

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
Effects of a Self-Efficacy Promotion Program on Stroke Prevention Behaviors
in Urban Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure at Vajira Hospital

วิริยา คำฤชา¹, รัตนาภรณ์ ทุมคำ¹, กัมพล อินทรทะกุล^{2*}, เสาวนีย์ สุขทองกลาง¹, ชนิภรณ์ สีลาประเสริฐวงศ์³
Viriya Comluecha¹, Ratanaporn Thumkam¹, Kampon Introntakun^{2*}, Saowanee Sukthonglang¹,
Chaniporn Leelaprasertwong³

¹ห้องตรวจอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

²หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

³ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

¹Internal Medicine Outpatient Clinic, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

²Mahavajiravudh Ward 6A, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

³Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

(Received: September 16, 2025; Revised: November 17, 2025; Accepted: December 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา และสมุดคู่มือสุขภาพ 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยโปรแกรมฯ สมุดคู่มือสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมฯ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92, 1.00 และ .86 ตามลำดับ แบบประเมินพฤติกรรมฯ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired T-test และสถิติ Independent T-test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ทั้งในเขตเมืองและพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้ เขตเมือง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kampon.int@gmail.com)

Abstract

This two-group pre-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on stroke prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension living in an urban area at Vajira Hospital. The sample consisted of 60 participants who were purposively selected and assigned to the experimental and control groups, with 30 participants in each group. The research instruments consisted of: 1) the experimental instruments, including the self-efficacy enhancement program developed based on Bandura's concept and a health education handbook; and 2) the data collection instruments, including a personal information questionnaire and a stroke prevention behavior assessment form. Three experts evaluated the content validity of the program, the health education handbook, and the behavior assessment form, yielding content validity indices of .92, 1.00, and .86, respectively. The behavior assessment form demonstrated a reliability coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results revealed that

1. After the intervention, the experimental group had a significantly higher mean score in stroke prevention behavior than pre-intervention scores (p -value < .05).

2. After the intervention, the experimental group also had a significantly higher mean score in stroke prevention behaviors than the control group (p -value < .05).

These findings can serve as a foundation for developing clinical practices and health promotion strategies for stroke prevention. Healthcare teams may consider applying the self-efficacy enhancement program for patients with uncontrolled hypertension in urban settings or in other communities with similar characteristics.

Keywords: Self-efficacy Promotion Program, Stroke Prevention Behavior, Uncontrolled Hypertension, Urban Area

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ป่วยมากกว่า 1 พันล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 54 ที่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 42 ได้รับการรักษา และเพียงร้อยละ 21 ที่ควบคุมโรคได้สำเร็จ (World Health Organization, 2024) โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14 ระหว่างปี ค.ศ. 1990 – 2022 (Kario, Okura, Hoshide, Mogi, 2024) ในสหรัฐอเมริกา ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพระดับชาติพบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงคงที่ร้อยละ 32 ของผู้ใหญ่ แต่สัดส่วนการควบคุมโรคลดลงจากร้อยละ 54.11 (ค.ศ. 2013 – 2014) เหลือร้อยละ 48.33 (ค.ศ. 2017 – 2020) และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 51.11 ในปี ค.ศ. 2021 – 2023 (Hardy, Jaeger, Foti, Ghazi, Wozniak, Muntner, 2025) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยกว่า 10.5 ล้านคน หรือคิดเป็นความชุกเฉลี่ยร้อยละ 24.77 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และมากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่การควบคุมโรคยังเป็นอุปสรรคใหญ่ ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ ส่งผลให้เสี่ยงโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แนวโน้มทั้งระดับโลกและไทยจึงสะท้อนถึงความเร่งด่วนในการป้องกัน คัดกรอง และจัดการปัจจัยเสี่ยง ทั้งพฤติกรรม การบริโภคเกลือสูง การไม่ออกกำลังกาย และความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของบริบทเมือง (Kurathong, 2017)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องอาศัยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การลดการบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจวัด

ความดันโลหิตเป็นประจำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (European Renal Association, 2023; Kreutz, Brunström, Burnier, Grassi, Januszewicz, Muiesan, et al., 2024) พฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งความรู้ ความตระหนักถึงความเสี่ยง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โรคร่วม เช่น เบาหวานหรือไตเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น ความเครียดและพฤติกรรมบริโภคเกลือสูง ซึ่งอาจทำให้ควบคุมความดันได้ยาก ส่งผลให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (Robert & Whelton, 2018) โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าการเพิ่มค่าความดันซิสโตลิกเพียง 20 มม.ปรอท สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงสองเท่า (World Health Organization, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การติดตามผ่านสื่อดิจิทัล และโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (พริธรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันไทยทวิกุล, 2567; วงเดือน วงศ์อนันต์, 2567) ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจ เพิ่มความเชื่อมั่น และสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจำกัดโซเดียม การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่และแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ความเชื่อมั่น และแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติ (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจวีร์ภรณ์ เจริญพงศ์, 2565; สมศรี ภูแพง, 2567) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญ เนื่องจากพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดรา ซึ่งอธิบายว่าสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นปัจจัยหลักที่กำหนดความเชื่อ ความสามารถ และความตั้งใจของบุคคลในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยสี่แหล่งข้อมูล ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การเห็นตัวแบบ การได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ และการจัดการภาวะอารมณ์ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้จึงออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการให้ความรู้และติดตามพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ (พริธรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันไทยทวิกุล, 2567)

แม้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะมีความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมความดันไม่ได้ (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจวีร์ภรณ์ เจริญพงศ์, 2565; Sermsinsiri, Sriklo, 2025) แต่งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่ดำเนินการในผู้สูงอายุหรือประชากรในพื้นที่ชนบท (ฉิมกรณัฏ์ แตนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด, 2566; วงเดือน วงศ์อนันต์, 2567; นวพร วุฒิศรธรรม, รัตนา ซ่อนทอง และชุตติญา สมประดิษฐ์, 2563) ขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมืองยังมีจำนวนจำกัด นอกจากนี้ ยังไม่พบโปรแกรมที่ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในบริบทเขตเมือง ซึ่งชี้ให้เห็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขตเมือง เช่น โรงพยาบาลชิริยาพยาบาล ซึ่งมีลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตแตกต่างจากพื้นที่ชนบท ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มุ่งเน้นพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ในเขตเมือง เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางคลินิก

วัตถุประสงค์วิจัย

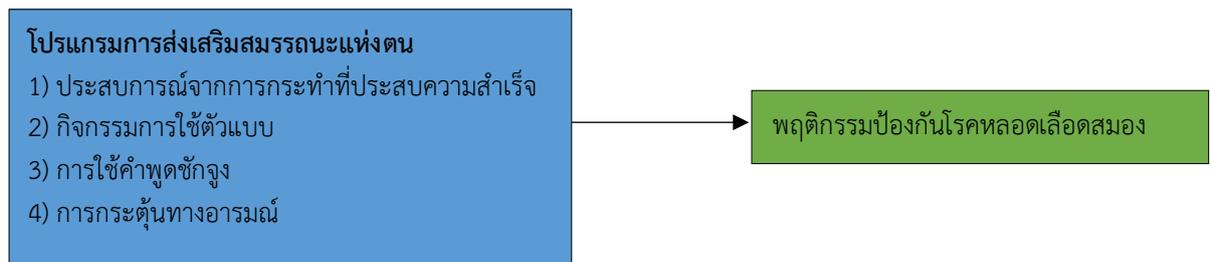
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรม โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเริ่มต้นความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เมื่อต้องเผชิญกับความท้าทายในการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ที่นำมาใช้ในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบหลัก 4 ด้านของแบนดูรา คือ ประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่น การสื่อสารโดยชักจูงใจ และสถานะทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ มีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจภายในในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups, Pretest-posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ซึ่งเข้ารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ตามทะเบียนบ้านหรือพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 - 180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด 4) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาบางส่วนถึงพึ่งพาตนเองได้ โดยมีคะแนน Barthel ADL Index ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่มีประวัติสมองเสื่อมหรือมีคะแนน Mini Cog test มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป 6) มีความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 7) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 2) ทำแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ครบ 2 ครั้ง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .50 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Sermsinsiri, Sriklo (2025)

ได้ตัวอย่างวิจัย 48 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เป็นขนาดตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย และจากการศึกษาพบว่าไม่มีการสูญหาย (Drop-out = 0)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Pair) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การจับคู่ 2 ประการ ได้แก่ 1) เพศ ซึ่งผู้เข้าร่วมในแต่ละคู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน และ 2) อายุ ซึ่งผู้เข้าร่วมในแต่ละคู่ต้องมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากเพศและอายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Wongduan, 2024) ภายหลังการจับคู่ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) เพื่อเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Polit & Beck, 2021)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียดในแต่ละส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การเห็นแบบอย่าง การชักจูงด้วยคำพูด และการจัดการสภาวะอารมณ์ โปรแกรมดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการส่งสื่อความรู้ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Book: E-Book) การให้คำแนะนำรายสัปดาห์ และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดเครียด เลิกบุหรี่ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมจะได้รับ สมุดสุขภาพ สำหรับจดบันทึกค่าความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวัน เพื่อติดตามผลรายสัปดาห์

1.2 สมุดคู่มือสุขภาพชื่อ รู้ทัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยพลังแห่งตนเอง จัดทำในรูปแบบ E-Book และสื่อสิ่งพิมพ์แบบเล่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายในสมุดคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาหลัก คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย แนวทางการดูแลตนเองตามหลัก 3อ 2ส 1ย (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการรับประทานยา: 3อ 2ส 1ย) และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตและกิจกรรมสุขภาพประจำวัน ให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองผ่านสื่อสิ่งพิมพ์แบบเล่ม เพื่อใช้ในการติดตามผลและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น

2.2 แบบประเมินระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีองค์ประกอบคือ 3อ 2ส 1 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด มีคะแนนรวมระหว่าง 30 - 150 คะแนน การแปลความค่าเฉลี่ยพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สมุดคู่มือสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92, 1.00, 1.00 และ .86 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85 สำหรับโปรแกรมฯ และสมุดคู่มือสุขภาพ นำไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า โปรแกรมฯ และสมุดคู่มือสุขภาพ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนทดลอง

1. สนทนากลุ่มและทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ และศึกษารรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทเขตเมือง

2. พัฒนาโปรแกรม ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิด Bandura ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อหลักในการให้ข้อมูลและติดตามพฤติกรรม

3. จัดทำเครื่องมือวิจัย พัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสมุดคู่มือสุขภาพให้ความรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

4. ขอรับรองจริยธรรม ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดำเนินกิจกรรมรวม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม เปิดใจเรียนรู้ สู่การเปลี่ยนแปลง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผู้เข้าร่วมได้รับการประเมินสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) พร้อมรับสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการดูแลตนเอง สำหรับการส่งเนื้อหาและกิจกรรมรายสัปดาห์ ทีมผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมได้ตกลงกำหนดวันและเวลาที่สะดวกตรงกันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และมีการติดตามการตอบกลับอย่างต่อเนื่อง หากผู้เข้าร่วมไม่ส่งข้อมูลตามนัดหมาย ผู้วิจัยจะติดต่อเพื่อเตือน สอบถามสาเหตุ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม 2 เริ่มลงมือ ทำจริงเพื่อสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้เข้าร่วมได้รับการกิจรายบุคคล เช่น ลดเค็มในอาหาร เดินวันละ 15 นาที ควบคู่กับสื่อสนับสนุนเพิ่มเติมผ่าน E-book และข้อความสั้น ส่งเสริมให้รายงานผลการปฏิบัติผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ประจำสัปดาห์ เพื่อสะท้อนความสำเร็จของตนเอง และได้รับข้อเสนอแนะแบบเฉพาะราย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ก้าวต่ออย่างมั่นใจ พร้อมการติดตาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการติดตามความก้าวหน้าในพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เช่น ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย การใช้จ่าย การลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยส่งข้อความเตือนผ่านไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลตามพฤติกรรมและบริบทชีวิตของผู้เข้าร่วม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ตั้งเป้าหมายใหม่ สร้างแผนให้ชัด ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้เข้าร่วม ประเมินผลการปฏิบัติตนในช่วงที่ผ่านมา พร้อมทบทวนและปรับเป้าหมายรายบุคคล โดยนักวิจัยให้ข้อเสนอแนะ แนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง พร้อมส่งข้อความสร้างแรงจูงใจเพื่อคงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5-7 กิจกรรมที่ 5 เดินต่อไป ไม่เดี๋ยวตาย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาทีต่อสัปดาห์ โดย ดำเนินการส่งข้อความสนับสนุน รายงานกรณีศึกษาของผู้ที่ประสบความสำเร็จ และแนะนำตัวแบบในรูปแบบ ที่หลากหลาย (ข้อความ ภาพ เรื่องเล่า) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสอบถามปัญหาหรือแบ่งปันความสำเร็จในห้องสนทนา ส่วนตัว พร้อมทั้งกระตุ้นให้เกิดการนำแนวทางที่ได้รับไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 6 ทบทวนเส้นทาง สานต่อสุขภาพดี (ประมาณ 60 นาที) ผู้เข้าร่วมได้รับการประเมินซ้ำ ด้านสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมกำบังโรค พร้อมคำแนะนำสำหรับการดูแลสุขภาพระยะยาว และการวางแผน สุขภาพด้วยตนเอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองตามแนวทางมาตรฐานสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากนั้นผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกำบังโรค หลอดเลือดสมอง (Pre-test)

ระยะหลังทดลอง

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองซ้ำใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับช่วงก่อนเริ่มโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test
- เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า p -value = .27 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired T-test
- เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-wilk Test พบค่า p -value = .37 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Independent T-test

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมิน ทรราชูราช เลขที่โครงการ 089/68 E ลงวันที่ 26 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภูมิหลัง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00*
ชาย	14	46.67	14	46.67	
หญิง	16	53.33	16	53.33	

ภูมิภาค	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					1.00*
31 – 40	3	10.00	3	10.00	
41 – 50	3	10.00	3	10.00	
51 – 60	11	36.67	11	36.67	
มากกว่า 61	13	43.33	13	43.33	
สถานภาพ					.21*
โสด	5	16.67	2	6.67	
คู่	19	63.33	25	83.33	
หม้าย	6	20.00	3	10.00	
ระดับการศึกษา					.92**
ประถมศึกษา	15	50.00	13	43.33	
มัธยมศึกษา/ปวช.	5	16.67	5	16.67	
อนุปริญญา/ปวส.	5	16.67	4	13.33	
ปริญญาตรี	4	13.33	6	20.00	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33	2	6.67	
รายได้ (บาท)					.397**
น้อยกว่า 10,000	3	10.00	1	3.33	
10,001 - 20,000	7	23.33	6	20.00	
20,001 - 30,000	2	6.67	4	13.33	
30,001 - 40,000	2	6.67	6	20.00	
40,001 - 50,000	12	40.00	12	40.00	
มากกว่า 50,001	4	13.33	1	3.34	
อาชีพ					.31**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	30.00	10	33.33	
รับจ้าง	10	33.33	13	43.33	
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	26.67	6	20.00	
ค้าขาย	3	10.00	1	3.34	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดัน (ปี)					.41*
น้อยกว่า 5	8	26.67	11	36.67	
มากกว่า 5	22	73.33	19	63.33	
โรคร่วม					.50*
มี	25	83.33	24	80.00	
ไม่มี	5	16.67	6	20.00	

*Chi-square, ** Fisher's Exact Test

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 36.67 และมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 83.33 ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 ปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 รายได้ อยู่ในช่วง 40,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.33 และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.33 โดยมีโรคร่วม ร้อยละ 80.00

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 36.67 และมากกว่า 61 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 63.33 ระดับการศึกษาคือประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 73.33 โดยมีโรคร่วม ร้อยละ 83.33 ทั้งนี้พบว่าผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired T-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.69	.26	2.74	.27	.69	.50
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.66	.32	3.12	.23	16.43	<.001*

*p-value < .05

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง ($M = 2.69, SD = .26$) และหลังทดลอง ($M = 2.74, SD = .27$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .69, p\text{-value} = .50$) ขณะที่ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง ($M = 2.66, SD = .32$) และหลังทดลอง ($M = 3.12, SD = .23$) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 16.43, p\text{-value} < .001$)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเขตเมือง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Independent T-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.69	.26	2.66	.32	.47	.64
หลังทดลอง						
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.74	.27	3.12	.23	5.97	<.001*

*p-value < .05

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($M = 2.69, SD = .26$) และกลุ่มทดลอง ($M = 2.66, SD = .32$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .47, p\text{-value} = .64$) ส่วนหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม ($M = 2.74, SD = .27$) และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง ($M = 3.12, SD = .23$) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.97, p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

1. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ช่วยเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ความตั้งใจและความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีคูสมรส ร้อยละ 83.33 และอาศัยอยู่ในเขตเมือง กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องสอดคล้องกับชีวิตจริง และการติดตามให้กำลังใจรายสัปดาห์ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมได้จริง ซึ่งเป็นเส้นทางสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตาม ทฤษฎี (Self-efficacy Pathway) โดยการมีคูสมรสยังทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งเสริมการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตือนรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร และการติดตามค่าสุขภาพรายวัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชินกรณัฏ์ แคนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด (2566) เนื่องจากโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้บทบาทของตนเองและเพิ่มทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตติญา สมประดิษฐ์ (2563) เนื่องจากสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งบ่งชี้ว่ากิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น

2. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง การนำเสนอเนื้อหาผ่านสื่อดิจิทัลและการเรียนรู้แบบยืดหยุ่น จึงเอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบในการควบคุมสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถปรับใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับ Sermsinsiri, Sriklo (2025) เนื่องจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการวางแผน ควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจวีร์ภรณ์ เจริญพงศ์ (2565) เนื่องจากการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วงเดือน วงศ์อนันต์ (2567) เนื่องจากการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีลักษณะการดำเนินชีวิตเฉพาะ เช่น ความหนาแน่นของประชากร สภาพแวดล้อม และรูปแบบการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่แตกต่างจากบริบทอื่น ๆ ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับประชากรในเขตเมือง และอาจไม่สามารถอ้างอิงแทนประชากรในพื้นที่ชนบทหรือบริบทที่แตกต่างทางสังคมและเศรษฐกิจได้โดยตรง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรสุขภาพสามารถนำกิจกรรมที่ช่วยเสริมความเชื่อมั่นของผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ เช่น กิจกรรมเปิดใจเรียนรู้และการสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองและเกิดความตั้งใจที่จะปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น
2. สถานบริการสาธารณสุขสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารและติดตามตามโปรแกรม เช่น การส่งข้อมูลสุขภาพและการบ้านประจำสัปดาห์ผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับบริบทเมือง ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่ององค์กรสามารถประยุกต์ใช้วิธีนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านเวลา
3. หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถใช้ผลวิจัยนี้เป็นแนวทางพัฒนาโครงการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสนับสนุนการใช้ การสื่อสารและติดตามด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการกระตุ้นแรงจูงใจ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทเมืองและประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในพื้นที่นอกเขตเมืองหรือในชุมชนที่มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างออกไป เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และเพิ่มความครอบคลุมในการอธิบายผลการวิจัย
2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังการทดลองหรือทำการวัดซ้ำ เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความต่อเนื่องและนำไปสู่ผลทางสุขภาพที่ชัดเจนหรือไม่ เช่น การควบคุมความดันโลหิตหรือลดความเสี่ยงของโรคในระยะเวลา
3. ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบแอปพลิเคชัน (App-based Intervention Development) เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้งาน การติดตามพฤติกรรม และการสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การส่งเสริมพฤติกรรมเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2567 – 2570*. สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- ชวนพิศ เจริญพงศ์ และจรีภรณ์ เจริญพงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 71-81.
- ฉิมกรณัฏ์ แตนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทรีจิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(3), 179-191.
- นวพร วุฒิธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตินญา สมประดิษฐ์. (2563). ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 309-319.
- พรธิรา บุญฉวี และปชาณัฐ นันทไทยทวิกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพ. *วารสารพยาบาล*, 73(2), 51-60.
- วงเดือน วงศ์อนันต์. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลงแคนใหญ่ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร*, 5(2), 1-17.

- สมศรี ภูแพง. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(4), 526-532.
- สาธิต คุระทอง. (2559). เวชศาสตร์เขตเมือง. *วารสารเวชศาสตร์และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 60(1), 1-4.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Carey, R. M., & Whelton, P. K. (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American college of cardiology/American heart association hypertension guideline. *Annals of Internal Medicine*, 168(5), 351-358. doi.org/10.7326/m17-3203 %m 29357392.
- European Renal Association. (2023). ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of hypertension*, 41(12), 1874–2071. doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480.
- Hardy, S. T., Jaeger, B. C., Foti, K., Ghazi, L., Wozniak, G., & Muntner, P. (2025). Trends in blood pressure control among US adults with hypertension, 2013–2014 to 2021–2023. *American Journal of Hypertension*, 38(2), 120-128. doi.org/10.1093/ajh/hpae141.
- Kario, K., Okura, A., Hoshida, S., & Mogi, M. (2024). The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertension Research*, 47(5), 1099-1102. doi.org/10.1038/s41440-024-01622-w.
- Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., et al. (2024). 2024 European society of hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*, 126(1), 1-15. doi.org/10.1016/j.ejim.2024.05.033.
- Polit, F. D., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sermisinsiri, K., & Sriklo, M. (2025). Improving health behaviors and blood pressure control through self-efficacy health promotion program among adults with uncontrolled hypertension: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 29(2), 412-425. doi.org/10.60099/prijnr.2025.272545.
- World health organization. (2024). *Hypertension: Key Facts*. World health organization. Retrieved January 11, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.