

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป

นภัสนันท์ พิทักษ์กุล^{1*} นิพนธ์ สิมะบุศย์²

^{1*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น สร้างโดย เทิดศักดิ์ เดชคง โดยใช้หลักการ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask และ 3) Advice จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 - 10 นาที ทางแอปพลิเคชันไลน์ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 2) แบบบันทึกการให้คำแนะนำแบบสั้นและระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรตามภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$), 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ($U = 219.000$, $Z = -3.417$, $p < 0.001$) และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($U = 295.500$, $Z = -2.286$, $p = 0.022$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้นและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและนำไปปรับใช้ในกระบวนการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น/ พฤติกรรมสุขภาพ/ ระดับความดันโลหิต/ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Effects of an Online Brief Advice Program on Health Behaviors and Blood Pressure among Hypertensive Patients at a General Outpatient Clinic

Napatsanan Phithakkul^{1*} Nichanun Singyabut²

^{1*} Registered Nurse, Professional Level, Metropolitan Health and Wellness Institution

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Metropolitan Health and Wellness Institution

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of an online brief advice program on health behaviors and blood pressure levels among patients with hypertension attending a general outpatient clinic. The sample consisted of 60 patients with uncontrolled hypertension, selected through purposive sampling based on inclusion criteria. The participants were divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The experimental group received an online brief advice program developed by Therdsak Dechkong, based on the 3As approaches: 1) Affirmation, 2) Ask, and 3) Advice. The program was delivered via the LINE application, totaling four sessions, each lasting approximately 5 - 10 minutes, conducted once a month over a 12-week period. The control group received routine care. The research instruments included: 1) the brief advice program, 2) a health behavior questionnaire, and 3) a brief advice and blood pressure recording form. Descriptive statistics were used to analyze personal data. Paired t-tests were employed to compare dependent variables within groups and the Wilcoxon Signed-Ranks Test, and independent t-tests were used to compare differences between groups and the Mann–Whitney U Test, with a statistical significance level of 0.05.

The results revealed that after participating in the online brief advice program, the experimental group demonstrated: 1) a significant increase in mean health behavior scores and a significant reduction in blood pressure levels compared with pre-intervention values ($p < 0.05$); and 2) The mean health behavior score of the experimental group was significantly higher than that of the control group, while its systolic and diastolic blood pressure levels were significantly lower ($p < 0.05$).

In conclusion, the developed program was effective in improving health behaviors among patients with hypertension and in supporting blood pressure control. The program can be beneficially implemented in populations with hypertension and can also be adapted for use in service delivery processes for patients with other chronic diseases.

Keywords: Brief advice program/ Health behaviors/ Blood pressure levels/ Patients with hypertension

*Corresponding author: Napatsanan Phithakkul, email: undamunpearl@gmail.com

Received: December 24, 2025/ Revised: March 29, 2026/ Accepted: March 31, 2026

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ประชากรทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึงหนึ่งพันล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน โดยในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 8 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจประมาณ 17 ล้านคน และ 1 ใน 3 เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ จากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 ประชาชนไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 2.245.09 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ถึง 9,303 คน คิดเป็นอัตรา 14.22 ต่อแสนประชากร ส่งผลทำให้เกิดความพิการ เกิดการเสียชีวิต ประชากรไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 52.80 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 32.57 ต่อแสนประชากร อันมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง⁽²⁾ จากรายงานผลการตรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.7 และ 25.4 ตามลำดับ⁽³⁾

จากสถิติปี พ.ศ. 2564 - 2566 คลินิกตรวจโรคทั่วไป สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยจำนวน 231 ราย 277 ราย และ 326 ราย ตามลำดับ สะท้อนถึงแนวโน้มภาระโรคที่เพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น แต่อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติกลับมีแนวโน้มลดลง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่าอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มลดลงเรื่อย คิดเป็นร้อยละ 64.2, 59.1 และ 60.83 ตามลำดับ แม้ว่าจะมีการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) ทุกรายในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากการทำ BA หลังพบแพทย์ในภาวะปกติ แต่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผลลัพธ์ทางสถิติข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบเดิมอาจยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะเอาชนะปัจจัยแวดล้อมที่ซับซ้อนของสังคมเมืองได้ ความล้มเหลวในการควบคุมความดันโลหิตดังกล่าวยังคงสร้างความเสี่ยงสูงให้แก่ผู้ป่วยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในอนาคต หากปล่อยให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงเป็นเวลานานโดยไม่สามารถควบคุมได้ จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญในร่างกาย นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย อาทิ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาลจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระยะยาว

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องเกิดจากแรงจูงใจที่จะกระทำ Motivational Interviewing (MI) เป็นการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการสนทนาแบบฉันทมิตรมากกว่าการชี้นำเพื่อให้ส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพและพาผู้ป่วยก้าวข้ามความลังเลไปสู่การปฏิบัติโดยอาศัยหัวใจหลัก 3 ประการคือ 1) ร่วมมือร่วมเดินทาง 2) ตั้งความต้องการออกมา และ 3) ให้ความเป็นใหญ่ซึ่งในกระบวนการ MI⁽⁴⁾ จะมีกระบวนการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) ประกอบอยู่ด้วย โดยเป็นกระบวนการในการให้ข้อมูลเชิงศึกษาโดยเน้นสร้างแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจนี้จะผลักดันให้ผู้รับคำแนะนำตัดสินใจปฏิบัติตามข้อมูลความรู้ที่ได้รับ⁽⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾

จากการศึกษาถึงประโยชน์ของวิดีโอคอลด้วยแอปพลิเคชันไลน์ในการให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการ สามารถสร้างการติดต่อสื่อสารที่สามารถตอบโต้กันได้อย่างทันทีทันใดทั้งทางเสียงและภาพเคลื่อนไหวระหว่างคู่สนทนาทั้งสองฝ่าย ด้วยเหตุนี้จึงเปรียบได้ว่าวิดีโอคอลคล้ายคลึงกับการติดต่อสื่อสารแบบเผชิญหน้า⁽⁷⁾ และจากการศึกษาระบบของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อ

เสริมสร้างแรงจูงใจผ่านรูปแบบออนไลน์ (eHealth & Telehealth) ในการควบคุมน้ำหนัก ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านรูปแบบออนไลน์ใช้ได้ผลดีโดยเฉพาะทางโทรศัพท์⁽⁸⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมสำหรับในประเทศไทย ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา 72 งานวิจัย พบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจมีค่าอิทธิพลร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI) ระหว่างตัวแปร ดัชนีมวลกาย ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด นอกจากนี้ พบว่าการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ส่งผลในด้านดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค พบว่า ร้อยละ 64 ของงานวิจัยที่มีการให้คำปรึกษาแบบสั้น ผลการวิจัยออกมาดี หากปฏิบัติมากกว่า 1 ครั้ง⁽¹⁰⁾ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ช่วยควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้โดยสนทนาครั้งละ 5 นาที ทุก 1 เดือน จะเห็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งที่ 4 เป็นต้นไป⁽¹¹⁾

การให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ใช้เวลาไม่นาน แต่ให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่า สะดวกต่อผู้รับบริการ คือสามารถจูงใจให้ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อความสะดวกของผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมารับบริการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) ที่สถานบริการทุก 1 เดือน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป โดยนำเอาแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

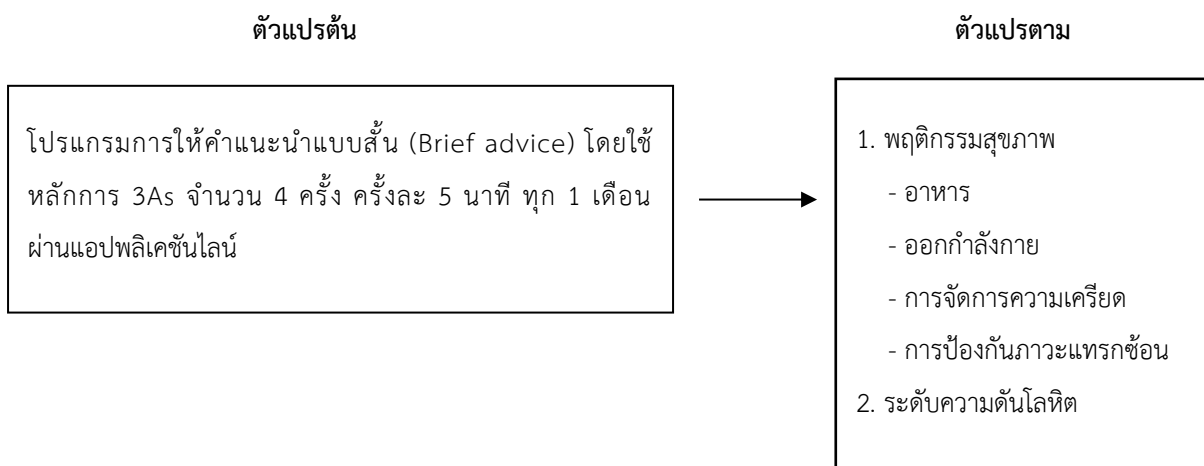
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน
2. ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน
3. พฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน
4. ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller และ Rollnick⁽⁴⁾ ร่วมกับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) สร้างโดย เท็ดสกีดี เดชคง⁽⁵⁾ โดยใช้หลักการ 3As ได้แก่ 1) Affirmation (การชื่นชม) การชื่นชมและสะท้อนจุดแข็งของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพในการควบคุมโรค ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) Ask (การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ) ช่วยกระตุ้นการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจด้วยตนเอง ตระหนักถึงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เห็นความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย 3) Advice (การให้คำแนะนำ) การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการลงมือปฏิบัติจริง ดำเนินการ 4 ครั้งๆ ละ 5 - 10 นาที ทุก 1 เดือน ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การตามนัด และการควบคุมระดับความดันโลหิต ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) กับพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ 2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ 2568

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ คือ ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง อายุระหว่าง 20 - 65 ปี จำนวน 326 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของ Cohen⁽¹²⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ คัดเลือกโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออกจนได้

ตัวอย่างครบ จำนวน 60 คน จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับฉลากโดยการเขียนชื่อตัวอย่างมาทำฉลากแล้วหยิบจนครบตามจำนวนที่ต้องการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน วิธีการหยิบ คือ แบบหยิบที่ละใบ หยิบแล้วไม่ใส่คืน และหยิบครั้งเดียวให้ครบตามต้องการ

2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรม G*power สำหรับคำนวณหาขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect size) มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (G Power Table) สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยการวิเคราะห์เมตาผลของการสนทนาร่างแรงใจต่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก⁽¹⁰⁾ พบว่าการประมาณค่าอิทธิพลรวมกันอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 4.22 ผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.80 และกำหนดค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 ค่า Power of the test เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง โดยผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

2.1 เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

2.2.1 ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 65 ปี โดยมีระยะเวลาเริ่มป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาศูนย์โรคหัวใจที่คลินิกตรวจโรคหัวใจ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.1.2 มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง

2.1.3 สามารถเข้าใจ สื่อสาร พูดและฟังภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

2.1.4 มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์โทรศัพท์ที่เคลื่อนที่ได้

2.1.5 เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางแอปพลิเคชันไลน์โดยความสมัครใจและมีการลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

2.1.6 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

2.1.7 สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

2.2 เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่คุณสมบัติครบแต่ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2.3 เกณฑ์การถอนตัวออกจากโครงการ (Withdrawal criteria) คือ ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) จากคู่มือวิทยาการการสนทนาร่างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁵⁾ โดยใช้หลักการ 3As คือ 1) Affirmation (การชื่นชม) 2) Ask (การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ) 3) Advice (การให้คำแนะนำ) จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 - 10 นาที ทุก 1 เดือน ทางแอปพลิเคชันไลน์

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด โดยนำเฉพาะในส่วนข้อมูลทั่วไปและการประเมินพฤติกรรมสุขภาพมาใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ โดยแบ่งประเด็นข้อคำถามออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ได้แก่ 1, 7, 8 และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 5, 6 การแปลผลคะแนน มี 5 ระดับ ลักษณะเป็นความถี่ของการปฏิบัติ โดยแบ่งให้คะแนนดังนี้ คือ 6 - 7 วัน ได้ 5 คะแนน 4 - 5 วัน ได้ 4 คะแนน 3 วัน ได้ 3 คะแนน 1 - 2 วัน ได้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน และ 2) พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ได้แก่ 11, 12, 13 และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ 14, 15 การแปลผลคะแนน มี 5 ระดับ ลักษณะเป็นความถี่ของการปฏิบัติ โดยแบ่งให้คะแนน ดังนี้ คือ เป็นประจำ ได้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยๆ ได้ 4 คะแนน บ้างบางครั้ง ได้ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน

3.3 บันทึกการให้คำแนะนำแบบสั้นและระดับความดันโลหิต

4. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ พยาบาล นักโภชนาการ และ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.93 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 แบบบันทึกการให้คำแนะนำแบบสั้นและระดับความดันโลหิตที่สร้างขึ้น มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล/สาธารณสุข ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และเครื่องวัดความดันโลหิตทุกเครื่องเป็นเครื่องของสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองที่ผ่านการทดสอบเพื่อนำไปใช้งาน (Acceptance test) และการทดสอบตามระยะเวลา (Periodic test) เพื่อพิสูจน์ความเป็นไปตามมาตรฐานของผลการวัด

5. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ 2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง

5.1.1 ผู้วิจัยสำรวจเพศหญิงและเพศชายอายุระหว่าง 20 - 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ คือความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ทุกวันเวลาทำการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5.1.2 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พุดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1.3 เมื่ออธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแล้ว สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 - 10 นาที ทุก 1 เดือน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

5.1.4 จัดเตรียมเอกสารประกอบการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

5.2 ระยะดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 8 เดือน โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

5.2.1 ระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดเป็นการเก็บข้อมูลแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพและประเมินค่าระดับดันโลหิตครั้งที่ 1 มีการดำเนินการก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง เป็นเวลา 2 เดือน

5.2.2 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่ระบุชื่อผู้ตอบ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปบันทึกข้อมูล

5.2.3 ระยะดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ด้วยการโทร VDO call โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในรูปแบบออนไลน์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างแบบตัวต่อตัวผ่านระบบวิดีโอคอล โดยใช้ระยะเวลาในการให้คำแนะนำ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 - 10 นาที ทุก 1 เดือน เป็นเวลา 4 เดือน การดำเนินกิจกรรมประกอบด้วยขั้นตอน ได้แก่ การชื่นชมและสะท้อนจุดแข็งของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีศักยภาพในการควบคุมโรค ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตและผลกระทบต่อสุขภาพ การให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสรุปและตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยครั้งที่ 1 ให้คำแนะนำแบบสั้นทางแอปพลิเคชันไลน์ หลังจากพบแพทย์ 1 วัน และนัดหมายครั้งต่อไปทุก 4 สัปดาห์ เพื่อทำกิจกรรมครั้งที่ 2, 3 และ 4 ผู้วิจัยจะโทรศัพท์และส่งไลน์เตือนก่อนวันนัดทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้น

ขั้นตอน	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 (หลังพบแพทย์ 1 วัน)	1. การสร้างสัมพันธภาพด้วยการสนทนา/แสดงความชื่นชม (Affirmation) ในเรื่องสำคัญ สิ่งดี ความพยายาม ได้แก่ การทักทาย แนะนำตัว พุดคุยเรื่องทั่วไป ที่สำคัญคือการค้นหาสิ่งดีที่สามารถหยิบยกมาสนทนาหรือชื่นชมได้ 2. สะท้อนจุดแข็งของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีศักยภาพในการควบคุมโรค 3. นัดหมายครั้งต่อไปทางโทรศัพท์ และส่ง LINE เตือนก่อนถึงวันนัด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมครั้งที่ 2	1. กิจกรรมประเมินแรงจูงใจ ปัญหา/อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเพิ่มแรงจูงใจและสิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตระหนักรู้ถึงสิ่งสำคัญในชีวิตที่เชื่อมโยงเข้ากับพฤติกรรม 2. ช่วยกระตุ้นการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจด้วยตนเอง ตระหนักถึงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เห็นความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย 3. การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการลงมือปฏิบัติจริง ให้ข้อมูลแบบมีทางเลือก ไม่บังคับ 4. นัดหมายครั้งต่อไปทางโทรศัพท์ และส่ง LINE เตือนก่อนถึงวันนัด
สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมครั้งที่ 3	1. ประเมินขั้นการเปลี่ยนแปลง 2. ติดตามและกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามแผนที่วางไว้ 3. เพิ่มแรงผลักดันจากสิ่งสำคัญในชีวิต ให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่อง 4. นัดหมายครั้งต่อไปทางโทรศัพท์ และส่ง LINE เตือนก่อนถึงวันนัด
สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมครั้งที่ 4	1. ติดตามและกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามแผนที่วางไว้ 2. ให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่อง ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยุติการให้คำแนะนำแบบสั้น 3. นัดหมายมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิต และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

5.2.4 ระยะเวลาเก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เป็นระยะที่ให้กลุ่มทดลอง ยุติการใช้โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิต แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ครั้งที่ 2 โดยเก็บข้อมูลในวันที่มาตามนัดพบแพทย์ในสัปดาห์ที่ 14 โดยกลุ่มควบคุมนัดมาในวันศุกร์และกลุ่มทดลองนัดมาในวันศุกร์เป็นเวลา 1 เดือน

5.2.5 สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ใช้เวลา 1 เดือน ในการวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

6.1 วิเคราะห์และประเมินผล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ โดยใช้สถิติ Paired samples t-test และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

6.3 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test และหาค่าความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann – Whitney U Test

7. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 719/2567 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 1 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.118
ชาย	11	36.7	17	56.7	
หญิง	19	63.3	13	43.3	
อายุ					0.420
อายุ 36 - 45 ปี			2	6.7	
อายุ 46 - 55 ปี	3	10.0	4	13.3	
อายุ 56 - 65 ปี	27	90.0	24	80.0	
สถานภาพสมรส					0.276
โสด	2	6.7	4	13.3	
สมรส /คู่	16	53.3	22	73.3	
หม้าย	7	23.3	2	6.7	
หย่า	5	16.7	2	6.7	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					0.361
ประถมศึกษา	7	23.3	9	14.1	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.7	2	3.1	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	33.3	5	7.8	
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.3	1	1.8	
ปริญญาตรี	10	33.3	11	17.2	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	2	3.1	
อาชีพ					0.214
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ	4	13.3	0	0	
รับจ้างทั่วไป	3	10.0	8	26.7	
ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	1	3.3	1	3.3	
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	3	10.0	6	20.0	
ทำงานบ้าน /แม่บ้าน /พ่อบ้าน	18	60.0	14	46.7	
ไม่มีงานทำ /ว่างงาน	0	0	1	3.3	
อื่นๆ	1	3.3	0	0	
โรคประจำตัว					0.402
ไม่มีโรคร่วม	13	43.3	8	26.7	
โรคเบาหวาน	6	20.0	10	33.3	
โรคไขมันในเลือดสูง	11	36.7	12	40.0	

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้นของกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้น (n = 30)

ตัวแปร	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t	Mean difference	95%CI of difference	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	63.57	4.17	58.57	4.01	6.774	5.00	3.49 to 6.51	<0.001
การบริโภคอาหาร	24.90	3.00	21.53	2.29	7.926	3.37	2.49 to 4.23	<0.001
การออกกำลังกาย	5.23	1.68	4.63	1.71	1.917	0.60	-0.04 to 1.24	0.065
การจัดการความเครียด	9.10	1.37	8.77	1.76	3.010	0.33	0.10 to 0.56	0.005
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	24.33	0.99	23.63	1.69	3.525	0.70	0.29 to 1.10	0.001

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้น พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกายแม้ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.065$)

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้นของกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้น ($n = 30$)

ความดันโลหิต		n	Mean rank	Sum of Ranks	Z	p-value
Systolic	Negative Ranks	23	16.5	380.50	-3.527	<0.001
	Positive Ranks	7	9.08	54.50		
	รวม	30				
Diastolic	Negative Ranks	21	16.76	352.00	-2.460	0.014
	Positive Ranks	9	12.56	113.00		
	รวม	30				

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมลดลงเฉลี่ย 12.57 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.527, p < 0.001$) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมลดลงเฉลี่ย 5.53 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.460, p = 0.014$)

4. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	Mean difference	95%CI of difference	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	60.20	3.98	63.57	4.17	3.198	3.37	1.25 to 5.47	0.002
การบริโภคอาหาร	22.13	2.76	24.90	3.00	3.716	2.76	1.27 to 4.25	<0.001
การออกกำลังกาย	4.57	1.65	5.23	1.68	1.551	0.66	-0.19 to 1.52	0.126
การจัดการความเครียด	9.40	0.77	9.10	1.37	-1.044	-0.30	-0.87 to 0.27	0.301
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	24.10	1.19	24.33	0.99	0.826	0.23	-0.33 to 0.79	0.412

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent samples t-test พบว่าระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.76 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.716, p < 0.001$) และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.37 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.198, p = 0.002$) ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

5. ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

ความดันโลหิต	กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Rank
Systolic	ทดลอง	30	22.80	684.00
	ควบคุม	30	38.20	1,146.00
Diastolic	ทดลอง	30	25.35	760.50
	ควบคุม	30	35.65	1,069.50

Test Statistics^{ab}

Systolic		Diastolic	
Mann – Whitney <i>U</i>	219.000	Mann – Whitney <i>U</i>	295.500
Wilcoxon <i>W</i>	684.000	Wilcoxon <i>W</i>	760.500
<i>Z</i>	-3.417	<i>Z</i>	-2.286
Asymp. Sig. (2-tailed)	<0.001	Asymp. Sig. (2-tailed)	0.022

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ($U = 219.000, Z = -3.417, p < 0.001$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($U = 295.500, Z = -2.286, p = 0.022$) โดยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 10.80 mmHg และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 5.77 mmHg

สรุป

สมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นผ่านระบบออนไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 2 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน จากการวิเคราะห์พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นผ่านระบบออนไลน์ ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ($Z = -3.527, p < 0.001$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($Z = -2.460, p = 0.014$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นผ่านระบบออนไลน์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานข้อที่ 4 ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ($U = 219.000, Z = -3.417, p < 0.001$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($U = 295.500, Z = -2.286, p = 0.022$) จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังได้รับโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้น กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจน การสะท้อนความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษพบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.065$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยระยะเวลาและแรงสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว ชุมชน หรือสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม จึงอาจทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ช้ากว่าพฤติกรรมด้านอื่น เช่น การบริโภคอาหารหรือการจัดการความเครียด

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 12.57 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.527, p < 0.001$) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมลดลงเฉลี่ย 5.53 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.460, p = 0.014$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การลดความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁴⁾

ผลการเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมให้คำแนะนำแบบสั้นมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับผลการให้ความรู้ด้านโภชนาการผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการผ่านไลน์แอปพลิเคชัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตามแนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ⁽¹⁵⁾ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นที่ใช้ในการศึกษานี้มีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองได้อย่างชัดเจน แต่ยังไม่สามารถแสดงผลความแตกต่างในด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มได้ ซึ่งอาจจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมให้มีความเข้มข้นและระยะเวลานานขึ้น รวมทั้งปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

สำหรับผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์ด้วย Mann-Whitney *U* test โดยกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 10.80 mmHg และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 5.77 mmHg ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการให้คำแนะนำแบบสั้นสามารถช่วยส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มหลังได้รับโปรแกรม มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีผลทำให้พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี⁽⁶⁾ และจากผลการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง ช่วยควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้⁽¹¹⁾

การให้คำแนะนำแบบสั้นผ่านทางออนไลน์เพิ่มความสะดวก ความยืดหยุ่น ลดภาระการเดินทาง เวลา และค่าใช้จ่าย ซึ่งอาจส่งเสริมความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามโปรแกรม (Adherence) และเอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูลในบริบทที่คุ้นเคยของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี (Digital divide) ทั้งในด้านคุณภาพสัญญาณอินเทอร์เน็ต ความพร้อมของอุปกรณ์ และทักษะการใช้งาน ซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของการสื่อสาร นอกจากนี้ การควบคุมสภาพแวดล้อมทำได้จำกัด ผู้เข้าร่วมอาจเผชิญสิ่งรบกวนที่ลดสมาธิและการมีส่วนร่วม ขณะที่การสื่อสารผ่านวิดีโอคอลอาจลดทอนสัญญาณอวัจนภาษา อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันเชิงบำบัด ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้าที่มีบริบทเอื้อต่อสมาธิและปฏิสัมพันธ์เชิงลึกมากกว่า

ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ความแปรปรวนที่ค่อนข้างสูงและการแจกแจงไม่ปกติอาจเกิดจากขนาดตัวอย่างขนาดเล็ก ความไม่เป็นเนื้อเดียวกันของกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏการณ์ Ceiling/floor effect รวมถึงการมีค่าผิดปกติ (Outliers) เช่น ผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมากหรือแย่ลงอย่างชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แนวทางในการลดผลกระทบดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มขนาดตัวอย่าง การใช้สถิติแบบไม่อิงพารามิเตอร์เมื่อข้อมูลไม่เป็นปกติ และการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นเพื่อลดความไม่เป็นเนื้อเดียวกันของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power จะได้จำนวนขั้นต่ำ 26 คนต่อกลุ่ม และผู้วิจัยได้เพิ่มเป็น 30 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างดังกล่าวยังอาจถือว่าค่อนข้างเล็กสำหรับการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก ซึ่งอาจส่งผลให้ค่าความแปรปรวนส่งผลกระทบต่อความแม่นยำของผลลัพธ์และความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม การมีขนาดตัวอย่างที่ไม่ใหญ่เอื้อต่อการควบคุมกระบวนการทดลองอย่างใกล้ชิด เพิ่มความเที่ยงตรงภายในและเหมาะสมกับข้อจำกัดเชิงบริบทของงานวิจัยที่มีข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณ และจำนวนผู้ป่วย ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้ควรได้รับการยืนยันเพิ่มเติมในการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้นในอนาคต การศึกษานี้อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิด Selection bias เนื่องจากใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling จากผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว อย่างไรก็ตาม ภายหลังการคัดเลือกผู้วิจัยได้ใช้ Simple random sampling ในการจัดกลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดความเอนเอียงในการจัดกลุ่ม นอกจากนี้ลักษณะข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

การวิจัยที่สั้นอาจยังไม่เพียงพอต่อการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา มักเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยเวลา ความต่อเนื่อง และการเสริมแรงซ้ำ (Reinforcement) อย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาจเพียงพอในการกระตุ้น การตระหนักรู้และเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Initiation phase) แต่ยังคงอาจไม่ยาวนานพอสำหรับการสร้างความคงตัวของพฤติกรรม

สรุป

โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี ซึ่งการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดตามทฤษฎีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick โดยใช้เทคนิคการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) ที่ประยุกต์โดย เทอดศักดิ์ เดชคง⁽⁵⁾ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงได้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเภทอื่นได้เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้ใช้เวลาน้อยและสามารถปรับให้สอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการปรับพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตดีขึ้น ดังนั้นจึงควรเพิ่มการศึกษาผลการดำเนินงานไปจนครบ 6 เดือน จนถึง 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

1.2 ประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปปรับใช้ในกระบวนการบริการผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันเพิ่มเติม เช่น ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เพื่อให้ครอบคลุมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในทุกกลุ่มอายุ

2.2 ควรมีการวิจัย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการให้คำแนะนำแบบสั้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมืองที่สนับสนุนการดำเนินงานที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension overview: risk factors [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Jul 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 มิติ: รายงานประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php>
3. วิชัย เอกพลกร, หทัยชนก พรตเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
4. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
5. เทอดศักดิ์ เดชคง. สหมนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
6. มิตรธิดา แจ่มใส, อธิรัตน์ ราศิริ. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2566;6(1):58-69.
7. Mallen MJ. Online counseling: dynamics of process and assessment [dissertation]. Ames (IA): Iowa State University; 2005.
8. Patel ML, Wakayama LN, Bass MB, Breland JY. Motivational interviewing in eHealth and telehealth interventions for weight loss: a systematic review. Prev Med. 2019 Sep;126:105738. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.05.026.
9. ศุภลักษณ์ ทองขาว, และคณะ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่อ่อนดั้น. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32(2):64-75.
10. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 Apr;55(513):305-11.
11. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563;16(3):59-68.
12. Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-9.
13. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสำหรับสถานบริการสุขภาพพื้นที่ต้นแบบ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุศึกษา; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 21 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb>
14. จารุณี ปลายยอด, ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี. Singburi Hospital Journal. 2565;30(3):64-75.
15. นารณที ศิริบุญฤทธิ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วารุณี พลิกบัว. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารแพทยนาวิ. 2566;50(2):328-45.