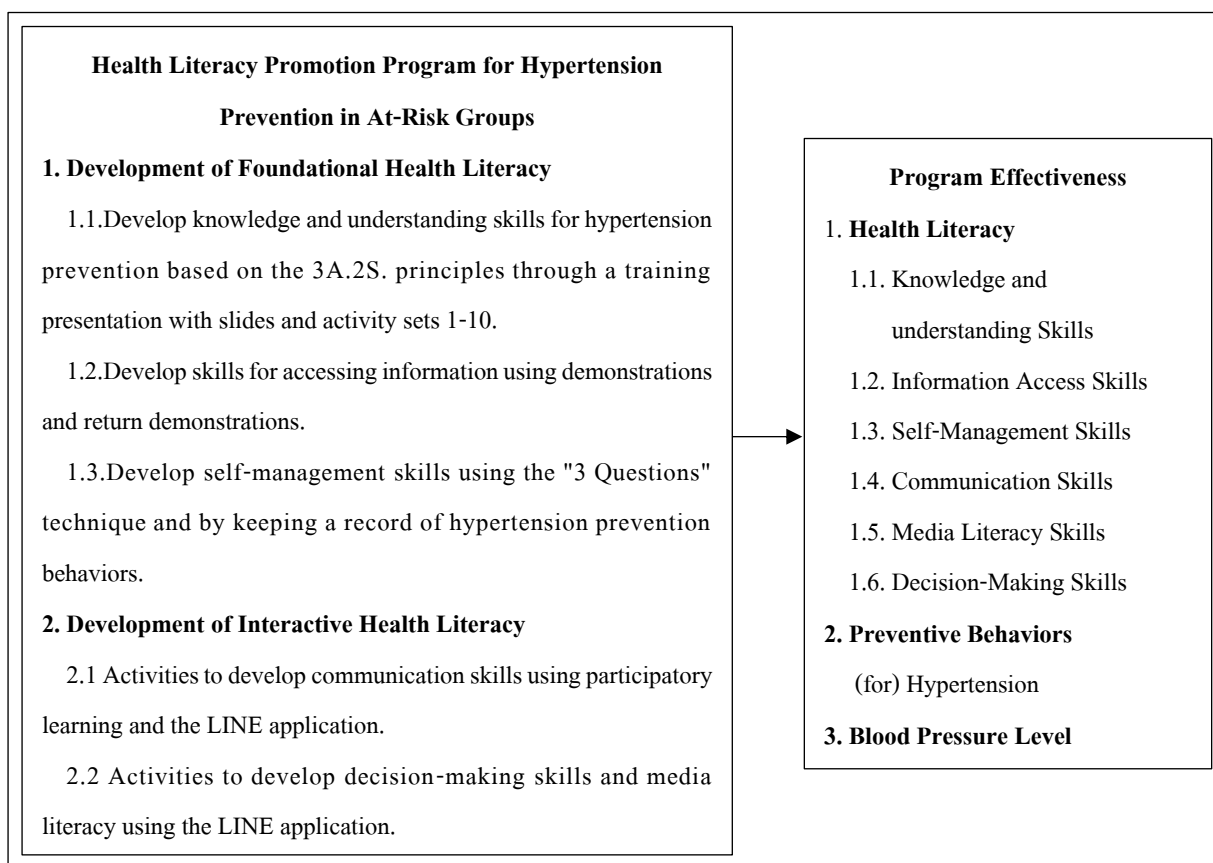


Figure 1: Research Conceptual Framework

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี อาศัยในตำบลโนนคูณ อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองประชากรทั้งหมด 2,428 ราย พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 870 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยประมาณความแตกต่างของค่าเฉลี่ย⁽⁸⁾

$$\text{สูตร } n = \frac{2\sigma^2(z\alpha+z\beta)2}{(\mu_1-\mu_2)}$$

$$\text{แทนค่า } n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(130.42)(1.64+1.28)^2}{(7.73)^2}$$

$$n/\text{กลุ่ม} = 37.24 \approx 38$$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน เนื่องจากคาดการณ์ว่าอาจมีการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา จึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$\text{แทนค่า } n_{adj} = \frac{38}{(1-0.1)^2} = \frac{38}{0.81}$$

$$= 46.91 \approx 47$$

ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายกลุ่มละ 47 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 47 คน และกลุ่มควบคุม 47 คน รวมทั้งสิ้น 94 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยง ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปม⁽⁵⁻⁶⁾ ดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะหลัก

ระยะที่ 1: การเตรียมการและประเมินก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) พร้อมทั้งวางแผนกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป

ระยะที่ 2: การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ (สัปดาห์ที่ 2-8) กิจกรรมเน้นการพัฒนา 5 ทักษะหลัก ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2-3: พัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) และทักษะการสื่อสาร (Communication skill) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่มย่อย ให้เรียนรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการป้องกันตามหลัก 3อ. 2ส. ผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, สัปดาห์ที่ 4: จัดตั้งแอปพลิเคชัน Line เพื่อการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, สัปดาห์ที่ 5: ประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความ

นำเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อต่าง ๆ, *สัปดาห์ที่ 6*: พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access skill) โดยสาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เช่น Google และ YouTube และมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ, *สัปดาห์ที่ 7*: พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) โดยสอนวิธีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ, *สัปดาห์ที่ 8*: สรุปและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันในแต่ละกลุ่ม

ระยะที่ 3: การติดตามและประเมินผล (*สัปดาห์ที่ 9-12*) *สัปดาห์ที่ 9-11*: ติดตามสมาชิกเป็นรายกลุ่มผ่านแอปพลิเคชัน Line *สัปดาห์ที่ 12*: ประเมินผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post test) ประเมินทักษะการจัดการตนเองจากการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม และวัดระดับความดันโลหิตเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนคูณ

สื่อและเครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย คู่มือความรู้ด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, สื่อวีดิทัศน์ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร และ แอปพลิเคชัน Line สำหรับการติดต่อสื่อสารและติดตาม

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ

การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ญาติสายตรงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวน 32 ข้อ ประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30. 2ส. ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁹⁾ โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้านหลัก คือ ด้านแรกเป็นความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 10 ข้อ ใช้รูปแบบคำถามแบบเลือกตอบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ด้านที่ 2 ถึง 6 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ รวมจำนวน 22 ข้อ ใช้รูปแบบมาตรวัด 5 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติ ถึงระดับ 5 หมายถึงปฏิบัติทุกครั้ง เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามด้านบวกเรียงจาก 1-5 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบจะให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้ามคือ 5-1 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมทั้งหมด 160 คะแนนเต็ม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (<96 คะแนน) อยู่ในระดับไม่ดีพอ คะแนนร้อยละ 60-79 (96-127 คะแนน) อยู่ในระดับพอใช้ และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (>128 คะแนนขึ้นไป) อยู่ในระดับดีมาก⁽¹⁰⁾

3. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินชุดนี้มีจำนวน 10 ข้อ ใช้รูปแบบมาตรวัด 5 ระดับ โดยแต่ละข้อมี

คะแนนเต็ม 10 คะแนน รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 100 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนใช้หลักการเดียวกับเครื่องมือชุดที่สอง คือ ข้อคำถามด้านบวก ให้คะแนน 1-5 และข้อคำถามด้านลบให้คะแนน 5-1 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (<60 คะแนน) อยู่ในระดับไม่ดีพอ คะแนนร้อยละ 60-79 (60-79 คะแนน) อยู่ในระดับพอใช้ และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (>80 คะแนนขึ้นไป) อยู่ในระดับดีมาก⁽¹⁰⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.81

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับบุคคลวัยทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่น จำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแต่ละเครื่องมือมีดังนี้ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. วิเคราะห์โดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ส่วนแบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ. 2ส. วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ประเภท คือ สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลประชากรและข้อมูลเชิงปริมาณทั่วไป ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน และใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test เพื่อทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร

การศึกษานี้ ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 94 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 47 ราย ผู้เข้าร่วมวิจัยในทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.8 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 65.9) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 45.96 ปี (S.D. = 5.80) ในกลุ่มทดลอง และ 44.19 ปี (S.D. = 5.57) ในกลุ่มควบคุม

สำหรับสถานภาพสมรส ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มสมรสแล้ว (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.6 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 91.4) ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.8 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 74.4) และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 87.2 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 91.4) รายได้เฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ 9,128.42 บาท (S.D. = 2,550.88) ในกลุ่มทดลอง และ 9,280.87 บาท (S.D. = 2,625.31) ในกลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาประวัติครอบครัว พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงจากญาติสายตรงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 46.8 เทียบกับ ร้อยละ 30.0) ด้านดัชนีมวลกาย ผู้เข้าร่วมวิจัยในทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของภาวะอ้วน อ้วน และอ้วนมากใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 42.5, 19.1 และ 31.9 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 40.4, 23.4 และ 29.7 ตามลำดับ

สำหรับระดับความดันโลหิต ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดในทั้งสองกลุ่มมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อยู่ในช่วง 130-139 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) อยู่ในช่วง 85-89 mmHg ร้อยละ 100.0

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุม (47 คน) และกลุ่มทดลอง (47 คน) ก่อนการทดลอง ผลการ

วิเคราะห์พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเริ่มต้นที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

ด้านความรอบรู้สุขภาพ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ใน 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจสุขภาพที่ถูกต้อง (6.00 vs 5.97, $p=0.927$) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (9.00 vs 9.09, $p=0.799$) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (11.49 vs 11.64, $p=0.691$) ทักษะการจัดการตนเอง (13.09 vs 12.96, $p=0.712$) ทักษะด้านสื่อและการรู้เท่าทันข้อมูล (13.11 vs 13.13, $p=0.952$) และทักษะการตัดสินใจเชิงพฤติกรรมสุขภาพ (20.47 vs 20.09, $p=0.266$) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 33.17 และกลุ่มทดลอง 32.80 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.645$) ดัง Table 1

และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (93.74 ± 4.04 เทียบกับ 73.53 ± 3.92 , $p<0.001$) แตกต่างกัน 20.21 คะแนน (95% CI: 18.58, 21.84) และความรอบรู้รายด้านทั้ง 6 ด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน ($p<0.001$) โดยแตกต่างมากที่สุดในด้านทักษะการจัดการตนเอง (17.55 ± 1.86 เทียบกับ 13.38 ± 2.37) คือ 4.17 คะแนน (95% CI: 3.30, 5.04) รองลงมาคือ ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมอย่างรอบรู้ (3.96 คะแนน; 95% CI: 3.24, 4.67) และด้านความรอบรู้สื่อและสารสนเทศ (3.90 คะแนน; 95% CI: 3.19, 4.61) ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูง

กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (38.89 ± 3.21
 เทียบกับ 33.31 ± 3.46 , $p < 0.001$) แตกต่างกัน 5.57
 คะแนน (95% CI: 4.21, 6.95) ดัง Table 1

Table 1: Comparison of the average score of health literacy between the comparison groups before receiving the program
 (n=94; control group = 47, experimental group = 47)

Health literacy and health behaviors.	Control	Experiment	Mean Difference	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	(95% CI)	
Before				
Health literacy score	72.87(5.91)	73.14(5.88)	-0.27(-2.68, 2.15)	0.825
1. Correct health knowledge and understanding skills.	5.97(1.64)	6.00(1.54)	0.03(-0.62, 0.68)	0.927
2. Skills for accessing health information and services.	9.09(1.81)	9.00(1.61)	-0.09(-0.79, 0.61)	0.799
3. Health communication skills.	11.64(1.89)	11.49(1.75)	-0.15(-0.90, 0.60)	0.691
4. Self-management skills.	12.96(1.84)	13.09(1.55)	0.13(-0.57, 0.83)	0.712
5. Media and information literacy skills.	13.13(1.61)	13.11(1.57)	-0.02(-0.67, 0.63)	0.952
6. Skills for making informed behavioral choices.	20.09(1.68)	20.47(1.24)	0.38(-0.29, 1.05)	0.266
Hypertension preventive behaviors.	33.17(3.41)	32.80(4.29)	0.37(-1.22, 1.96)	0.645
After				
Health literacy score	73.53(3.92)	93.74(4.04)	-20.21(-21.84, -18.58)	<0.001
1. Correct health knowledge and understanding skills.	6.10(1.85)	8.08(1.28)	-1.98(-2.63, -1.33)	<0.001
2. Skills for accessing health information and services.	9.21(1.96)	13.09(1.81)	-3.88(-4.65, -3.11)	<0.001
3. Health communication skills.	11.74(1.99)	14.19(1.98)	-2.45(-3.26, -1.64)	<0.001
4. Self-management skills.	13.38(2.37)	17.55(1.86)	-4.17(-5.04, -3.30)	<0.001
5. Media and information literacy skills.	13.21(1.87)	17.11(1.57)	-3.90(-4.61, -3.19)	<0.001
6. Skills for making informed behavioral choices.	20.13(1.68)	24.09(1.81)	-3.96(-4.67, -3.24)	<0.001
Hypertension preventive behaviors.	33.31(3.46)	38.89(3.21)	-5.57(-6.95, -4.21)	<0.001

จากการจัดกลุ่มความรู้ออกเป็น 2
 ระดับตามความซับซ้อนของทักษะ ได้แก่
 ระดับพื้นฐาน: ซึ่งประกอบด้วยความรู้ การเข้าถึง
 ข้อมูล และการจัดการ เป็นทักษะหลักที่จำเป็นใน
 การดำรงชีวิตประจำวัน และ ระดับปฏิสัมพันธ์:
 ซึ่งประกอบด้วยการสื่อสาร รู้เท่าทันสื่อ และการ

ตัดสินใจ เป็นทักษะที่ต้องการปฏิสัมพันธ์ทาง
 สังคมและการคิดวิเคราะห์ในระดับสูง การแบ่ง
 ระดับดังกล่าวช่วยให้สามารถประเมิน
 ประสิทธิภาพของการแทรกแซงได้อย่างครอบคลุม
 และเป็นระบบ โดยสะท้อนถึงการพัฒนา

ความสามารถตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปสู่ระดับที่ซับซ้อนขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า การแทรกแซงมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีพัฒนาการในทุกมิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีลักษณะถดถอยหรือคงที่ โดยในด้านความรู้ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.1 เป็น 66.0 และระดับไม่ดีพอลดลงเป็นร้อยละ 0.0 ขณะที่กลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย

ด้านการเข้าถึงข้อมูล กลุ่มควบคุมมีการถดถอยค่อนข้างมาก โดยระดับไม่ดีพอเพิ่มจากร้อยละ 21.3 เป็น 74.5 และระดับดีมากหายไป

ขณะที่กลุ่มทดลองเพิ่มระดับดีมากเป็นร้อยละ 40.4 และลดระดับไม่ดีพอเหลือร้อยละ 8.5 สำหรับการจัดการ กลุ่มควบคุมลดลงจากร้อยละ 59.6 เหลือ 6.4 ขณะที่กลุ่มทดลองคงระดับดีมากไว้ที่ร้อยละ 63.8 ผลลัพธ์เด่นที่สุดอยู่ที่รู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ โดยกลุ่มทดลองเพิ่มระดับดีมากเป็นร้อยละ 83.0 และ 97.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมเหลือเพียงร้อยละ 12.8 และ 31.9 สรุปได้ว่าการแทรกแซงไม่เพียงส่งเสริมการพัฒนา แต่ยังป้องกันการถดถอย โดยเฉพาะในทักษะซับซ้อนที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในยุคดิจิทัล ดัง Figure 2

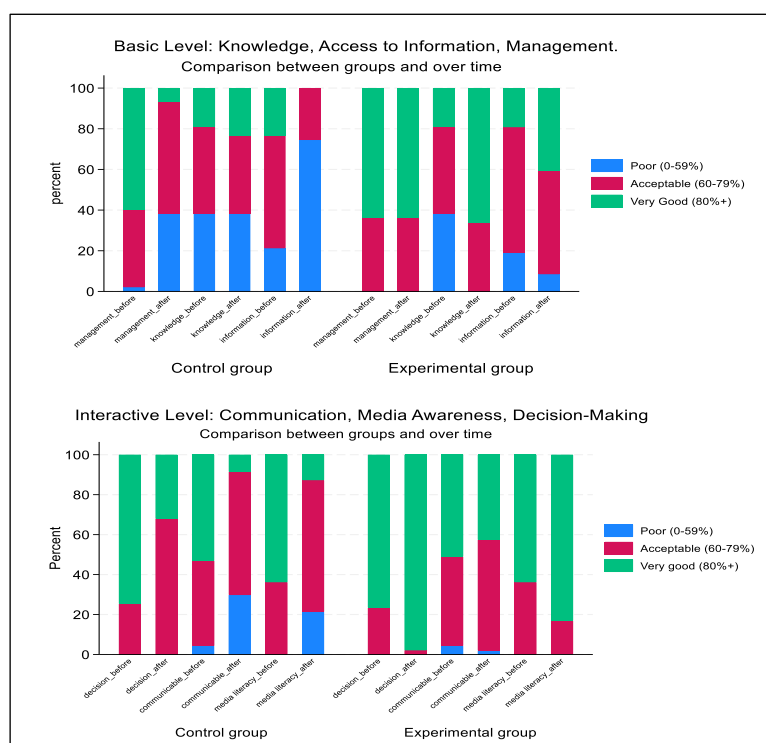


Figure 2: Health literacy at the foundational and interactive levels, categorized by pre- and post-test and between groups.

ผลการวิเคราะห์ความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม พบว่าก่อนการดำเนินการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกันอย่างมาก โดยความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 133.72 mmHg และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ 134.34 mmHg มีความแตกต่างเพียง 0.61 mmHg ($p = 0.268$) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 89.83 mmHg และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ 90.02 mmHg มีความแตกต่าง 0.19 mmHg ($p = 0.724$) ซึ่งก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าทั้งสอง

กลุ่มมีระดับความดันโลหิตบนและล่างในสภาพเริ่มต้นที่ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบนลดลงเหลือ 129.30 mmHg ลดลงจากเดิมประมาณ 4.42 mmHg ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบยังคงใกล้เคียงกับระดับเดิมที่ 133.70 mmHg ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม -4.40 mmHg (95%CI: -5.79, -3.01) ด้วยค่า $p < 0.001$ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับความดันโลหิตล่าง กลุ่มทดลองมีค่าลดลงเหลือ 85.87 mmHg (ลดลงประมาณ 3.96 mmHg จากเดิม) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบยังคงอยู่ที่ 89.15 mmHg ส่งผลให้มีความแตกต่าง -3.27 mmHg (95%CI: -4.81, -1.73) ด้วยค่า $p < 0.001$ เช่นกัน ดัง Table 2

Table 2: Comparison of average blood pressure values of hypertension risk groups Before and after participating in the program (n=94)

Blood Pressure	group	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff. (95%CI)	t	p-value
Systolic blood pressure							
Before	Experimental group	47	133.72	3.16	-0.61(-1.71, .48)	-1.11	0.268
	Control group	47	134.34	2.09			
After	Experimental group	47	129.30	4.22	-4.40(-5.79, -3.01)	-6.30	<.001
	Control group	47	133.70	2.25			
Diastolic blood pressure							
Before	Experimental group	47	89.83	2.65	-.19(-1.26, .88)	-.35	0.724
	Control group	47	90.02	2.59			
After	Experimental group	47	85.87	4.33	-3.27(-4.81, -1.73)	-4.22	<.001
	Control group	47	89.15	3.07			

อภิปรายและสรุปผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ประยุกต์จากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam) ในการปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวโน้มนงานวิจัยสาธารณสุขที่เน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความแตกต่าง 20.21 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sukcharoen and et al. (2024)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลกระทบของโมเดลความรู้ด้านสุขภาพแบบ transformative learning ในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการใช้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสามารถปรับปรุงระดับความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับตามแนวคิดของนัทบีมที่ประกอบด้วยทักษะพื้นฐาน และทักษะปฏิสัมพันธ์ แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยเฉพาะในด้านทักษะการจัดการตนเองที่มีความแตกต่างมากที่สุด และทักษะการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมอย่างรอบรู้ ซึ่งสะท้อนถึงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ร่วมและการใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชัน Line ในการติดตามสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาณุเดช นกอินทร์⁽¹²⁾ พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์สามารถลดความดันโลหิตมากกว่าการให้ความรู้ปกติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

การปรับปรุงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง (38.89 ± 3.21) เทียบกับ 33.31 ± 3.46 , $p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Intarakamhang and Macaskill (2024)⁽¹³⁾ ที่พบว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยวัยทำงานที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้ ยังสนับสนุนแนวคิดของ Nutbeam (2021)⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรกลางที่สำคัญระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันตามหลัก 3อ. 2ส. แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองและการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อระดับความดันโลหิต

การลดลงของระดับ systolic blood pressure ในกลุ่มทดลอง (129.30 mmHg เทียบกับ 133.70 mmHg ในกลุ่มเปรียบเทียบ, $p < 0.001$) และ

diastolic blood pressure (85.87 mmHg เทียบกับ 89.15 mmHg, $p < 0.001$) เป็นผลลัพธ์ที่มีความหมายทางคลินิก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sermsinsiri and Sriklo (2025)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ใหญ่ที่มีโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้ พบว่าการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพสามารถปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การลดลงของความดันโลหิตดังกล่าวมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา เนื่องจากตามข้อมูลของ WHO Global Action Plan for Prevention and Control of NCDs มีเป้าหมายที่จะลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลง 25% ภายในปี 2025 และการปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตเป็นกุญแจสำคัญในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

ความท้าทายและข้อจำกัดในบริบทประเทศไทย

แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงประสิทธิผลที่ดี แต่ยังคงมีความท้าทายสำคัญในการนำไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง ดังที่ Bawornthip and et al. (2025)⁽¹⁸⁾ ชี้ให้เห็นว่าในชุมชนภาคเหนือของประเทศไทย แม้ว่าผู้คนจะมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ แต่หลายคนยังคงบริโภคอาหารที่มีเกลือสูงและคาร์โบไฮเดรตกลั่นสูง และไม่เข้าร่วมในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นผลมาจากวัฒนธรรมการรับประทานอาหารเค็ม และอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมต่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการแทรกแซงแบบบูรณาการที่คำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังที่ Nutbeam and Lloyd (2021)⁽¹⁹⁾ กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดระดับสุขภาพ แต่ไม่ใช่ยาวิเศษสำหรับการแก้ไขความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่เกิดจากการกระจายโอกาสและทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ประยุกต์จากแนวคิดของนัทบีม มีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในทุกมิติ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการปรับปรุงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ. 2ส. และการลดลงของระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้ เกิดจากการผสมผสานระหว่างแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การใช้สื่อที่หลากหลาย และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน การดำเนินการในระยะเวลา 12 สัปดาห์ด้วยกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอผ่านแอปพลิเคชัน Line แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับแนวโน้มการวิจัยสาธารณสุขระดับนานาชาติที่

เน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสนับสนุนนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยที่มุ่งเน้นการลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

จากผลวิจัยที่แสดงประสิทธิผลที่ชัดเจน ควรมีการขยายผลโปรแกรมฯ ไปยังพื้นที่อื่น ๆ โดยปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ดังนี้

1. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของนันทิพย์และการประยุกต์ใช้ในบริบทไทย รวมถึงการฝึกอบรมทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้การศึกษาสุขภาพและการติดตามผล

2. การพัฒนาเครื่องมือการประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้สำหรับใช้ในบริบทไทย โดยคำนึงถึง ความหลากหลายทางวัฒนธรรมและระดับการศึกษาของประชากร เพื่อให้สามารถประเมินและติดตามผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชนในการดำเนินโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ

เพื่อสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็ก

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 14/2568 วันที่รับรอง 14 กุมภาพันธ์ 2568

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. [Internet]. 2024 [cited 2024 December 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2567 กองโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567. <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/tyoi/#p=1>

3. กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูล สถิติการตาย/
 ป่วย โรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567.
 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้
 จาก: [https://www.ddc.moph.
 go.th/dncd/news.php?news=39911](https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911).
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และ
 สุขภาพ (HDC). สถานะสุขภาพการป่วย
 โรคไม่ติดต่อสำคัญ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567.
 [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้
 จาก: [https://hdc.moph.go.th/cpm/
 public/standard-eport/3e9b22afedc
 152096c7 caf484c7d9629](https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-eport/3e9b22afedc152096c7caf484c7d9629)
5. Nutbeam D. Health literacy as a public
 health goal: a challenge for contemporary
 health education and communication
 strategies into the 21st century. Health
 Promotion International 2000;15(3):259-
 67.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
6. Nutbeam D. The evolving concept of
 health literacy. Soc Sci Med
 2008;67(12):2072-8.
 DOI:[10.1016/j.socscimed.2008.09.050](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050)
7. ชนพร บึงมูม, สกกรานต์ กลั่นด้วง. ผลของ
 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
 ในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดัน
 โลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง. วารสาร
 สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา
 2566;8(3):371-9. [https://so06.tci-
 thaijo.org/index.php/hej/article/view/267
 850](https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/267850)
8. อรุณ จิรวัดเนกุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัย
 ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
 ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและ
 ประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
9. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ
 สุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรอบ
 รู้ด้านสุขภาพ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
 สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563.
 [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 13
 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:
[https://hed.hss.moph.go.th/wp-
 content/uploads/2024/06/รายงานผลการ
 ดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
 และพฤติกรรมสุขภาพ-ปี-2563.pdf](https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ-ปี-2563.pdf)
10. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF.
 Handbook on formative and summative
 evaluation of student learning. New York
 : McGraw-Hill, 1971.
11. Sukcharoen P, Sakunpong N, Polruk J,
 Chumdaeng S. Impact of a transformative
 health literacy model for Thai older
 adults with hypertension. BMC Res
 Notes 2024;17(1):782.
 DOI:[10.1186/s13104-024-06782-z](https://doi.org/10.1186/s13104-024-06782-z).
12. ภาณุเดช นกอินทร์. ผลของการให้ความรู้
 ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชัน
 ไลน์ต่อระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่
 มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง.
 วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 นอร์ทเทิร์น 2568;6(1):1-14.

- <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/4096>
13. Intarakamhang U, Sriprasertpap K, Chiangkhong A, Srisawasdi N, Wongchan S, Boochoa P. Effects of Digital Health Literacy Program on Sufficient Health Behavior Among Thai Working-Age People With Risk Factors for Noncommunicable Diseases. Health Lit Res Pract 2024;8(2):e93-e101.
DOI:[10.3928/24748307-20240520-01](https://doi.org/10.3928/24748307-20240520-01).
 14. Nutbeam D. From health education to digital health literacy – building on the past to shape the future. Glob Health Promot 2021;28(4):51-5.
DOI:[10.1177/17579759211044079](https://doi.org/10.1177/17579759211044079).
 15. Sermsinsiri K, Sriklo M. Improving Health Behaviors and Blood Pressure Control through Self-Efficacy Health Promotion Program among Adults with Uncontrolled Hypertension: A Quasi-Experimental Study. Pacific Rim Int J Nurs Res 2025;29(2):412-25.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/272545>.
 16. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2023. [cited 2024 December 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
 17. Kario K, Okura A, Hoshida S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. Hypertens Res 2024;47(5):1099-102.
DOI:[10.1038/s41440-024-01622-w](https://doi.org/10.1038/s41440-024-01622-w).
 18. Bawornthip P, McDonall J, Tamdee D, Driscoll A, Hutchinson A. Health literacy and uptake of healthy diet and exercise amongst individuals with prehypertension in Thailand. Health Promot Int 2025;40(3):daaf089.
DOI:[10.1093/heapro/daaf089](https://doi.org/10.1093/heapro/daaf089).
 19. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health 2021;42:159-73.
DOI:[10.1146/annurev-publhealth-090419-102529](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529).