

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, พย.ม.¹
 ชินกรณ์ แคนกาไสย, พย.ม.^{2*}
 จันทร์จิรา อินจัน, วท.ม.³
 เบญจวรรณ บุญเยี่ยม, พย.บ.⁴
 นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.⁵

(วันที่ส่งบทความ: 23 ธันวาคม 2567; วันที่แก้ไข: 5 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 13 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 และเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบ Chi-Square Test สถิติทดสอบ Paired t-test และสถิติทดสอบ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น และนำไปสู่การลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมสุขภาพ, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ, โรคหัวใจและหลอดเลือด

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข

⁵ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ: ชินกรณ์ แคนกาไสย, อีเมล: chinnakorn.bcn@gmail.com

The Effects of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behavior Health Outcomes to Decrease the Cardio-Vascular Risk Score among Patients with Hypertension

Subhawan Yodprong, M.N.S.¹

Chinnakorn Dankasai, M.N.S.^{2}*

Janjira Injeen, M.Sc.³

Benjawan Boon-eam, B.N.S.⁴

Narumon Premmasawat, M.N.S.⁵

(Received: December 23rd, 2024; Revised: May 5th, 2025; Accepted: May 13th, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to assess the effects of a self-efficacy enhancement program on cardiovascular disease risk, health outcomes, and health behaviors among patients with hypertension. The sample was comprised 64 hypertensive patients receiving treatment at a primary healthcare center in Phitsanulok Province. We divided the patients into an experimental group and a control group, each comprised of 32 subjects. The control group received standard nursing care, while the experimental group participated in an eight-week self-efficacy enhancement program. The research instruments included a health behavior questionnaire, with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.81, and a self-efficacy enhancement program designed for this project. We assessed blood pressure using a conventional mercury sphygmomanometer. We conducted data analysis using descriptive statistics, Chi-Square Tests, paired t-tests, and independent t-tests. The findings demonstrated that the experimental group exhibited significantly higher mean scores for health behaviors post-intervention when compared to their pre-intervention measurements and the control group's measurements ($p < .05$). The mean scores for health outcomes and the cardio-vascular risk of the experimental group were significantly lower post-intervention compared to pre-intervention and the control group ($p < .05$). The self-efficacy enhancement program successfully enabled hypertensive patients to modify their health behaviors, leading to improved health outcomes and a reduced risk of cardiovascular disease.

Keywords: hypertension, self-efficacy, health behavior, health outcomes, cardiovascular disease

¹ Instructor, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

⁴ Registered Nurse, Professional Level, Samo Khae Sub-district Health Promoting Hospital

⁵ Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

*Corresponding Author: Chinnakorn Dankasai, E-mail: chinnakorn.bcn@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลก และประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2564 ทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2021) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 17 ล้านคน (WHO , 2021) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบ อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 31.36 ต่อประชากรแสนคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 2 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565 ค) ซึ่งส่วนใหญ่พบใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท (นพณัฐ จำปาเทศ และคณะ, 2564; นฤเบศร์ โกศล และจอม สุวรรณโณ, 2562) และอุบัติการณ์ของโรค พบมากในผู้ป่วยเพศชายอายุ 55 ปีขึ้นไป หรือเพศหญิงอายุ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีความเสื่อมของ หลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง (Sinha et al, 2017) นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยง เพิ่มขึ้นในผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม (พิภพ ดีแพ และคณะ, 2562) ร่วมกับมีดัชนีมวลกาย เกินเกณฑ์ และภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งสิ้น (นพณัฐ จำปาเทศ และคณะ, 2564; นฤเบศร์ โกศล และจอม สุวรรณโณ, 2562)

ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข ปี พ.ศ.2563-2565 มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 353.20, 605.28 และ 738.10 ต่อประชากรแสนคน และพบว่าในปี พ.ศ. 2565 - 2566 มีอัตราป่วยตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 568.18 และ 2,590.67 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565 ข) โดยผู้เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตได้มากถึง ร้อยละ 28.67 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข, 2565) ที่ผ่านมามีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแขได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุม/ ลดความรุนแรงของโรคอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งมีปัจจัยสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยยังขาดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และไม่มีการคาดหวังผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข, 2565) ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาล อนามัยชุมชนที่ให้บริการ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เล็งเห็นปัญหา และ ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงนำทฤษฎี การเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Bandura, 1977) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) เป็นกรอบการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีดังนี้ 1. เสริมสร้างการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง และ 2. สร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

จากกระบวนการนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนดไว้

จากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ใช้ทฤษฎีนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงลักษณ์ ไคว์ตระกูล และพะเยาว์ ด่านปริดา, 2563; วรรณุชิตา ททรัพย์ประเสริฐ และคณะ, 2564) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตน และสร้างแรงกระตุ้นให้มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดความรุนแรง และอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

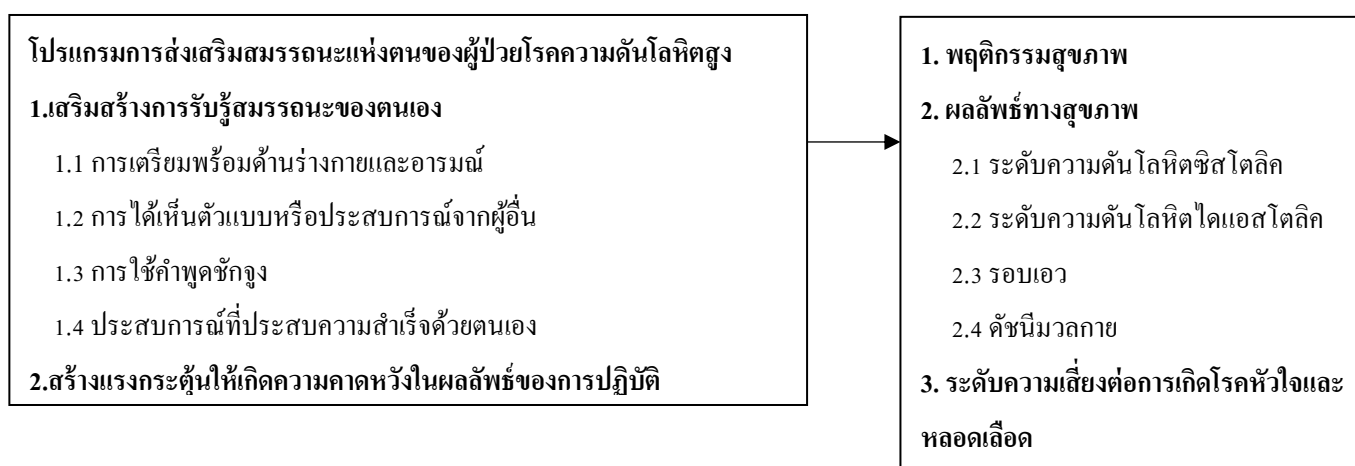
สมมุติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Bandura, 1977) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-efficacy) 4 วิธีการดังนี้ 1.การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (Emotional Arousal) 2.การได้เห็นตัวแบบหรือ

ประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experiences) 3.การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และ 4. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) และสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ มั่นใจในความสามารถ และมีความคาดหวังผลลัพธ์จากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก รอบเอว และดัชนีมวลกายดีขึ้น จนสามารถป้องกัน หรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึง มีนาคม 2567 ที่พื้นที่ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข อำเภอสมอแข จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 2,272 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2565 ก)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุที่มีค่าระดับความดันโลหิต อยู่ช่วง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอทที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของ Cohen (1988) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.05 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี (วิทยาลัยฯ ทรัพยากรประเสริฐ และคณะ, 2564) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 26 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2553) เป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน รวม 64 คน

กลุ่มตัวอย่างถูกการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) หลังจากนั้นทำการจับคู่ (Matching) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยทำการสุ่มกลุ่มทดลองในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 3 ที่เริ่มโปรแกรม และสุ่มกลุ่มควบคุมในวันจันทร์สัปดาห์ที่ 2 ซึ่งการแยกสัปดาห์ในการสุ่มเลือกกลุ่มทดลองและควบคุม เพื่อป้องกันการพบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และช่วยลดการได้รับข้อมูลที่ไม่จำเป็นระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 003/2566 เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช การเข้าร่วมวิจัยเป็นตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาตามปกติ และนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มี 5 ด้าน ได้แก่ 1. พฤติกรรมการบริโภคและควบคุมน้ำหนัก จำนวน 12 ข้อ 2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ 3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ 4. พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ และ 5. พฤติกรรมการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 1-5 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน

1.2 โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CVD risk score) (ปริญญ์ วาทีสาธกิจ, 2016) มีการแปลค่าเป็นเปอร์เซ็นต์ โดยใช้เกณฑ์ของ Thai CVD Risk แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1. ระดับต่ำ หมายถึง $<10\%$ 2. ระดับปานกลาง หมายถึง $10\% - <20\%$ 3. ระดับสูง หมายถึง $20\% - <30\%$ 4. ระดับสูงมาก หมายถึง $30\% - <40\%$ และ 5. ระดับสูงอันตราย หมายถึง $\geq 40\%$

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะ สำหรับผู้ใหญ่ จำนวน 1 เครื่อง และหุฟทางกายภาพ จำนวน 1 ชิ้น หาความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ (Test-Retest) กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคนเดิม 2 ครั้ง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Bandura, 1977) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Bandura,1997) โดยมีเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ประกอบด้วย 4 วิธีการ ดังนี้ 1.การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยประเมินความความพร้อมด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย 2.การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบด้านบวกที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่อยู่ในชุมชน เป็นสื่อที่ถ่ายทอดให้กับกลุ่มทดลอง 3.การใช้คำพูดชักจูงให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4.ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และดำเนินการกำกับ และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการเยี่ยมบ้าน และทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

2.2 คู่มือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คู่มือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ คือ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการทำการวิจัยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3 คน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จำนวน 1 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.85 - 1.00 พร้อมทั้งปรับแก้ ตามคำแนะนำ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ 0.81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามระยะ ดังนี้

1.ระยะก่อนการทดลอง มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการข้อมูลวิจัยครั้งนี้

1.2 รวบรวมรายชื่อและศึกษาประวัติของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากเวชระเบียนผู้ป่วย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข

1.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ลงนามในใบความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข ใช้เวลา 30 นาที

2.ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
1	1. การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์	1.1ประเมินความพร้อมด้านอารมณ์ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพ การพูดคุย และสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย . 1.2ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ทราบ	10 นาที 60 นาที
	2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น	2.1 นำเสนอตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่อยู่ในชุมชน บอกเล่าประสบการณ์ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ และระดมสมองในประเด็นปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวแบบ	30 นาที
	3. การใช้คำพูดชักจูง	3.1 ร่วมค้นหาปัญหา และอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมาย และแนวทางการแก้ไขปัญหา	15 นาที
	4. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง	4.1 กิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) กิจกรรม เบา(หวาน มัน เค็ม) 2 ลด (เหล้า บุหรี่) ป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด 3)กิจกรรมออกกำลังกาย อารมณ์ขันชนะภัยโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) กิจกรรมไม่ขาดยา ตรงนัดหมอ พ้นภัยโรคหัวใจและหลอดเลือด 4.2 สอนการใช้คู่มือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และฝึกการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ	90 นาที 10 นาที

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
	5. กิจกรรมสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	5.1 ใช้คำพูดโน้มน้าว และกระตุ้นกลุ่มทดลองให้เขียนผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมลงในแบบบันทึกพฤติกรรม	10 นาที
2,4 และ 6	6. กิจกรรมกำกับและติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน	6.1 กำกับและติดตามเป้าหมาย และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้คำพูดชักจูงให้ประเมินผลลัพธ์ของเป้าหมายด้วยตนเอง พร้อมทั้งชื่นชมสำหรับกลุ่มทดลองที่ทำตามเป้าหมายได้สำเร็จ และเสริมสร้างกำลังใจให้กับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มทดลองที่ทำตามเป้าหมายไม่สำเร็จ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน	30 นาที
3,5 และ 7	7. กิจกรรมกำกับและติดตามทางโทรศัพท์	7.1 กำกับและติดตามโดยการใช้โทรศัพท์ สอบถามถึงผลลัพธ์ของเป้าหมายด้วยตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งชื่นชมสำหรับกลุ่มทดลองที่ทำตามเป้าหมายได้สำเร็จ และเสริมสร้างกำลังใจให้กับกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มทดลองที่ทำตามเป้าหมายไม่สำเร็จ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	30 นาที
8	8. ประเมินภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ	8.1 ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมแจ้งผลการประเมินให้กับกลุ่มทดลองรับทราบ	60 นาที

2.2 กลุ่มควบคุมได้รับประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 โดยใช้เวลารั้งละ 60 นาที ตลอดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสมอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ชีตโตลิก ระดับความดันโลหิต ไคเอสโตลิก ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และวิเคราะห์ความแตกต่างกันของคุณลักษณะของข้อมูล ด้วยสถิติ Chi-Square test

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และค่าเฉลี่ย ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยใช้สถิติ Independent t-test การเลือกใช้สถิติ ดังกล่าวเนื่องด้วยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นจากผลการทดสอบด้วย the shapiro-wilk test

กลุ่มทดลองเท่ากับ 0.27 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.26 ซึ่งแสดงถึงการกระจายตัวของข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีจำนวนกลุ่มละ 32 คน มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัวร่วม คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .50$) แสดงให้เห็นได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันของคุณลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม(n=32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.599
ชาย	10	31.25	12	37.50	
หญิง	22	68.75	20	62.50	
ช่วงอายุ(ปี)					.145
น้อยกว่า 60 ปี	13	40.63	11	34.37	
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	19	59.37	21	65.63	
$\bar{X}$ (SD)	63.31 (10.56)		64.09 (10.66)		
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	40 - 83		45 - 89		
โรคประจำตัวร่วม					.794
โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน	12	37.50	12	37.50	
ภาวะไขมันในเลือดสูง	20	62.50	20	62.50	
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)					.840
น้อยกว่า 5 ปี	8	25.00	8	25.00	
5 -10 ปี	13	40.63	14	43.75	
มากกว่า 10 ปี	11	34.37	10	31.25	
$\bar{X}$ (SD)	9.94 (6.04)		9.28 (5.85)		
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1 - 20		1-20		

หมายเหตุ n = 64 กลุ่มละ 32 คน, * $p < .05$

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ
มีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังการทดลอง
ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมสุขภาพ	73.72	5.243	83.28	3.994	-15.372	<.001*
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ						
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	146.03	7.355	134.50	7.670	16.408	<.001*
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	91.78	2.611	82.19	6.532	7.632	<.001*
รอบเอว	89.41	10.323	84.63	9.931	6.110	<.001*
ดัชนีมวลกาย	25.30	4.021	23.98	3.317	8.192	<.001*
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	23.67	8.351	18.83	9.634	6.229	<.001*

หมายเหตุ $n=32$, * $p < .05$

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อ
การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง
พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์
ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่แตกต่างกันทางสถิติ
($p > .05$) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
และหลอดเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		t-test	df	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมสุขภาพ							
ก่อนทดลอง	73.72	5.243	73.97	5.026	-.195	62	.846
หลังทดลอง	83.28	3.994	74.06	4.996	8.153	62	<.001*

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม(n=32)		t-test	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ							
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก							
ก่อนทดลอง	146.03	7.355	146.03	7.200	.000	62	1.000
หลังทดลอง	134.50	7.670	146.41	6.593	-6.659	62	<.001 [*]
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก							
ก่อนทดลอง	91.78	2.611	91.78	2.239	.000	62	1.000
หลังทดลอง	82.19	6.532	92.03	2.362	-8.016	62	<.001 ^{**}
รอบเอว							
ก่อนทดลอง	89.41	10.323	89.38	10.416	.012	62	.990
หลังทดลอง	84.63	9.931	89.41	10.496	-2.078	62	.042 [*]
ดัชนีมวลกาย							
ก่อนทดลอง	25.30	4.021	25.92	4.527	.586	62	.560
หลังทดลอง	23.98	3.317	25.94	4.345	2.025	62	.047 [*]
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด							
ก่อนทดลอง	23.67	8.351	23.69	8.267	-.012	62	.990
หลังทดลอง	18.83	9.634	23.33	8.280	-2.151	62	.035 [*]

หมายเหตุ n=64 กลุ่มละ 32 คน, * $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ

จากสมมุติฐานที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$ ตามลำดับ) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากการได้รับกิจกรรมจากโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ด้วย 4 วิธีการ ประกอบด้วย 1.การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย และประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ พร้อมแจ้งผลการประเมินให้รับทราบ 2.การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการบอกเล่าจากตัวแบบด้านบวกที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม และร่วมระดมสมองในประเด็นปัจจัยความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวแบบ 3.การใช้คำพูดชักจูงในการค้นหาปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งโน้มน้าวให้กำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยได้รับกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการป้องกัน

โรคหัวใจและหลอดเลือด พร้อมทั้งสอนวิธีการใช้คู่มือป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการลงบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้รับการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ โดยใช้คำพูดโน้มน้าวให้กลุ่มทดลองเขียนผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมลงในแบบบันทึกพฤติกรรม และมีการกำกับและติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน และทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ วุฒิเอ้ย และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลบดแม้อิง อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจิรวรรณ ประคิตะวาทีน (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของชินกรณัฏ์ แดนกาสัย และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากสมมุติฐานที่ 2 ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันไดแอสโตลิก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$, $p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งอธิบายได้ว่าการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้วย การสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน และเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น จึงเกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น และมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ ไคว์ตระกูล และพะเยาว์ ด่านปรีดา (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงวก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิต และดัชนีมวลกายลดลงวก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และลดลงวกกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของนิศารินทร์ รวมวงษ์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญูศิลา ทรัพย์ประเสริฐ และคณะ (2564) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี พบว่า ภายหลังการทดลองและในระบะติดตามกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณการใช้พลังงาน รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนถูกสร้างขึ้นจากการนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีเป้าหมายผลลัพธ์จากการปฏิบัติ จนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในนำวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมโดยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้วย 4 วิธีการ ซึ่งประกอบด้วย 1. การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3. การใช้คำพูดชักจูง และ 4. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นต้น ร่วมกับสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสามารถปรับเปลี่ยนและพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาศึกษาเปรียบเทียบการส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน หรือศึกษาในกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการเดียวกัน

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ*

และหลอดเลือด. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จิรวรรณ ประทีตวาทีน. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *กระบี่เวชสาร*, 6(2), 15-28.

ฉิมกรณั แคนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจิน, ชัยวัฒน์ อินไชยา, และอรอุมา แก้วเกิด. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(3), 179-192.

นงลักษณ์ ไคว้ตระกูล, และพะเยาว์ ด่านปรีดา. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารกองการพยาบาล*; 47(2), 119-134.

นพนัฐ จำปาเทศ, ศิริพร ชุนฉาย, ศิวพร วรรณะเอี่ยมพิกุล, ปรีศนา อัครชนพล, ศิริวรรณ ตูรงค์เรือง, รัชดา พ่วงประสงค์, และไบรอัน ลี. (2564). ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 29(1), 110-123.

นฤเบศร์ โกศล, และจอม สุวรรณโณ. (2562). ปัจจัยทำนายนาयरระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 66-81.

นิสาร์ตน์ รวมนวษ์, อรพรรณ บุญลือ, เสาวภา เล็กวงษ์, และสุชี สุนทรชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(1), 128-137.

- ปริญญ์ วาทีสาชกกิจ. (2559). *โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score)*. https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
- พิภพ ดีแพ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม ,และณพนันฐ จำปาเทศ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 46-59.
- รพีพรรณ วุฒิเอ้ย, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลบดแม่ือง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 44(1), 102-114.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอแข. (2565). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2565*, วรณัฐศิลา ทวีทรัพย์ประเสริฐ, อัญชนา ศรีชาญชัย, อัจฉราวลี วงศ์ระวีกุล, บุศรา สุขสวัสดิ์, ขวดี กิจพิบูลย์, และรัศมี สุขนรินทร์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 38(3), 323-332.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565 ก). *จำนวนและอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565 ข). *จำนวนและอัตราป่วย/ตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/14f43de323e8ba70da1cb724cf64a98c>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565 ค). *จำนวนและอัตราป่วย / ป่วยตาย ปี 2559 - 2562*. <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565 ง). *ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9>
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ออฟเซตกรีเอชั่น.
- Bandura , A. (1977). Self – efficacy :Toward a unifying theory of behavioral chang. *Psychological Review*, 84 ,191-125.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd). Lawrence Erlbaum.

- Sinha, S. K., Krishna, V., Thakur, R., Kumar, A., Mishra, V., Jha, M. J., Singh, K., Sachan, M., Sinha, R., Asif, M., Afdaali, N., & Mohan Varma, C. (2017). Acute myocardial infarction in very young adults: A clinical presentation, risk factors, hospital outcome index, and their angiographic characteristics in North India-AMIYA Study. *ARYA atherosclerosis*, 13(2), 79–87.
- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))