ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

The effects of a health behavior modification program on blood pressure levels, health behaviors, and quality of life in individuals at risk of hypertension.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 24,2026)

ยุรฉัตร์ สวัสดี[1] กนก พานทอง[2] ยุทธนา จันทะขิน[2]
Yurachat Sawatdee[1] Kanok Pantong[2] Yoottana Janthakhin[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 35–59 ปี จำนวน 75 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อเรื่องสุขภาพที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินหน้าที่บริหารจัดการของสมอง แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Dependent t-test, One-way ANOVA และ One-way ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมเท่ากับ 3.88 อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมกลุ่มไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ค่าความดันโลหิต,พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This experimental research aimed (1) to develop a health behavior modification program by integrating executive function concepts with the Health Belief Model to enhance health behaviors and quality of life among individuals at risk of hypertension, and (2) to examine the effects of the developed program. The sample consisted of 75 males and females aged 35–59 years, selected using purposive sampling. Participants were divided into three groups: Experimental Group 1 received the newly developed program integrating executive function concepts with the Health Belief Model; Experimental Group 2 received a program based on the Health Belief Model; and the control group received standard care. The intervention lasted 12 weeks. Research instruments included the health behavior modification program, an

[1] นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] อาจารย์ประจำหลักสูตร หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

executive function assessment, a health belief questionnaire, a health behavior assessment, and a quality-of-life questionnaire. Data were analyzed using dependent t-test, one-way ANOVA, and one-way ANCOVA.

The findings indicated that the developed program had overall appropriateness at a high level (mean = 3.88). The health behavior assessment demonstrated excellent content validity (S-CVI=1.00) and good reliability (α=0.873). After the intervention, Experimental Group 1 showed statistically significant improvements in executive function scores, health belief scores, and health behavior scores at the .001 level, along with a significant reduction in blood pressure. Between-group comparisons revealed that Experimental Group 1 had significantly higher executive function and health behavior scores than the other groups at the .001 level. However, quality-of-life scores among the three groups were not significantly different.

Keywords: blood pressure, health behavior modification program development, health behavior, quality of life

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ใหญ่ทั่วโลกมากกว่า 1.28 พันล้านคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย[1] สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง[2] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ [3] หากไม่ได้รับการดูแลรักษาความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสระแก้วมีแนวโน้มสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องได้รับการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบในระดับชุมชน[4] หากไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระยะยาว และพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต [1,5]ในทางกลับกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดเค็ม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการควบคุมน้ำหนัก สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่มีความเสี่ยงสูง และควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวในการสร้างพฤติกรรมที่ยั่งยืนนั้นต้องอาศัยการควบคุมตนเองในการปฏิบัติ ดังนั้นการควบคุมทางปัญญา (Cognitive Control) เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติอย่างยั่งยืน[6] และต้องอาศัยการพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive functions: EF) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความจำขณะคิด (Working memory: WM) 2) การควบคุมยับยั้ง (Inhibition control) และ 3) การยืดหยุ่นทางการรู้คิด (Cognitive flexibility) การควบคุมยับยั้ง ดังนั้น EF จึงเป็นกระบวนการทำงานระดับสูงของสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง การวางแผน การยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการ

ตัดสินใจเชิงเป้าหมาย แนวคิดนี้ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในงานส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจาก EF มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ผู้ที่มี EF ดีมักสามารถจัดการตนเองและคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดีกว่า และพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญของการเกิดและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคอาหารเค็ม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะน้ำหนักเกิน ล้วนมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ขณะเดียวกันทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อธิบายว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ [7] การบูรณาการแนวคิด EF ร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีศักยภาพในการเสริมสร้างทั้งความสามารถในการกำกับตนเองและแรงจูงใจภายใน ทำให้การปรับพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน ผลลัพธ์ที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำรงชีวิตของบุคคล[8] ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดสระแก้ว จึงมีความสำคัญเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของ
สมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

2. เพื่อพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

สมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับรับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยรวม หน้าที่บริหารจัดการของสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น และค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยรวม หน้าที่บริหารจัดการของสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น และค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการมาตรฐานของสถานบริการ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งการดำเนินงานวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง และการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงโดยผ่านการประเมินผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน และการผ่านเกณฑ์ความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี มีระดับความดันโลหิตซีสโตลิค (Systolic Blood Pressure) ระหว่าง 120–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค (Diastolic Blood Pressure) ระหว่าง 80–89 มิลลิเมตรปลอท และต้องไม่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์ อำเภอ วังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 1,254 คน

กลุ่มตัวอย่า งคือ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 35–59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์ ตำบลวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.9.4[9] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % รวมเป็น 75 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 75 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มละ 25 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

2. ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension risk group) มีระดับความดันโลหิตตัวบน 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดัน ตัวล่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตด้วยวิธีมาตรฐานฯ โดยควรวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที และไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน

3. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน

4. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และยินยอมให้ความร่วมมือในกิจกรรมทุกขั้นตอน

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. อาสาสมัครได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์

2. อาสาสมัครมีภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตเกิดขึ้นจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อได้

3. อาสาสมัครย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต หรือมีความประสงค์ถอนตัวออกจากกาโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร ตาม ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบคัดกรองสุขภาพประชาชน อายุ 35 ปี ขึ้นไป

1.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ รุ่น เอสอีเอ็ม -1 ยี่ห้อ ออมรอน (Omron)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

2) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

3) โปรแกรมปกติดูแลตามมาตรฐานของสถานบริการ Clinical Practice Guidelines. (CPG) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรม	กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	กลุ่มควบคุม
การแนะนำโปรแกรม และเปิดใจตนเอง สู่ความสำเร็จร่วมกัน	✓	✓	✓
เพิ่มความจำ ควบคุมการยั้งคิด และการบริหารสมอง	✓		
โมเดลสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ	✓	✓	
การประเมินสุขภาพตนเอง และการวางเป้าหมาย	✓	✓	✓
การเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองด้วย เวชศาสตร์วิถีชีวิต	✓	✓	
การให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง			✓
การให้ข้อมูลป้อนกลับ/ติดตาม และประเมินผล	✓	✓	✓
การให้แรงสนับสนุน	✓	✓	✓
รวมระยะเวลา	12 สัปดาห์		

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 114 ข้อ ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL– BREF– THAI) จำนวน 26 ข้อ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว จึงดัดแปลงข้อคำถามในบางข้อเพื่อให้สอดคล้อง กับกลุ่มตัวอย่างโดยเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ประยุกต์ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมหน้าที่บริหารจัดการของสมอง 3) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ 4) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้วิธีการทางสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบที (Dependent t-test)

2. เปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (One way ANOVA)

3. เปรียบเทียบคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรม

สุขภาพ ค่าความดันโลหิต และคะแนนคุณภาพชีวิต เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต และคะแนนคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิต One Way ANCOVA ในกรณีที่คะแนนก่อนการทดลองแตกต่างกัน และทำการทดสอบรายคู่ด้วยสถิติ LSD (Least Significant Difference)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ TRB3-070/2568 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 ด้านอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี มีอายุเฉลี่ย 52.67 ปี (S.D.=5.66) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้ำหนัก 51–70 กิโลกรัม มีน้ำหนักเฉลี่ย 55.91 กิโลกรัม (S.D.=8.16) ส่วนสูง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 150–155 เซนติเมตร และ 161 เซนติเมตรขึ้นไป มีส่วนสูงเฉลี่ย 147.65 เซนติเมตร (S.D.=5.63) รอบเอว ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 81–90 เซนติเมตร มีรอบเอวเฉลี่ย 87.27 เซนติเมตร (S.D.=11.19) ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 23.0 kg/m²) มีค่าเฉลี่ย BMI เท่ากับ 26.03 kg/m² (S.D.=5.00) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้วและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 68.0–72.0 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป และแม่บ้าน โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวสายตรง (พ่อ แม่ พี่น้อง) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.33) สำหรับรสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน ส่วนใหญ่ชอบรสหวาน (ร้อยละ 46.67) การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.67) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 42.67) และดื่มเมื่อมีเทศกาลสำคัญ (ร้อยละ 32) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะของข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตภายในกลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test (กลุ่มละ 25 คน)

ตัวแปรตาม	กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่า *t*	*p-value*	cohen's d
		Mean	S.D.	Mean	S.D.			
หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF)	กลุ่มทดลองที่ 1	50.80	4.72	56.60	1.85	7.39	<.001***	1.62
	กลุ่มทดลองที่ 2	49.28	7.10	52.16	4.50	4.44	<.001***	0.49
	กลุ่มควบคุม	48.56	8.06	51.80	4.65	2.88	.008**	0.49
ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)	กลุ่มทดลองที่ 1	4.16	0.40	4.48	0.26	3.36	<.001***	0.95
	กลุ่มทดลองที่ 2	4.09	0.23	4.66	0.34	7.27	<.001***	1.96
	กลุ่มควบคุม	4.08	0.39	3.95	0.45	1.11	.278	0.31
พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลองที่ 1	122.52	20.30	152.48	5.82	7.45	<.001***	2.01

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตภายในกลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test (กลุ่มละ 25 คน)

ตัวแปรตาม	กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่า *t*	*p-value*	cohen's d
		Mean	S.D.	Mean	S.D.			
(HB)	กลุ่มทดลองที่ 2	116.80	15.70	135.04	9.21	6.53	<.001***	1.42
	กลุ่มควบคุม	112.44	16.01	126.56	12.75	5.10	<.001***	0.98
ค่าความดัน Systolic	กลุ่มทดลองที่ 1	145.36	9.75	132.40	7.32	7.26	<.001***	1.50
	กลุ่มทดลองที่ 2	139.80	10.92	130.68	7.32	6.13	<.001***	0.98
	กลุ่มควบคุม	139.96	7.55	133.48	5.67	6.17	<.001***	0.97
ค่าความดันDiastolic	กลุ่มทดลองที่ 1	90.36	6.27	81.92	6.76	12.40	<.001***	1.29
	กลุ่มทดลองที่ 2	85.16	4.83	81.40	4.12	4.91	<.001***	0.84
	กลุ่มควบคุม	83.84	5.02	82.72	3.81	1.29	.210	0.25
คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลองที่ 1	100.72	12.41	105.56	12.85	1.79	.08	0.38
	กลุ่มทดลองที่ 2	96.72	8.04	96.72	9.84	0.00	1.00	0.00
	กลุ่มควบคุม	98.64	8.30	100.64	11.34	1.09	.288	0.201

* P <.05 , ** P <.01 , *** P <.001

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบผลการทดลองระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง พบว่า คะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีขนาดอิทธิพล สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย ไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลองที่ 2 มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มทดลองที่ 1 ด้านคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีขนาดอิทธิพล โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านความดันโลหิต Systolic หลังการทดลอง ทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพล สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านความดันโลหิต Diastolic กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ระยะหลังการทดลองลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด และด้านคะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of Life) พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลอง (Post-test) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value	η^2
หน้าที่บริหารจัดการของสมอง						
กลุ่ม	991	2	495.39	91.3	<.001***	0.720
คะแนนก่อนการทดลอง	694	1	694.10	127.9	<.001***	0.643
ความคลาดเคลื่อน	385	71	5.43			
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่ม	80.4	2	40.2	0.599	0.552	0.017
คะแนนก่อนการทดลอง	9266.9	1	9266.9	138.167	<.001***	0.661
ความคลาดเคลื่อน	4762.0	71	67.1			
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่ม	9773.54	2	4886.77	22.50066	<.001***	0.388
คะแนนก่อนการทดลอง	1.42	1	1.42	0.00654	0.936	0.000
ความคลาดเคลื่อน	15420.20	71	217.18			
ค่าความดันโลหิต Systolic						
กลุ่ม	2880	2	1440	10.42	<.001***	0.227
คะแนนก่อนการทดลอง	216	1	216	1.56	0.215	0.022
ความคลาดเคลื่อน	9809	71	138			
ความดันโลหิต Diastolic						
กลุ่ม	112	2	56.0	0.816	0.446	0.022
คะแนนก่อนการทดลอง	124	1	124.5	1.813	0.182	0.025
ความคลาดเคลื่อน	4874	71	68.7			
คุณภาพชีวิต						
กลุ่ม	645	2	322	2.46	0.092	0.065
คะแนนก่อนการทดลอง	698	1	698	5.33	0.024*	0.070
ความคลาดเคลื่อน	9283	71	131			

$^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะหลังการทดลอง เมื่อควบคุมตัวแปรคะแนนตัวแปรระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านหน้าที่บริหารจัดการสมอง พฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิต Systolic มีอย่างน้อย 1 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ความดันโลหิต Diastolic และคะแนนคุณภาพชีวิต ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์คู่ต่างด้วยวิธี LSD พบว่า หน้าที่บริหารจัดการสมอง กลุ่มกลุ่มทดลองที่ 1 แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 กับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มลดลองที่ 1 แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 กับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และค่าความดันโลหิต Systolic กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 2 ไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและโปรแกรมการดูแลตามมาตรฐานของสถานบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกายที่มีค่าเฉลี่ย 26.03 kg/m^2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินและอ้วน ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 61.33 ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงทางชีวภาพ และพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่การป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน รอบเอวเกินเกณฑ์ และประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันจากหลักฐานทางระบาดวิทยาว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต[10] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการดำเนินมาตรการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

ด้านหน้าที่บริหารจัดการสมอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนน EF เพิ่มขึ้นสูงที่สุด และแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก การที่กลุ่มทดลองที่ 1 มีการพัฒนาของ EF ได้ดีกว่ากลุ่มอื่น อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมได้รับการออกแบบมาให้กระตุ้นการคิด การวางแผน และการควบคุมตนเองอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของสมองส่วนหน้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่แม้คะแนนจะเพิ่มขึ้นตามกาลเวลาแต่มีขนาดอิทธิพลที่ต่ำกว่าชัดเจนความสอดคล้อง: สอดคล้องกับการศึกษาของ Diamond[11] ที่ระบุว่าการฝึกฝน EF ช่วยเพิ่มทักษะการควบคุมตนเอง (Inhibitory control) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการยับยั้งชั่งใจต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารหวาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hoffman และคณะ[12] ที่พบว่าบุคคลที่มี EF สูงจะมีพฤติกรรมการกำกับตนเองด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่มี EF ต่ำ ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกลับไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี HBM ที่ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารและการกระตุ้น (Cues to action) จะช่วยยกระดับการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค[13] อย่างไรก็ตาม ผลที่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในทุกกลุ่มมีพื้นฐานทางสังคมและระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในบริบทชุมชนไม่แตกต่างกันมากนัก ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยทุกกลุ่มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ การติดตาม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดและมีขนาดอิทธิพลสูง สะท้อนว่าองค์ประกอบด้านการกำกับตนเอง การยับยั้งพฤติกรรม และการวางแผน ซึ่งเป็นแกนสำคัญของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง มีบทบาทสำคัญต่อการทำให้การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นจริงและยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของ Dixon[14] ที่อธิบายว่าการควบคุมทางปัญญาเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมสุขภาพ

ในด้านผลลัพธ์ทางสรีรวิทยา พบว่าความดันโลหิต Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกกลุ่ม และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีผลดีกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต Systolic ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงวิชาการที่ระบุว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดโซเดียม การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] สำหรับความดันโลหิต Diastolic แม้จะพบการลดลงภายในกลุ่มทดลอง แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม อาจเนื่องจากความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าดังกล่าวต่ำกว่า ระยะเวลาการติดตามยังไม่ยาวเพียงพอ หรือค่าพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สูงมาก ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบได้ในงานวิจัยด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพหลายการศึกษา เมื่อพิจารณาในภาพรวม ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานเชิงทฤษฎีที่ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องสนับสนุนปัจจัยอื่น ๆ มากกว่าการทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเสริมสร้างความสามารถในการกำกับตนเองผ่านหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมระหว่างความตั้งใจกับการปฏิบัติจริง[15]

ดังนั้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีศักยภาพสูงในการนำไปใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ การลดความดันโลหิต และการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง ใน รพ.สต.อื่นได้

2. หน่วยบริการนำโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF) ไปปรับใช้ในคลินิกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถลดการรับประทานยาได้

3. บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเป็นเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ในการคัดกรองและประเมินผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

4. ควรนำรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคอ้วน ซึ่งต้องการการควบคุมตนเองที่สูงเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอบคุณผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี วังสมบูรณ์ ที่ให้เก็บข้อมูลเบื้องต้นตลอดจนกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงอย่างเต็มใจ จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจศึกษา และเพื่อเป็นแนวทาง

ในการนำโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF) ไปปรับใช้ในคลินิกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถลดการรับประทานยาได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). กรมควบคุมโรคแนะประชาชนใส่ใจสุขภาพวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอป้องกันโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 [สืบค้นเมื่อ 2566 ม.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=294
2. กรรณิการ์ เงินดี.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.
3. ประเสริฐ วันดี.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชนจังหวัดเชียงราย. ใน: การนำเสนอบทความวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”.
4. สิชล ทองมา, วารี กังใจ, สหัทยา รัตนจรณะ.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2564;16(2):139-48.
5. สุชัย สุรพิชญ์พงศ์, ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์.(2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความคิดด้านการรับรู้และการจำขณะปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารจิตวิทยา. 2562;19(1).
6. สุทธิ ณิรินทร์รดา.(2022). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักหมื่น อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. Thaksin Univ Online J (TSU OJ). 2022;ESHE-30.
7. Moonsarnand S, Sumpowthong K.(2016). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2016;11(1):87-98.
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2565). หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF) กับการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.(2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
10. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control.(2019). Annual report 2019: Non-communicable diseases surveillance. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
11. Diamond A.(2013). Executive functions. Annu Rev Psychol. 2013;64:135-68. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750.
12. Hofmann W, Schmeichel BJ, Baddeley AD.(2012). Executive functions and self-regulation. Trends Cogn Sci. 2012;16(3):174-80.
13. Dixon ML.(2015). Cognitive control, emotional value, and the lateral prefrontal cortex. Front Psychol. 2015;6:758.
14. Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
15. Miller AS, Maricle DE, Mayfield JW.(2011). Executive functions and health behaviors. In: Goldstein S, Naglieri JA, editors. Handbook of executive functioning. New York: Springer Science & Business Media.