ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Dietary Behaviors of Stroke Patients in the Inpatient Ward, Khian Sa Hospital, Surat Thani Province.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 8,2026)

วรรณวิสา จันทร์ทอง[1]
Wanvisa Junthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มด้วยรหัสผู้ป่วย โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) โดยประกอบด้วยกิจกรรม 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การชักจูงด้วยวาจา และการจัดการสภาวะทางกายและอารมณ์ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง (5 ครั้งในโรงพยาบาล และ 1 ครั้งเยี่ยมบ้าน) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test ชนิดไม่อิสระและอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($M = 3.41$) เป็นระดับสูง ($M = 4.11$), 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกหมวดอาหาร

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, สมรรถนะแห่งตน, ผู้ป่วยใน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of the Self-Efficacy Program on the dietary behaviors of stroke patients admitted to the in-patient ward at Khian Sa Hospital, Suratthani Province. The sample consisted of 60 stroke patients, purposefully selected and randomly assigned into an experimental group and a control group, with 30 patients in each group. The Self-Efficacy Program was developed based on Bandura's theory, encompassing four core components: mastery experience, vicarious experience (observational learning), verbal persuasion, and management of physiological and emotional states. The experimental group participated in the program six times (five hospital sessions and one home visit), while the control group received standard care. The data collection instrument was a dietary behavior questionnaire. Data were analyzed using dependent and independent t-tests.

The results indicated that: 1) Post–intervention, the experimental group's mean score for dietary behaviors was significantly higher than their pre-intervention score ($p < 0.05$). The mean score increased from a moderate level ($M = 3.41$) to a high level ($M = 4.11$). 2) Post-intervention, the experimental group's mean score for dietary behaviors was significantly higher than the control group's score ($p < 0.05$) across all food categories.

คำสำคัญ: Stroke, Self-Efficacy Program Dietary Behaviors, Self-Efficacy, In-patient

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเคียนซา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ โดยมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านอัตราป่วย อัตราตาย และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2023–2024 โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรโลก โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 11–12 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นกว่า 12 ล้านรายต่อปี ขณะเดียวกัน ผู้ที่รอดชีวิตจำนวนมากมักเผชิญกับภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง ทำให้โรคหลอดเลือดสมองกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความพิการ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ทั่วโลก[1,2] ในระดับโลก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย ได้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพยังเป็นอุปสรรคสำคัญ ทำให้หลายประเทศโดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีภาระโรคสูงกว่าภูมิภาคอื่น[1]

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ โดยข้อมูลจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข[3] พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี ได้แก่ ปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 31,172 ,30,837 และเพิ่มขึ้นเป็น 34,728 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเกิดโรคที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวยังรายงานว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.82 ในปี 2566 เป็น ร้อยละ 8.38 ในปี 2567 แสดงถึงความท้าทายในการจัดการระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย[3]

จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตบริการสุขภาพที่ 11 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 มีผู้ป่วย 2,514 ราย อัตราป่วยประมาณ 145.2 ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2566 จำนวน 2,478 ราย ในปี 2567 เพิ่มเป็น 2,729 ราย อำเภอเคียนซา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดสูงขึ้น ในปี 2565 มี 138 ราย ปี 2566 จำนวน 184 ราย และปี 2567 จำนวน 158 ราย จากข้อมูลผู้ป่วยใน (Inpatient) โรงพยาบาลเคียนซา พบว่าในช่วงปี 2565–2567 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าพักรักษาตัวเพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ ปี 2565 จำนวน 92 ราย ปี 2566 จำนวน 132 ราย และปี 2567 จำนวน 128 ราย การเพิ่มขึ้นนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการรักษาเฉพาะโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนผู้ดูแลที่ต้องรับภาระหนักทั้งด้านเวลาและค่าใช้จ่าย[4]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่รอดชีวิตยังคงอยู่ในภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องลงทุนทั้งเวลาและแรงงานอย่างมาก การศึกษาของจันทร์ศิริ กานดา[4] พบว่ามีผู้ดูแลถึงร้อยละ 53.3 ที่ต้องลาออกหรือทำงานได้น้อยลง และกว่า ร้อยละ 31.1 ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ภาระนี้ไม่เพียงส่งผลต่อครอบครัว แต่ยังสร้างภาระต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม นอกจากภาระด้านการดูแลแล้ว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามตรวจสุขภาพเป็นประจำ ล้วนมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตัวเองได้ เป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มความมั่นใจและ

แรงจูงใจในการปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[4]

แบนดูรา[5] กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคคลต้องมี การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ของพฤติกรรมนั้นๆ แนวคิดนี้สามารถประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ 4 วิธีหลัก[5] ได้แก่ 1) การส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Enactive mastery experience) คือ การให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การควบคุมอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค 2) การสังเกตตัวแบบ (Vicarious experience) ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้จากตัวอย่างของผู้ป่วยรายอื่นหรือผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติตนได้สำเร็จ เช่น การเห็นเพื่อนผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหารได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน 3) การพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) การให้คำแนะนำ ชี้แนวทาง และให้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแล จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การสนับสนุนทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักประสบความเครียด วิตกกังวล หรืออารมณ์เชิงลบ ซึ่งอาจลดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง การเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ การมีกิจกรรมผ่อนคลาย การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการติดตามกำลังใจอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพราะการนำแนวคิดสมรรถนะของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 ครั้ง โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัด สุราษฎร์ธานี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทั้งชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) และชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) จำนวน 96 คน[6]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดจากขนาดอิทธิพล 0.5 ตามงานของนภาพรรณ ธงสันเทียะ[7] และตารางของ Burn & Grove[8] ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ได้จำนวนขั้นต่ำกลุ่มละ 28 ราย รวม 56 ราย ผู้วิจัยจึงเผื่อการสูญหายร้อยละ 10 ทำให้กลุ่มตัวอย่างรวมเป็น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย การคัดเลือกใช้ Purposive Sampling ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มโดยอิงรหัสผู้ป่วย คือ รหัสเลข (กลุ่มทดลอง) รหัสเลขคี่ (กลุ่มควบคุม) รวมผู้เข้าร่วมวิจัยที่สิ้นสุดการศึกษา 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา[5] มาบูรณากิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ

2. ลักษณะข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิตระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) จำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนรายข้อขึ้นอยู่กับระดับการปฏิบัติการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ[9] ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับการปฏิบัติดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อย
3 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง
2 หมายถึง ปฏิบัติน้อย
1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น[10] การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์เบสท์[11] โดยการคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้าง แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นเอง โดยอาศัยการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากนั้นจึงจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) และแบบเลือกตอบ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงตามมาตรฐานทางสถิติ โดยเริ่มจากการนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลชัยบุรี เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.90 ค่าที่ได้นี้แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงมาก จึงมีความเหมาะสมและน่าเชื่อถือในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05, 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการ STPHO2025-208 ลงวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้แบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.30) มีอายุมากที่สุดในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 46.70) โดยมีอายุเฉลี่ย 54.40 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สมรสคู่ (ร้อยละ 48.30) และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 30.00) ประกอบอาชีพหลักเป็นรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.70) กลุ่มควบคุม มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มีอายุมากที่สุดในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 36.70) และมีอายุเฉลี่ย 57.30 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือสมรสคู่ (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 26.70) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 36.70) และประกอบอาชีพหลักเป็นรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 30.00)

ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน โดยพบว่า: ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 26.70) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 30.00) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ร่วมกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ด้านค่าทางสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 21.75 และ 21.43 กก./ม.^{2} ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิกครั้งล่าสุดของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 150.10 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 148.10 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 79.16 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 78.23 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์ NIHSS ของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 4.26 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 3.56 คะแนน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่ม กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.41, S.D.= .31) แต่หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 4.11, S.D. = .37) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นภายหลังได้รับการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยแยกตามหมวดอาหาร ได้แก่ หมวดข้าว–แป้ง–น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักและผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม และหมวดเครื่องปรุงรส พบว่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกหมวดเช่นเดียวกัน กลุ่มควบคุม สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.57, S.D. = .38) และหลังการทดลองก็ยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม (M = 3.67, S.D. = .53) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.41, S.D. = .31) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.57, S.D.= .38) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (M = 4.11, S.D.= .37) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม (M = 3.67, S.D. = .53) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเป็นรายหมวดอาหาร พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกหมวดอาหารที่ทำการศึกษา ได้แก่ หมวดข้าว–แป้ง–น้ำตาล หมวดเนื้อสัตว์ หมวดผักและ

ผลไม้ หมวดไขมัน หมวดเครื่องดื่ม และหมวดเครื่องปรุงรส

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง (ก่อนและหลังการทดลอง) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 3.41) เป็นระดับสูง (M = 4.11) และดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวดอาหาร จะเห็นได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนนี้เป็นผลมาจากประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยรากฐานจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา[5] ซึ่งเน้นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง กลไกสำคัญของโปรแกรมคือการสร้างแหล่งที่มาของสมรรถนะแห่งตน 4 ประการ ได้แก่ 1) การประสบผลสำเร็จจริง (Mastery Experience) คือ การที่ผู้ป่วยได้ลงมือฝึกปฏิบัติการเลือกอาหาร การวางแผนเมนู และกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ เช่น การลดความเค็มหรือความหวาน เป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้จริง 2) การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Vicarious Experience) คือ การได้เห็นตัวอย่างความสำเร็จจากเพื่อนผู้ป่วยผ่านวิดีทัศน์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวังว่าตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน 3) การชักจูงด้วยวาจา (Verbal Persuasion) คือ การได้รับคำชม การให้กำลังใจ และการติดตามเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรและครอบครัว เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยยังคงพยายามปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 4) สภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional States) คือ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด (เช่น การหายใจ 4-7-8) ช่วยลดอุปสรรคทางอารมณ์ที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับสมมติฐานและงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองหลายฉบับที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น งานวิจัยของ ณฐา เชียงปิ๋ว และคณะ[12] ซึ่งพบว่าโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยานุช ลาหล้าเลิศ และคณะ[13] ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพของแนวคิดนี้ในการสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรธิรา บุญฉวี และ ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล[14] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนเป็นแนวคิดที่เกื้อหนุนกันในการนำไปสู่การปฏิบัติ

2. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (หลังการทดลอง) ผลการวิจัยยืนยันว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ จะเห็นได้ว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นหลังการทดลองเป็นข้อพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก (คงที่ในระดับปานกลาง

(M = 3.67) ในขณะที่กลุ่มทดลองสามารถยกระดับพฤติกรรมไปสู่ระดับสูง (M = 4.11) ได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และตอกย้ำว่า การให้ความรู้และคำแนะนำด้านโภชนาการตามปกติในหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว การแทรกแซงที่เน้นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และทักษะการปฏิบัติจริงมีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา เดชบุญ และคณะ[15] พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมที่มีกลไกในการเสริมแรงจูงใจและการปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของปัทมาพร ชนะมาร[16] รายงานว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.01$, $p < .05$) ซึ่งรวมถึงการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรธิรา บุญฉวี และ ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล[14] ยืนยันว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.314$, $p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของพิราลักษณ์ ลาภหลาย และคณะ[14] ถึงแม้จะศึกษาเรื่องความปลอดภัยในการรับประทานอาหาร แต่ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะปอดติดเชื้อจากการสูดสำลัก แสดงให้เห็นว่าการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการอาหารส่งผลดีต่อผลลัพธ์สุขภาพโดยตรง

การที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นในทุกหมวดอาหาร (รวมถึงการลดไขมัน น้ำตาล และเครื่องปรุงรส) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ไม่ได้เพียงแค่เพิ่มปริมาณอาหารที่มีประโยชน์ แต่ยังส่งผลต่อการควบคุมและหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยยืนยันว่าโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิผลในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ดังนี้

1. โรงพยาบาลเคียนซาและหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ ควรพิจารณาบรรจุโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยในและคลินิกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ

2. เน้นองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน บุคลากรทางการแพทย์ (พยาบาล นักโภชนาการ) ควรเน้นการใช้กลไกหลัก 4 ด้านของทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่

1) การฝึกปฏิบัติจริง (Mastery Experience): จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ฝึกเลือกเมนูอาหารสุขภาพจากภาพจริง หรือการวางแผนมื้ออาหารประจำวัน

2) การใช้ตัวแบบ (Vicarious Experience): ใช้สื่อวีดิทัศน์หรือเชิญผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหารมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ

3) การเสริมแรงด้วยวาจา (Verbal Persuasion): ให้คำชมและกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยสามารถทำพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จแม้เป็นเรื่องเล็กน้อย

4) การจัดการอารมณ์: ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย (เช่น การหายใจ) เพื่อจัดการความเครียดหรือความอยากอาหารที่ไม่เหมาะสม

3. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในขั้นตอนการวางแผนเมนู การจัดซื้ออาหาร และการให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน

4. ควรนำรูปแบบการติดตามและเสริมแรงผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือช่องทางดิจิทัลอื่นๆ มาใช้ในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะยาว (เช่น 3 เดือน , 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่นๆ เช่น การควบคุมน้ำหนัก ค่าความดันโลหิต และอัตราการเกิดโรคซ้ำ

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรทางคลินิกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย (BMI), ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย, ระดับน้ำตาลในเลือด/ไขมันในเลือด, การลดลงของภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร

3. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งมอบโปรแกรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การใช้ Mobile Application เพียงอย่างเดียวกับการผสมผสานระหว่างกิจกรรมกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน (Blended Approach) เพื่อค้นหารูปแบบที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. ควรมีการนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นๆ หรือในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เพื่อประเมินความสามารถในการปรับใช้ (Generalizability) ของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Global health estimates 2024: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2023. Geneva: World Health Organization.
2. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al.(2024). Heart-disease and stroke statistics—2024 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2024;149(8): e1–e180.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถิติอัตราป่วยและอัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2565–2567. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
4. จันทร์ศิริ กานดา.(2567). รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและภาระผู้ดูแลในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2565–2567. รายงานที่ไม่ตีพิมพ์. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา.
5. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman.
6. โรงพยาบาลเคียนซา.(2568). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ข้อมูลปีงบประมาณ 2568 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568 [เอกสารภายใน].
7. นภาพรรณ ธงสันเทียะ.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

8. Burn N, Grove SK.(2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
9. Likert R.(1967). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. บุญชม ศรีสะอาด.(2556). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
11. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
12. ณฐา เชียงปิ๋ว, วราภรณ์ บุญเชียง, ศิวพร อึ้งวัฒน.(2561). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร. 2561;45(1):87-99.
13. ปียานุช ลาหล้าเลิศ, อรุณี ป้อมหลักทอง, บังอร ยิ้มกล้า, สุกัญญา มูซอ, รัตนาภรณ์ จันทร์สิริ.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(2):14-26.
14. พรธิรา บุญฉวี, ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล.(2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารพยาบาล. 2567;73(2):51-60.
15. สุนันทา เดชบุญ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, สมบัติ มุ่งทวีพงษา.(2566). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(1):97-111.
16. ปัทมาพร ชนะมาร.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(3):33-46.