

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วิยะดา รัตนสุวรรณ¹, โสณ เรืองมันคง^{2*}
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผลนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2567 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 62 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระยะที่ 2 เป็นประเด็นคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์แกนหลัก

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรักษา (Mean=4.24, SD=.58) รองลงมา คือ ด้านบทบาทในสังคม (Mean=3.73, SD=.94) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา (Mean=4.26, SD=.61) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ (Mean=4.14, SD=.77) การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมได้ร้อยละ 61.6 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุด ($\beta=.515, p<.001$) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

สรุปและข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงนี้ ดังนั้นควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิตควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sano.r@siu.ac.th)

วันที่รับ 4 ธ.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 15 ธ.ค. 2568, วันที่ตอบรับ 19 ธ.ค. 2568

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

Factors Influencing Self-Management Behaviors for Stroke Prevention in Patients with Uncontrolled Hypertension

Wiyada Ratanasuwan¹, Sano Rueangmankhong^{2*}

Faculty of Nursing Shinawatra University

Abstract

This study employed a mixed-methods research design, specifically an explanatory sequential design, to examine factors influencing self-management behaviors for stroke prevention among patients with uncontrolled hypertension. The research was conducted from June to October 2024. The study population consisted of patients with uncontrolled hypertension who received services at the outpatient clinics of Ang Thong Hospital and Sing Buri Hospital. A purposive sampling technique was used, resulting in a sample of 62 participants. The research instruments were administered in two phases. Phase 1 included questionnaires on perceived self-efficacy, participation in treatment planning, social support from family, self-care support from the healthcare system, and self-management behaviors. Phase 2 consisted of open-ended questions for focus group discussions and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using stepwise multiple regression analysis, and qualitative data were analyzed using thematic analysis.

The findings revealed that the self-management behavior component with the highest mean score was adherence/maintenance (Mean=4.24, SD=.58), followed by social role (Mean=3.73, SD=.94). Among the influencing factors, participation in treatment planning had the highest mean score (Mean=4.26, SD=.61), followed by support from the healthcare system (Mean=4.14, SD=.77). Participation in treatment planning and target control of blood pressure, and family social support were significant joint predictors of overall self-management behavior, explaining 61.6% of the variance. Participation in treatment planning was the strongest positive predictor of self-management behavior ($\beta = .515, p < .001$).

Conclusion and Recommendations: Participation in treatment planning and target control of blood pressure, and social support from Family are Important Factors in promoting self-management for stroke prevention in this high-risk group. Therefore, a model to promote self-management behaviors should be developed that emphasizes participation in treatment planning and blood pressure target control, together with support from family members.

Keywords: Influencing factors, Self-management behavior, Stroke, Uncontrolled Hypertension

Corresponding E-mail: sano.r@siu.ac.th

Received: December 4, 2025; Revised: December 15, 2025; Accepted: December 19, 2025

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2822-034X (Online)

Vol. 8 No.2 July - December 2025 ISSN 2822-034X (Online)

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก ในปี 2024 พบผู้ป่วย 1.4 พันล้านทั่วโลก แต่มีเพียงกว่าหนึ่งในห้าเท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่ว่าจะด้วยยาหรือการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (World Health Organization, 2025) โดยเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิกสูงที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิต 5 ล้านคน และพิการถาวร 5 ล้านคน โดย 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (Thai Stroke Society, 2023) จากสถิติอัตราการป่วยของโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 4 ในปี พ.ศ. 2563-2567 จัดอยู่ใน 5 ลำดับแรกของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดอ่างทอง มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดอยู่ใน 4 ลำดับแรกของเขตสุขภาพที่ 4 โดยจังหวัดสิงห์บุรี เท่ากับ 469.71 รายต่อแสนประชากร และจังหวัดอ่างทอง เท่ากับ 360.16 รายต่อแสนประชากร (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2025)

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 ของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) จังหวัดสิงห์บุรี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 854 ราย และเสียชีวิตถึง 90 ราย ซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีมากกว่าร้อยละ 20 จำนวน เท่ากับ ร้อยละ 58.33 และจังหวัดอ่างทอง พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,059 ราย และเสียชีวิตถึง 101 ราย ซึ่งสัมพันธ์กับร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีมากกว่าร้อยละ 20 จำนวน ร้อยละ 57.81 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2025) ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลในทุกเพศและทุกวัย โดยเฉพาะในกลุ่มในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจากไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (GACD Hypertension Research Program et al., 2015) ซึ่งมีตัวแปรหรือปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ที่หลากหลายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่า การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท การจัดการด้านอารมณ์ (Chasuwan, Thamdee & Panutai, 2023) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Sharma, et al., 2025) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Panwilai, et al., 2022) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต (O'Brien, et al., 2013) และการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ (Hussien, et al., 2021) เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ดังกล่าว เนื่องจากการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผล ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อค้นพบในการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุ รวมถึงได้

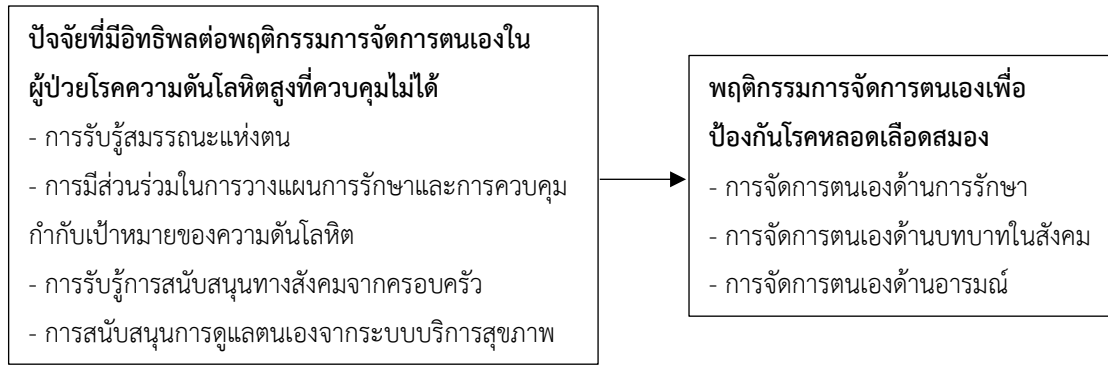
ข้อมูลในกลุ่มเล็กและสอดคล้องกับบริบทของคนไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุที่พบว่า เป็นกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลและองค์ความรู้ที่สำคัญที่จะนำสู่การพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างเหมาะสมกับบริบทในสภาพการณ์จริง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) และการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากำหนดเป็นแนวทางในการวัดและประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา 2) ด้านบทบาทในสังคม และ 3) ด้านอารมณ์ (Chasuwan, et al., 2023) และการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นแนวคิดของ Bandura (1986) ที่นำเสนอว่าความเชื่อของแต่ละบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการตามพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจง คือความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะมีอิทธิพลต่อเหตุการณ์และควบคุมสภาพแวดล้อมของตนเอง (Williams, & Rhodes, 2016) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Khonsuan, 2014) การสนับสนุนการดูแลตนเองเมื่อมีความบกพร่องทางสุขภาพ (Orem, 2001)จากระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต (O'Brien, et al., 2013) โดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผล โดยใช้กระบวนการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาทั้งสองรูปแบบจะถูกบูรณาการเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีแบบตามลำดับอธิบายผล (Explanatory Sequential Mixed Methods Design) แบ่งเป็น 2 ระยะ ในช่วงเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Phase)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) คัดเลือกโรงพยาบาลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี 1 แห่ง และจังหวัดอ่างทอง มา 1 แห่ง

2) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางเท่ากับ .15 โดยมีตัวแปรทำนาย จำนวน 4 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 57.27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 62 คน

3) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง จังหวัดละ 1 แห่ง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 50 ขึ้นไป และ 2) มีความดันโลหิตในครั้งหลังสุด ความดันซิสโตลิก (Systolic) ≥ 140 mmHg และ ไดแอสโตลิก (Diastolic) ≥ 90 mmHg

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ส่งผลต่อความดันโลหิต เช่น โรคหัวใจ 2) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ถูกต้อง 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก ข้อ 3) เข้ากลุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ จากระยะประจำตัวผู้ป่วยจนครบจำนวน

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบตลอดการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน ของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ ระยะเวลาเป็นโรค และชนิดของยาที่รับประทาน

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Khonsuan (2014) มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ เชื่อกันว่าตนเองสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้ทุกครั้ง 4 คือ เชื่อกันว่าตนเองสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้เกือบทุกครั้ง 3 คือ เชื่อกันว่าตนเองสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้บางครั้ง 2 คือ เชื่อกันว่าตนเองสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้นานๆครั้ง และ 1 คือ เชื่อกันว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้สำเร็จ

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ที่บุคคลมุ่งเน้นความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพพร้อมกับ การวางแผนควบคุมกำกับเป้าหมายความดันโลหิต (O'Brien, et al., 2013) มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติมากที่สุด 4 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติมาก 3 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติปานกลาง 2 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติน้อย และ 1 คือ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติน้อยที่สุด

2.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Khonsuan (2014) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มี ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ ตรงกับความรูสึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด 4 คือ ตรงกับความรูสึกหรือความคิดเห็นมาก 3 คือ ตรงกับความรูสึกหรือความคิดเห็นปานกลาง 2 คือ ตรงกับความรูสึกหรือความคิดเห็นน้อย และ 1 คือ ตรงกับความรูสึกหรือความคิดเห็นน้อยที่สุด

2.5 แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Chankrachang (2022) มี ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ ทำเป็นประจำ ประมาณ สัปดาห์ละ 6-7 วัน 4 คือ ทำบ่อยครั้ง ประมาณ สัปดาห์ละ 4-5 วัน 3 คือ ทำไม่สม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 วัน 2 คือ ทำประมาณ สัปดาห์ละ 1-2 วัน และ 1 คือ ไม่ได้ทำเลย

2.6 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Utthiya, Viwut & Kruengchai (2023) มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (ประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง) 4 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง(ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) 3 คือ ปฏิบัตินานๆครั้ง (ประมาณเดือนละ 2 ครั้ง) 2 คือ ปฏิบัติ

บางครั้ง (ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง) และ 1 คือ ไม่ได้ปฏิบัติ แบบสอบถามข้อ 2.2 -2.6 แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาล 2) พยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม และ 3) อาจารย์สาขาการวัดและประเมินผล หลังจากนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่าอยู่ระหว่าง .67 -1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78, .81, .76, .89 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และเข้าพบหัวหน้าคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่ได้กำหนดร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงโครงการวิจัยโดยละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมการอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์
2. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแบบสอบถาม พร้อมชี้แจงคำอธิบายในการตอบแบบสอบถาม ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรอิสระ

แบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อค้นหาตัวแปรทำนายที่สำคัญที่สุด และก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน ได้แก่ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) 2) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 1.192 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.839 3) กราฟ Normal plot มีการแจกแจงแบบปกติ 4) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0 5) ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.537

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Phase)

การวิจัยเชิงคุณภาพเชื่อมโยงโดยอาศัยผลลัพธ์จากเชิงปริมาณเป็นตัวนำ (Follow-up Explanations) ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 2.1) ประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากวิจัยระยะที่ 1 และ 2.2) กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เลือกเป็นไปตามผลลัพธ์ที่สำคัญจากระยะที่ 1 จำนวน 24 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรักษา และการจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งใช้ผลลัพธ์ที่สำคัญจากการวิจัยระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 24 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มละ 4-5 คน ใช้ประเด็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้ 1) ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยต้องเตรียมตัวทั้งความรู้เชิงวิชาการในด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เตรียมความพร้อมด้านการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 30 ปี 2) เครื่องบันทึกเสียง สำหรับการบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยจะบันทึกเสียงไว้ตลอดการสนทนา เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดของการสนทนา ทั้งนี้การใช้เครื่องบันทึกเสียงผู้วิจัยจะขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อนทุกครั้ง 3) บันทึกภาคสนาม ที่ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัย สำหรับช่วยผู้วิจัยในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่เป็นประเด็นคำถามปลายเปิด ตัวอย่างข้อคำถาม ด้านการสนับสนุนทางสังคม 1) คำถามหลัก : ในช่วงที่ท่านต้องดูแลสุขภาพและควบคุมความดันโลหิต ท่านได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวอย่างไรบ้าง 2) คำถามเจาะลึก : สิ่งที่ทำให้ท่านรู้สึกมีกำลังใจมากที่สุดเกิดขึ้นในรูปแบบใดบ้าง ตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรงของเนื้อหาเกี่ยวกับนิยามของพฤติกรรมการจัดการ

ตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC แต่ละด้าน เท่ากับ .67 - 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงโครงการวิจัยอีกครั้ง รวมการอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประเด็นคำถามที่จะใช้ในการสนทนากลุ่ม และขออนุญาตการบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยใช้แถบเสียงประกอบการสนทนากลุ่ม และให้เวลากลุ่มตัวอย่างได้อธิบายรายละเอียดในแต่ละประเด็น โดยให้เวลากลุ่มละประมาณ 30-40 นาที

2. ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประเด็นการสัมภาษณ์ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกเสียงประกอบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลเชิงลึก คนละประมาณ 10-15 นาที จนครบจำนวนหรือจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์แกนหลัก (Thematic Analysis)

การบูรณาการผลการวิจัย (Integration Phase)

ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองวิธีเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาบูรณาการเพื่ออธิบายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่างระหว่างผลการวิจัย อันนำไปสู่การเพิ่มความเข้าใจพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 24/01 ลงวันที่ 11 มกราคม 2567 และ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ 08/2024 ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 145.50 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 62 ราย โดยมีลักษณะทั่วไป คือ มีสัดส่วนชายและหญิงเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 67.29 ปี (SD.= 11.61) โดยมีช่วงอายุตั้งแต่ 58 ถึง 86 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.10 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.80 รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 19.40 ระยะเวลาที่เป็นโรค เฉลี่ย 6.90 ปี

รับประทานยามากกว่า 4 ชนิด ร้อยละ 43.50 รองลงมา คือ รับประทานยา 3 ชนิด ร้อยละ 27.40 และอยู่กับ บุตรหลานร้อยละ 50

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

รายการ	Mean	SD.	ระดับการแปลผล
1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง			
- การจัดการตนเองด้านการรักษา	4.24	.58	สูง
- การจัดการตนเองด้านอารมณ์	3.55	.94	ปานกลาง
- การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม	3.73	.82	สูง
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง			
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.51	.90	ปานกลาง
- การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุม	4.26	.61	สูง
กำกับเป้าหมายของความดันโลหิต			
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.99	1.05	สูง
- การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ	4.14	.77	สูง

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรักษา (Mean=4.24, SD=.58) รองลงมา คือ ด้านบทบาทในสังคม (Mean=3.73, SD=.82) และ ด้านอารมณ์ (Mean=3.55, SD=.94) ตามลำดับ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายความดันโลหิต (Mean=4.26, SD=.61) รองลงมา คือ การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ (Mean=4.14, SD=.77) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Mean=3.99, SD=1.05) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Mean=3.51, SD=.90) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตัวแปรอิสระ (พยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	p-value
การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต	.561	.088	.551	6.365	<.001
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.205	.046	.390	4.505	<.001

Constant = .935, R=.793, R²=.629, R² adj=.616 F=49.915, p <.001

สมการ

คะแนนดิบ (Y) = .935 + .561 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา + .205 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คะแนนมาตรฐาน (Y) = .551 คะแนนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา + .390 คะแนนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิตและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีคะแนนมาตรฐานสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต (Beta=.551) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta= .390) ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองได้ร้อยละ 61.6

2.2 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

1) พฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1.1) การจัดการตนเองด้านการรักษา มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การติดตามความดันโลหิตเช่น “ป้าวัดความดันโลหิตในตอนเช้าก่อนทานข้าวทุกวันเพื่อกันลืม” การจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น “ลุงจะจัดยาใส่กล่องยาประจำวัน สำหรับแต่ละสัปดาห์เพื่อป้องกันลืม”

1.2) การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสื่อสารในครอบครัว เช่น “ลุงบอกภรรยาและลูกๆให้ช่วยกันลดการปรุงเค็มในอาหารที่ทานทุกอย่าง” การปรับตัวทางสังคม เช่น “ป้าจะจัดเตรียมอาหารที่ทำเอง แทนการทานอาหารนอกบ้านเวลาไปร่วมงานต่างๆในชุมชน”

1.3) การจัดการตนเองด้านอารมณ์ มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด เช่น “ป้าจะชอบไหว้พระและนั่งสมาธิสั้นๆ วันละ 10 นาที ก่อนนอนทุกวัน” การจัดการความเครียด เช่น “การสวดมนต์หรือฟังธรรมะในช่วงก่อนนอน”

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย

2.1) การวางแผนการมีส่วนร่วมในการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ เช่น “หมอถามว่าป้าสะดวกออกกำลังกายแบบไหนเลยช่วยกันเลือกการเดินเร็ววันละ 30 นาที เพราะทำได้ทุกวัน” การเลือกวิธีการรักษา เช่น “หมอไม่ได้แค่สั่งยา แต่ให้ทางเลือกลุงด้วยว่าจะทานแบบวันละ 1 ครั้ง หรือทานเช้า เย็น” การตีความผลลัพธ์ เช่น “เมื่อความดันลดลงเหลือ 126/70 ทำให้ลุงมีกำลังใจที่จะคุมอาหารและยาต่อไปเรื่อย ๆ”

2.2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด เช่น “ทุกเช้า ลูกสาวจะนำผลไม้ที่ไม่มีรสหวานมาวางไว้บนโต๊ะทานข้าว เพื่อให้ลุงทานแทนพวกขนมหวาน” การให้กำลังใจเชิงการรับรู้ความสามารถ เช่น “เมื่อป้าท้อเรื่องไขมันในเลือดสูง ลูก

สาวก็จะบอกป่าวว่า หมอเคยชมว่าแม่คุมอาหารได้ดีมากเมื่อ 3 เดือนก่อน เพราะฉะนั้นหนูเชื่อว่าแม่ก็ต้องทำได้อีกแน่นอน”

2.3) การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึงบริการ เช่น “ที่โรงพยาบาลมีคลินิกโรคเรื้อรังแยกต่างหาก ทำให้ลุงไม่ต้องรอนาน” คุณภาพการให้ความรู้ เช่น “เจ้าหน้าที่ อสม. มาเยี่ยมถึงบ้าน พร้อมกับมอบแผ่นพับที่อธิบายเรื่องอาหารลดเค็ม และสอนวิธีการวัดความดันที่ถูกต้อง”

2.3 การบูรณาการผลการวิจัย

จากผลการศึกษาทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำไปสู่การสรุปผลการวิจัยแบบผสมวิธี (Meta-Inferences) เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตารางที่ 3 การบูรณาการผลการวิจัย เพื่ออธิบายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเอง	ผลการศึกษา		
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	แบบผสมวิธี
การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต	มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.26, SD=.61) และเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุด ($\beta=.551, p<.001$)	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ เช่น “หมอถามว่าป้าสะดวก ออกกำลังกายแบบไหน เลยช่วยกันเลือกการเดินเร็ววันละ 30 นาที เพราะทำได้ทุกวัน” การเลือกวิธีการรักษา เช่น “หมอไม่ได้แค่สั่งยา แต่ให้ทางเลือกลุงด้วยว่าจะทานแบบวันละ 1 ครั้ง หรือทานเช้า เย็น” การตีความผลลัพธ์ เช่น “เมื่อความดันลดลงเหลือ 126/70 ทำให้ลุงมีกำลังใจที่จะคุมอาหารและยาต่อไปเรื่อย ๆ”	จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพสามารถยืนยัน (Confirmation) ผลการวิจัยได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต จะมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวก ($\beta=.390, p<.001$)	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด เช่น “ทุกเช้าลูกสาวจะนำผลไม้ที่ไม่มีรสหวานมาวางไว้บนโต๊ะทานข้าว เพื่อให้ลุงทานแทนพวกขนมหวาน” การให้กำลังใจเชิงการรับรู้ความสามารถ เช่น “เมื่อป้าท้อใจเรื่องไขมันในเลือดสูง ลูกสาวก็จะบอกป่าวว่า หมอเคยชมว่าแม่คุมอาหารได้ดีมากเมื่อ 3 เดือนก่อน เพราะฉะนั้นหนูเชื่อว่าแม่ก็ต้องทำได้ อีกแน่นอน”	จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพสามารถยืนยัน (Confirmation) ผลการวิจัยได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 การบูรณาการผลการวิจัย เพื่ออธิบายพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ต่อ)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรม	ผลการศึกษา		
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	แบบผสมวิธี
การจัดการตนเอง			
การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ	ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม	จัดการตนเอง	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม	จัดการตนเอง	

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1.1 พฤติกรรมจัดการตนเอง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Loric & Holman (2003) ซึ่งมุ่งเน้นการเปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยจาก "ผู้รับบริการ" เป็น "ผู้จัดการ" สุขภาพตนเอง โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะบกพร่องในการดูแลตนเองทางสุขภาพ Orem (2001) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านการรักษา ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยมีระดับการจัดการตนเองด้านการรักษา (Mean=4.24, SD.= .58) อยู่ในระดับสูง เช่น "ป้าวัดความดันโลหิตในตอนเช้าก่อนทานข้าวทุกวันเพื่อกันลิ้ม" (การติดตามความดันโลหิต) รองลงมา คือ การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม (Mean=3.73, SD.= .82) อยู่ในระดับสูง เช่น "ลุงบอกภรรยาและลูกๆ ให้ช่วยกันลดการปรุงเค็มในอาหารที่ทานทุกอย่าง" สำหรับการจัดการตนเองด้านอารมณ์ (Mean=3.55, SD.= .94) อยู่ในระดับต่ำ เช่น "ป้าจะชอบไหว้พระและนั่งสมาธิสั้นๆ วันละ 10 นาที ก่อนนอนทุกวัน" และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา (Mean=4.26, SD.= .61) การสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ (Mean=4.14, SD.= .77) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Mean=3.99, SD.=1.05) อยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการรักษาของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับสูง (Mean=4.24, SD.= .58) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamtan (2019) เกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมป้องกันกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุด ($\beta=.551, p<.001$) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของตนเอง สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ซึ่งมุ่งเน้นความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Therapeutic Self-Care Demand) เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ เช่น “ที่โรงพยาบาลมีคลินิกโรคเรื้อรังแยกต่างหาก ทำให้ไม่ต้องรอนาน “(การเข้าถึงบริการ) “เจ้าหน้าที่ อสม. มาเยี่ยมถึงบ้าน พร้อมกับมอบแผ่นพับที่อธิบายเรื่องอาหารลดเค็ม และสอนวิธีการวัดความดันที่ถูกต้อง” (คุณภาพการให้ความรู้) ซึ่งช่วยสร้างเสริมความรู้และทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยตรงและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เช่น “หมอไม่ได้แค่สั่งยา แต่ให้ทางเลือกเลยว่า จะทานแบบวันละ 1 ครั้ง หรือทานเช้า เย็น” (การเลือกวิธีการรักษา) และการควบคุมเป้าหมายด้านความดันโลหิต เช่น “เมื่อความดันลดลงเหลือ 120/75 ทำให้ป้ามีกำลังใจที่จะควบคุมอาหารและยาต่อไป”(การตั้งเป้าหมาย) ซึ่งแสดงว่าปัจจัยความต้องการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการรักษาและการควบคุมเป้าหมายของความดันโลหิต จะช่วยส่งเสริมแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Loric & Holman (2003) โดยใช้วิธีการปฏิบัติและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (Orem (2001) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านการรักษา เช่น “ลุงจะจัดยาใส่กล่องยาประจำวัน สำหรับแต่ละสัปดาห์เพื่อป้องกันการลืม” การจัดการตนเองด้านบทบาทในสังคม เช่น “ป้าจะจัดเตรียมอาหารที่ทำเอง แทนการทานอาหารนอกบ้านเวลาไปร่วมงานต่างๆในชุมชน” และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ladner et al. (2022) เกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสาธารณรัฐอาหรับเอมิเรตส์ พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง

2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผลวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\beta=.390, p<.001$) สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ว่าเป็น การรับรู้ และความเป็นจริง ที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคม เช่น “เมื่อป้าท้อเรื่องไขมันในเลือดสูง ลูกสาวก็จะบอกป้าว่า “หมอเคยชมว่าแม่คุมอาหารได้ดีมากเมื่อ 3 เดือนก่อน เพราะฉะนั้นหนูเชื่อว่าแม่ก็ต้องทำได้ อีกแน่นอน”(การให้กำลังใจเชิงการรับรู้ความสามารถ) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะเพิ่มความมั่นใจในตนเองให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวขับเคลื่อนพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Loric & Holman (2003) เช่น “ลูกชายจะขับรถพาลุงไปส่งที่โรงพยาบาล ในวันนัดของหมอทุก 3 เดือน และเวลาลุงต้องไปร่วมกิจกรรมทำบุญในหมู่บ้าน” (สนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรักษาและบทบาทในสังคม) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chasuwan et al.(2023) เกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความ

ดันโลหิตสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = .516, p < .001$) และพบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองได้ร้อยละ 61.6 สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) คือ ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้เสริมสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพในการร่วมกำหนดเป้าหมายและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง Orem (2001) ที่มุ่งเน้นการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ทั้ง 2 ปัจจัยจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (O'Brien, et al., 2013, Panwilai, et al., 2022)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลสิงห์บุรีและอ่างทอง จึงเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้โดยทั่วไป
2. เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง สามารถบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ณ จุดเวลาที่ศึกษาเท่านั้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 58 ปี อายุเฉลี่ย 67.29 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยพบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้นควรเน้นการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เช่น การสร้างกลไกสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมในการสนับสนุนผู้ป่วย ร่วมกับการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายความดันโลหิตและแผนการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง เช่น ให้บันทึกความดันโลหิตที่บ้าน และนำข้อมูลมาใช้ร่วมกับแพทย์/พยาบาลในการปรับแผนการรักษาทุกครั้งที่มาตรวจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาและการควบคุมกำกับเป้าหมายของความดันโลหิต และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นควรมีการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยบูรณาการปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด เช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัว แล้วทำการทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่าความดันโลหิตที่ลดลง

References

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Chankrachang, W. (2022). *Factors influencing health literacy among people at risk of hypertension in a District of Phichit Province (Master's thesis)*. Naresuan University. (in Thai)
- Chasuwan, S., Thamdee, D., & Panutai, S. (2023). Factors predicting self-management in older adults with hypertension. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(1), 136-152. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.
- GACD Hypertension Research Programme, Writing Group, Peiris, D., Thompson, S. R., Beratarrechea, A., Cárdenas, M. K., Diez-Canseco, F. et al. (2015). Behaviour change strategies for reducing blood pressure-related disease burden: findings from a global implementation research programme. *Implementation Science: IS*, 10, 158.
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2025). *The mortality rate of patients with stroke*. Retrieved Sep 20, 2025, from <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/7ac059f4e4e3d08750d2ee23600556af> (in Thai)
- House, J. S. (1981). House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Hussien, M., Muhye, A., Abebe, F., & Ambaw, F. (2021). The role of health care quality in hypertension self-management: A qualitative study of the experience of patients in a Public Hospital, North-West Ethiopia. *Integrated Blood Pressure Control*, 14, 55–68.
- Khamtan, W. (2019). *Effects of the individual and family self-management program on recurrence prevention behaviors, clinical outcomes, and quality of life in stroke patients*. (Master's thesis). Thammasat University. (in Thai)
- Khonsuan, A. (2014). *The effects of the self-efficacy and social support promotion program on dietary control behavior and blood pressure level in patients with uncontrolled hypertension*. (Master's thesis). Songkhla University. (in Thai)
- Ladner, J., Al Awar, S., Al Marzooqi, H., & Al Marzooqi, M. (2022). Factors impacting self-management ability in patients with chronic diseases in the United Arab Emirates. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 11(3), 165-173.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.

- O'Brien, C., Bray, E. P., Bryan, S., Greenfield, S. M., Haque, M. S., Hobbs, F. D., et al. (2013). Targets and self-management for the control of blood pressure in stroke and at risk groups (TASMIN-SR): protocol for a randomised controlled trial. *BMC cardiovascular disorders*, 13, 21.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. Mosby.
- Panwilai, J., Fongkaew, W., Soiwong, P., & Chaiard, J. (2022). Family caregivers' perceptions regarding stroke prevention for family members at risk. *Journal of Nursing Research*, 26(1) 90-104. (in Thai)
- Sharma, D. P., Aycock, D. M., Kelley, S. J., Gaillard, T., & Washington, P. L. (2025). Stroke-related predictors of hypertension self-management among African American Adults. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 10.1007/s40615-025-02659-4.
- Thai Stroke Society. (2023). *Stroke Situation*. Retrieved Dec 3, 2024, from <https://thaistrokesociety.org/purpose/>
- Utthiya, P., Vivut, P., & Kruengchai, S. (2023). The effects of autonomy support program on self-management behaviors and HbA1C among older persons with diabetes mellitus in Hangchat District, Lampang Province. *Journal of Health Science Scholarship*, 11(1), 36-49. (in Thai)
- Williams, D. M., & Rhodes, R. E. (2016). The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health psychology review*, 10(2), 113-128.
- World Health Organization. (2025). *Uncontrolled high blood pressure puts over a billion people at risk*. Retrieved Sep 25, 2025, from <https://www.who.int/news/item/23-09-025-uncontrolled-high-blood-pressure-puts-over-a-billion-people-at-risk>