

Original research

Citation:

สุพัตรา คำวงษา, สุพัตรา เสนามนตรี, นรินี เรืองแก้ว. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2569;4(1):16-28.

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

สุพัตรา คำวงษา¹, สุพัตรา เสนามนตรี¹, นรินี เรืองแก้ว¹

¹ โรงพยาบาลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต การป้องกันโรคจึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน 78 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.85 เครื่องวัดความดันโลหิตผ่านการสอบเทียบ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Maddux และ Rogers มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.90 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square test, Paired t-test, independent t-test

ผลการศึกษา: หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระดับความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)

สรุปผล: โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: การสร้างแรงจูงใจ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุ ระดับความดันโลหิต

วันรับ: 17 พ.ย. 2568

วันแก้ไข: 7 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 24 มี.ค. 2569

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

สุพัตรา คำวงษา;

Email: Supatcha282519@gmail.com

Original research

Citation:

Supatcha Kumvongsa, Supattra Saenamontri, Narinee Ruangkaew. Effect of a Motivational Program on Stroke Prevention Behaviors and blood pressure levels among the Elderly with Hypertensive urgency Ban fang District, Khon Kaen Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2026;4(1):16-28.

Received: 17 Nov 2025

Revised: 7 Feb 2026

Accepted: 24 Mar 2026

Correspondence to

Supatcha Kumvongsa;

Email: Supatcha282519@gmail.com

Effect of a Motivational Program on Stroke Prevention Behaviors and blood pressure levels among the Elderly with Hypertensive urgency Ban fang District, Khon Kaen Province

Supatcha Kumvongsa¹, Supattra Saenamontri¹, Narinee Ruangkaew¹

¹ Ban Fang Hospital, Ban fang District, Khon Kaen Province

Abstract

Background: Stroke is a major public health problem among older adults, particularly those with hypertensive urgency who are at increased risk of complications and mortality. Effective stroke prevention requires appropriate health behaviors and self-management. This study examined the effects of a motivational enhancement program on stroke prevention behaviors and blood pressure levels among older adults with hypertensive urgency.

Methods: This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design. The sample consisted of 78 older adults with hypertensive urgency. Participants were selected using purposive sampling and assigned to an experimental group and a control group, with 39 participants in each group. The research instruments included a stroke prevention behavior questionnaire with a content validity index of 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.85, a calibrated blood pressure monitor, and a motivation enhancement program based on the concepts of Maddux and Rogers with a content validity index of 0.90. The experimental group received the program for eight weeks, while the control group received usual care. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The Chi-square test, paired t-tests, and independent t-tests were used for inferential statistical analysis.

Results: After the intervention, the experimental group showed significantly higher stroke prevention behaviors, including diet, physical activity, and medication adherence, than the control group ($p < 0.001$). Both systolic and diastolic blood pressure levels also significantly decreased in the experimental group ($p < 0.001$).

Conclusions: The motivational enhancement program effectively improved stroke prevention behaviors and blood pressure control among older adults with hypertensive urgency. It may be applied as a practical approach to promote health behaviors in older populations.

Keyword: motivational enhancement, stroke prevention, elderly, blood pressure

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยมากกว่า 101 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุก 3 วินาที ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.5 ล้านคนต่อปี¹ ในประเทศไทย อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2565 เท่ากับ 216.58 ราย ในปี 2566 เท่ากับ 246.71 รายต่อแสนประชากร สำหรับปี 2567 เท่ากับ 273.57 ต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศ² ในจังหวัดขอนแก่นพบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 อัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 280 ราย อัตราการตาย ร้อยละ 4.33 ในปี พ.ศ. 2566 อัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 281.68 ราย อัตราการตาย ร้อยละ 3.55 ส่วนปี พ.ศ. 2567 อัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 281.40 ราย อัตราการตาย ร้อยละ 3.30³

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยผลกระทบทางกายภาพ เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การพูดและการสื่อสารบกพร่อง สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่นในระยะยาว ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ เช่น อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการสูญเสียความมั่นใจ⁴ ผลกระทบทางสังคมลดลงจากข้อจำกัดด้านร่างกายและการสื่อสาร ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายสูงจากรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสูญเสียรายได้ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁵

การควบคุมความดันโลหิตไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะดังกล่าวถึง 2.681 เท่า⁶ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 70 มีประวัติความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดสมองหนาขึ้น และเกิดการโป่งพอง และแตกของหลอดเลือด โดยเฉพาะเมื่อค่าความดันโลหิตสูงเกิน 180/110 mmHg⁵ ภาวะดังกล่าวนำไปสู่สมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ สะท้อนถึงความจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์

ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์⁷ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ อายุ ระยะเวลาป่วย และการรับรู้ความเสี่ยง ความสามารถในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง การสร้างแรงจูงใจจึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

แนวคิดสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory: PMT) ของ Maddux และ Rogers⁸ อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการรับรู้ภัยคุกคามของโรคและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภัยคุกคามประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค ส่วนการเผชิญปัญหาประกอบด้วยการรับรู้ประสิทธิภาพของพฤติกรรมและความสามารถของตนเอง การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวช่วยเสริมศักยภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายและการเข้าถึงบริการ ทั้งยังมีหลักฐานวิจัยสนับสนุนว่าสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการจัดการตนเองที่ดี ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น⁹ และช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองได้¹⁰ แม้ประเทศไทยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในคลินิกโรคเรื้อรังและไม่ได้ปรับให้เหมาะกับลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย การรับรู้ และการเข้าถึงบริการ ขณะเดียวกันห้องฉุกเฉินที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยยังไม่ได้ถูกบูรณาการการดูแลอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่างทั้งในด้าน องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทจริง

รายงานสถิติของโรงพยาบาลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ระหว่าง พ.ศ. 2565 – 2567 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 178 ราย อัตราตายในปีเดียวกัน เท่ากับ 3.13 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566 อัตราผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 178 รายต่อแสนประชากร อัตราตายเท่ากับ 0.00 ต่อแสนประชากร สำหรับปี พ.ศ. 2567 อัตราผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 155.14 ต่อแสนประชากร อัตราตายเท่ากับ 0.00 ต่อแสนประชากร แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าอัตราผู้ป่วยผู้ป่วย

รายใหม่ และอัตราการตายมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบอัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่ทัน Golden Period ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง ระหว่าง พ.ศ. 2565 – 2567 มีแนวโน้มลดลงคิดเป็นร้อยละ 57.27, 53.50 และ 41.50 ตามลำดับ¹¹ จากการสัมภาษณ์และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มจัด โดยเฉพาะน้ำปลาหรือน้ำที่เป็นอาหารท้องถิ่น การดื่มชาและกาแฟวันละหลายแก้ว ขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อความดันโลหิต รวมถึงการใช้ยาที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น ลืมรับประทานยา หรือปรับยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ มีกิจกรรมทางกายน้อย รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคยังอยู่ในระดับต่ำ ขาดความตระหนักถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ในพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory: PMT) ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน โดยบูรณาการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการรับประทานยา ควบคู่กับการติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์ เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิดสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory: PMT) ของ Maddux และ Rogers⁸ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ประสิทธิภาพของพฤติกรรม และความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยรูปแบบการทดลอง เป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรวมถึงดำเนินโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจรายบุคคล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีอายุระหว่าง 60–75 ปี จำนวน 3,942 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ที่มีอายุระหว่าง 60–75 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น และมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 เลือกสถิติ Means difference between two independent means (Two groups) กำหนดค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.90 สำหรับค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ ชิดชนก จัษฎทรัพย์ และ นาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ¹² กำหนดการทดสอบแบบสองทาง (Two-tailed) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็น 78 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purpose sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่กำหนด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 60-75 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. ระดับความดันโลหิตได้ SBP/DBP $\geq$ 180/110 มม.ปรอท. และถูกจัดเป็นกลุ่มภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน
4. เป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดีโดยการวัดจากการประเมิน TMSE ที่ได้คะแนน TMSE มากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน
5. ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างคงที่ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงชนิดหรือขนาดยาตลอดระยะเวลาการศึกษา
6. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
7. สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่านและเขียนภาษาไทย
8. ไม่มีอาการของโรค ดังต่อไปนี้ อาการหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะจอตาสีแดงจากความดันโลหิตสูง
9. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีการเจ็บป่วยในระหว่างดำเนินการวิจัยจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนดคือขาดได้ไม่เกิน 1 ครั้งจากทั้งหมด 4 ครั้ง
3. กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามงานวิจัยของ ศิริรัตน์ ผ่านภพ¹³ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 10 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานยา 10 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย 10 ข้อ โดยใช้มาตรวัด Rating scale 5 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และ ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม คำนวณจากผลรวมคะแนนของพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เครื่องมือวัดสุขภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดดิจิทัล ยี่ห้อ Riester รุ่น ri-champion® N ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานอุปกรณ์ทางการแพทย์ (CE) และได้รับการสอบเทียบก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวัดให้ผลเป็นค่าตัวเลข ได้แก่ ค่าความดันโลหิตตัวบน (ซิสโตลิก) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (ไดแอสโตลิก) หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท ค่าที่ได้ใช้ในการจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ทางคลินิก ผู้วิจัยดำเนินการวัดความดันโลหิตโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ก่อนทำการวัดที่แขนข้างเดียวกันในท่านั่ง วัดจำนวน 2 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 นาที และนำค่าที่ได้มาเฉลี่ยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา โดยการแปลผลระดับความดันโลหิตอ้างอิงตามเกณฑ์การแบ่งระดับความดันโลหิตทางคลินิก เพื่อใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง

2. เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากบททวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้

แนวคิดจากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Maddux และ Rogers⁸ โดยเน้นที่ 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ประกอบด้วย กิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยการให้ความรู้เรื่องโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น กิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรู้เร็วรู้ไวระวังภัยจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง

บรรยายความรู้และการประเมินสุขภาพ เสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived severity): ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเน้นถึงอาการและผลกระทบทางร่างกายที่รุนแรง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะอัมพฤกษ์และอัมพาตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยใช้สื่อเชิงโต้ตอบ เช่น วิดีทัศน์ และเอกสารแจก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายมิติ ควบคู่กับการเปิดโอกาสให้มีการตั้งคำถามและอภิปรายร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ประเมินสุขภาพส่วนบุคคล: ผู้เข้าร่วมจะได้รับการประเมินสุขภาพเบื้องต้นในด้านที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การวัดระดับความดันโลหิต โดยให้ข้อมูลผลการตรวจเป็นรายบุคคล เพื่อเสริมสร้างการตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่ตนเอง ใช้เวลา 30 นาที

เสริมแรงจูงใจเพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived vulnerability) สามารถเชื่อมโยงและตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเอง ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยตนเองต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 3 การเสริมแรงจูงใจ “โทรศัพท์เสริมแรงใจ” โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สนับสนุนการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุด้าน

การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายตามแผนที่กำหนด ให้คำปรึกษา แนะนำ สร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้เวลา 20-30 นาที ต่อคน

สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยตนเองต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ ที่โรงพยาบาล โดยการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองด้านการใช้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย ด้านการออกกำลังกายขยับกายสบายชีวาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องและเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยตนเองต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ (Post-test) สรุปและปิดกิจกรรม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเหมาะสมของถ้อยคำ และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อน

เข้าร่วมการศึกษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินก่อนการทดลองในด้านพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินหลังการทดลองด้วยเครื่องมือและวิธีการเดียวกับก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการวิเคราะห์ความแตกต่างได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติพาราเมตริกในการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ REC 078/2568 วันที่ 23 มกราคม 2568 ก่อนดำเนินการได้ออกหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้มาชี้แจงให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของอาสาสมัครมีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่ระบุความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มให้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจ พบว่า ไม่แตกต่างกันทุกตัวแปร ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มควบคุม (n=39)		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ					3.33	0.067
ชาย	18	46.20	26	66.70		
หญิง	21	53.80	13	33.30		
อายุ					0.05	
60 – 65 ปี	19	48.50	20	51.30		0.781
70- 75 ปี	20	51.50	19	48.70		
	$\bar{X}=67.60$, SD=4.60		$\bar{X}=67.40$, SD=4.50			
	Max=75, Min=60		Max=75, Min=60			
สถานภาพสมรส					1.33	0.214
โสด/หม้าย/หย่า	13	33.30	18	46.20		
คู่	26	66.70	21	53.80		
ระดับการศึกษา					0.49	0.593
ประถมศึกษา	22	56.40	19	48.70		
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	23.10	11	28.20		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	15.40	7	18.00		
ปริญญาตรี	2	5.10	2	5.10		
อาชีพ					1.16	0.648
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	25.60	9	23.10		
เกษตรกร	22	56.40	19	48.70		
รับจ้าง	7	18.00	11	28.20		
ระยะเวลาที่เป็นโรค					0.08	0.790
1-5 ปี	16	41.00	16	41.00		
6 -10 ปี	13	33.30	12	30.80		
มากกว่า10 ปี	10	25.70	11	28.20		
โรคร่วม					2.88	0.118
ไม่มีโรคร่วม	16	41.00	9	23.10		
มีโรคร่วม	23	59.00	30	76.90		

หมายเหตุ: p-value จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสร้าง

แรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p<0.001$) การออกกำลังกาย ($p<0.001$) และการใช้ยา ($p<0.001$)

ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การใช้เวลา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ดังแสดง
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้าน และระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้าง
แรงจูงใจ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับประทานอาหาร						
กลุ่มทดลอง	38.44	3.04	47.87	3.10	19.373	<0.001*
กลุ่มควบคุม	34.00	3.76	35.10	3.50	1.831	0.075
การออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	36.21	3.05	46.21	3.20	20.461	<0.001*
กลุ่มควบคุม	33.50	3.10	33.78	3.00	0.568	0.574
การใช้เวลา						
กลุ่มทดลอง	35.00	3.95	44.51	3.80	15.055	<0.001*
กลุ่มควบคุม	33.90	3.93	34.08	3.60	0.285	0.777
พฤติกรรมโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	109.65	5.88	138.60	6.21	24.29	<0.001*
กลุ่มควบคุม	101.40	6.02	102.96	5.90	1.23	0.227

หมายเหตุ: Paired t-test, *p<0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความดันโลหิต
ซิสโตลิก (p<0.001) และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (p<0.001) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบ
ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ภายในกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความดันซิสโตลิก						
กลุ่มทดลอง	148.67	13.05	127.41	14.67	9.767	<0.001*
กลุ่มควบคุม	144.26	10.50	144.85	10.96	-1.251	0.219
ความดันไดแอสโตลิก						
กลุ่มทดลอง	84.18	12.23	75.13	10.18	3.458	<0.001*
กลุ่มควบคุม	83.31	12.61	83.21	12.47	0.152	0.880

หมายเหตุ: Paired t-test, *p<0.05

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p<0.001$) การออกกำลังกาย ($p<0.001$) และการใช้ยา ($p<0.001$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มทดลอง (n=39)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับประทานอาหาร						
ก่อนการทดลอง	32.51	2.75	31.67	2.43	1.439	0.154
หลังการทดลอง	41.95	2.32	32.77	2.65	16.286	<0.001*
การออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	31.92	2.38	31.74	1.98	0.362	0.718
หลังการทดลอง	41.92	2.71	32.03	2.78	15.935	<0.001*
การใช้ยา						
ก่อนการทดลอง	32.52	2.27	31.36	2.24	1.856	0.067
หลังการทดลอง	41.82	3.07	31.54	3.02	16.249	<0.001*
พฤติกรรมโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	95.12	4.20	94.65	4.10	0.528	0.600
หลังการทดลอง	125.69	5.27	96.33	4.78	26.78	<0.001*

หมายเหตุ: Independent t-test, * $p<0.05$

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ขณะที่หลังการทดลอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความดันโลหิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มทดลอง (n=39)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความดันซิสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	148.67	13.05	144.26	10.50	1.644	0.104
หลังการทดลอง	127.41	14.67	144.85	10.96	-5.947	<0.001*

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความดันโลหิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=39)		กลุ่มทดลอง (n=39)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความดันไดแอสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	84.18	12.23	83.31	12.61	0.310	0.757
หลังการทดลอง	75.13	10.18	83.21	12.47	-3.133	<0.001*

หมายเหตุ: Independent t-test, *p<0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะการตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ทั้งนี้กิจกรรมของโปรแกรมได้เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ การลดการบริโภคโซเดียม โดยใช้สื่อเชิงโต้ตอบ เช่น วิดีทัศน์ และเอกสาร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายมิติ การติดตามต่อเนื่องเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการใช้แบบบันทึกช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ และการสะท้อนให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อสุขภาพ ซึ่งช่วยกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความร่วมมือในการ

การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกิจกรรมของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การสาธิตในกิจกรรมขยับกายสบายชีวา การฝึกปฏิบัติจริงจนเกิดความมั่นใจ รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านการเสริมแรงและการให้กำลังใจ โดยทีมสุขภาพ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกิจกรรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมความดันโลหิตซึ่งเป็นองค์ประกอบของกระบวนการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย¹⁴ พบว่าโปรแกรมช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจช่วยเพิ่มความร่วมมือในการจัดการตนเองและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษามากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตและการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยกิจกรรมของโปรแกรมได้เน้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงประสิทธิผลของการใช้ยาในการควบคุมโรค และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น¹⁶ และยังสอดคล้องกับการศึกษาการให้การสนับสนุนผ่านกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองมากขึ้นในส่วนของผลต่อระดับความดันโลหิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง¹⁷

ระดับความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิก (Systolic) และไดแอสโตลิก (Diastolic) กลุ่มทดลองหลังรับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยกิจกรรมของโปรแกรมมีการให้ความรู้ การติดตามที่บ้าน การให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์เสริมแรงใจ และเสริมสร้างการตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่ตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อ ผลลัพธ์ทางคลินิกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory: PMT) ของ Maddux และ Rogers⁹ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ส่งผลให้เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง กิจกรรมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอการใช้ยาและปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้จริง¹⁶ นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การติดตามผ่านโทรศัพท์ หรือวิดีโอคอลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายนอก (External

motivation) ซึ่งมีผลต่อการรักษาความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีผลลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระยะยาว¹⁸ และยังสอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจตามกรอบ PMT ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้¹⁹ และการใช้การเสริมแรงจูงใจเชิงพฤติกรรมมีผลเชิงบวกต่อการลดค่าความดันโลหิตและการยึดมั่นต่อการรักษาในระยะยาว¹⁶ โดยสรุปโปรแกรมสร้างแรงจูงใจที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ มีจุดแข็งคือการออกแบบกิจกรรมรายบุคคลที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ส่งผลให้สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น และกลุ่มตัวอย่างมาจากพื้นที่เฉพาะ ซึ่งอาจส่งผลต่อการขยายผลไปยังบริบทอื่น

สรุปผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกัน (Protection motivation theory: PMT) มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยารวมทั้งช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะคลินิกโรค ไม่ติดต่อยังคง ควรนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรติดตามผลในระยะยาวโดยขยายระยะเวลาการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็น 6–12 เดือน และศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง นายแพทย์จักรกริช ไชยทองศรี ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย บุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝาง ผู้ช่วยวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- World Stroke Campaign. Global stroke statistics and trends 2023 [Internet]. Geneva: World Stroke Organization; 2023 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.world-stroke-campaign.org>.
- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Stroke situation report 2021–2024. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024.
- Health Data Center, Khon Kaen Province. Non-communicable disease situation report. Khon Kaen: Ministry of Public Health; 2024.
- Rahman MS, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The impacts of a healthy lifestyle on the physical and mental health status of female stroke survivors in Australia. Topics in stroke rehabilitation. 2025;32(2):161–72. <https://doi.org/10.1080/10749357.2024.2377517>.
- American Diabetes Association. Hypertension guidelines in diabetes management. Diabetes Care. 2021;44(1):213–225.
- Wuttichai P, Ratana S. Relationship between hypertension and stroke. Thai J Health. 2023;45(2):112–120.
- Natdanai S. Health behaviors in controlling hypertension. J Health Sci. 2021;20(4):35–42.
- Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. J Exp Soc Psychol. 1983;19(5):469–479.
- Jirakorn S. Application of protection motivation theory in hypertension control. Thai J Health Res. 2021;43(1):35–47.
- Jaruwan T. Social support combined with motivation enhancement for hypertension control. J Nurs Sci. 2018;40(2):122–130.
- Ban Fang Hospital, Khon Kaen Province. Medical record and statistical report of Ban Fang Hospital. Khon Kaen: Medical Records and Statistics Unit; 2024.
- Juisap C, Heabkaew N, Patchasuwan C. Effects of a stroke prevention behavior promotion program among patients with uncontrolled hypertension using protection motivation theory and social support. Thai J Health Educ. 2023;46(2):68–81.
- Sirirat Phanphop. Effects of a stroke prevention program among high-risk older adults in Ko Kha District, Lampang Province. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2018.
- Mitthira J, Thitirat R. Effects of a motivation enhancement program on self-care behaviors and blood pressure levels in uncontrolled hypertensive patients. Boromarajonani College of Nursing Suphanburi J. 2023;6(1):58–69.
- Phianphailun C, Khadeewee Y, Chitchak P. Effects of a motivational interviewing program to support self-management in blood pressure control among patients with uncontrolled hypertension. J Environ Health Community. 2024;9(6):132–143.

16. Rosendo-Silva B, Magalhães P, Martins M, Oliveira R, Pimentel A. Effectiveness of motivational interventions for medication adherence and blood pressure control in hypertension: a systematic review. *J Vasc Nurs*. 2023;41(2):102–109. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2023.02.003>.
17. Ibrahim A, Hashim J, Ali M. Impact of motivational interviewing on self-care behaviors among elderly patients with hypertension: a quasi-experimental study. *J Adv Nurs*. 2022;78(4):1221–1230. <https://doi.org/10.1111/jan.15087>.
18. Suriyaowongpaisal P, Angkulanon S, Tantayakom T. Effectiveness of behavioral interventions for hypertension control in Thailand: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1642. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11642-2>.
19. Khomkham K, Intaraprasert N, Uthaphan P, Nualsri K. Predictive factors associated with adherence to hypertension control behaviors among older adults in primary care. *Phrae Hosp J*. 2023;31(1):45–58.