# ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน

**Effects of a health behavior promotion program on cardiovascular disease risk factors in patients with diabetes and hypertension at the chronic disease clinic, Chiang Yuen Hospital.**

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

**นฤมล จำปาบุญ[1] กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร[2]**
**Narumon Jumpaboon[1] Kanyapat Bundittharwon[2]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีโอกาสเสี่ยงระดับสูงและสูงมาก ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 จำนวน 43 ราย อายุระหว่าง 15-60 ปี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV Risk Score) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (Blood pressure) โดยใช้สถิติทดสอบ Friedman Test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย Thai CV Risk ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (Systolic Blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ค่าเฉลี่ยของ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

**คำสำคัญ:** ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

**ABSTRACT**

This study was a quasi-experimental, single-group pre-test and post-test research project aimed at examining the effects of a health behavior promotion program on cardiovascular disease risk factors among patients with diabetes and hypertension. The study sample consisted of 43 patients with diabetes and hypertension—aged 15 to 60 years—who had undergone cardiovascular disease risk assessment and were receiving care at the chronic disease clinic of Chiang Yuen Hospital between October 2023 and September 2024. Data were collected using a general information questionnaire and a health behavior assessment form Descriptive statistics specifically frequencies, percentages, means, and standard deviations were used for analysis. CVD risk scores and health behavior scores were compared before and after the experiment using the paired-sample t-test, while mean HbA1c and blood pressure levels were compared using Repeated Measures ANOVA.

The results showed that, following the experiment, the sample group demonstrated a statistically significant decrease in mean CVD risk scores and a statistically significant increase in health behavior scores ($p < 0.001$). Regarding blood pressure, mean systolic blood pressure decreased significantly ($p < 0.001$), and mean HbA1c levels also showed a statistically significant decrease ($p < 0.001$).

[1] คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร Email: kanyapat@smnc.ac.th

**Keywords:** Promoting health behaviors regarding, cardiovascular disease risk factors , patients with diabetes and hypertension

**บทนำ**

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรโลก ทั่วโลกพบผู้เสียชีวิต มากกว่า 20 ล้านคน (ร้อยละ 80) ของการเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ ในประเทศไทยพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง[1] จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ.2568 พบร้อยละ 1.5 ของประชากรไทยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และร้อยละ 2.0 ของคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย และร้อยละ 0.8 ของประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป เคยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โดยความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 1.1 และ 0.6 ตามลำดับ) ปัจจัยของโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจมีเพียงปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง ความอ้วนและการสูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นต้น จากข้อมูลยังพบว่าประชากรชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.2 และ 38.7 มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ปัจจัย ร้อยละ 11.5 และ 8.4 มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย ถึงร้อยละ 26.1 และ 21.6 ตามลำดับ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามอายุ ความชุกของการมี 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้น สูงที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ชายร้อยละ 37.6 และหญิงร้อยละ 30.0)[2]

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2563 จากร้อยละ 9.5 เป็นร้อยละ 10.6 โดยความชุกในเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 9.7 ส่วนเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 10.3 เป็นร้อยละ 11.3 และพบว่า ร้อยละ 27.0 ของผู้ป่วยเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้มากถึงร้อยละ 41.3 โดยในเพศหญิงความชุกสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 13.8) ส่วนในผู้ชาย ความชุกสูงที่สุดในภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 11.1) โรคความดันโลหิตสูงความชุก ร้อยละ 29.5 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 30.2 และร้อยละ 28.2 ตามลำดับ) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2663 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 (ชายร้อยละ 26.7และ หญิงร้อยละ 24.2) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.8 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 5.5 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 23.8 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์[2]

การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทางตรงคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ การคัดกรองและควบคุมความดันโลหิตเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และลดระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัสใจและหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการกำกับติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง กินยาสม่ำเสมอ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียด และการลดหรือเลิดบุหรี่และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจได้[3]

โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในส่วนของการรักษาและการป้องกัน จากข้อมูลคลินิกโรคเรื้อรัง พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 2,272 ราย พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ราย และหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ราย จากการประเมินคะแนนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV Risk Score)[4] จำแนกตามความเสี่ยง พบว่า มีความ

เสี่ยงระดับต่ำ จำนวน 1,898 ราย (83.54 %) ความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 314 ราย (13.83 %), ความเสี่ยงระดับสูงจำนวน 46 ราย (2.02%), ความเสี่ยงระดับสูงมาก จำนวน 8 ราย (0.35 %) ความเสี่ยงระดับสูงอันตราย จำนวน 6 ราย (0.26 %) จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน พบว่า มีการให้ความรู้ทั่วไปเป็นรายบุคคลจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่สลับหมุนเวียนให้บริการ จากการสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงาน พบว่าการให้ความรู้รายบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ โดยส่วนมากจะให้คำแนะนำในลักษณะเดียวกันโดยไม่แยกระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวในและหลอดเลือด จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคอื่น เช่น เส้นเลือดในสมองแตก อาจเกิดความพิการด้านการเคลื่อนไหว เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามถึงความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกสบายดี แม้มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ส่วนใหญ่เกิดการทำงานหนัก ไม่เกี่ยวกับโรคที่เป็นแม้จะพบว่าผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติก็ตาม

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI) การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ คือการสื่อสารที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นหลัก มุ่งเน้นเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง เป็นแนวคิดทางจิตวิทยา พัฒนาขึ้นโดย Miller & Rollnick ปี ค.ศ.1991[5] เพื่อใช้บำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติด ต่อมาได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า จากการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCTs) จำนวน 54 เรื่องในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคต่อมไร้ท่อ/โรคเบาหวานและจิตเวช เป็นต้น พบว่าการใช้เทคนิค MI สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ใน 23 การศึกษาช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นใน 19 การศึกษาและช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยเรื้อรังได้[6] ในประเทศไทยการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและช่วยลดค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจสามารถให้ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้[8, 9, 10]

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (Stage of charge) ของ Prochaska & DiClemente[11] โดยมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) ยังไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 เดือนข้างหน้า 2. ขั้นลังเลใจ/ชั่งใจ (Contemplation) รับรู้ปัญหาและคิดจะเปลี่ยนแปลงภายใน 6 เดือน 3. ขั้นเตรียมตัว (Preparation) ตั้งใจเปลี่ยนแปลงใน 30 วัน

ข้างหน้า และเริ่มทำมาบ้างแล้ว 4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เริ่มปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ยังไม่ถึง 6 เดือน 5. ขั้นดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance) ปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป และ 6. ขั้นสิ้นสุด (Termination) มั่นใจว่าจะไม่กลับไปทำพฤติกรรมเดิมอีก โดยนำมาประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจของ 1) การพัฒนาความร่วมมือ (Engaging) มีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ โดยใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ เพื่อทำความเข้าใจ สะท้อนประสบการณ์และมุมมองของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง ถือเป็นพื้นฐานของของกระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ 2) การตั้งเป้าหมาย (Focusing) เป็นการสนทนาเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยต้องเป็นข้อตกลงที่สามารถประเมินได้ 3) การกระตุ้นเร้าการเปลี่ยนแปลง (Evoking) เป็นกระบวนการสำรวจที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหาโดยการใช้เทคนิคการตั้งคำถามกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและสร้างแรงจูงใจในการแก้ปัญหา และ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planning) และแนวคิดการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ โดย Miller และ Rollnick พัฒนาเป็นกระบวนการสื่อสาร ร่วมกับประยุกต์ใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน[12] ดังนี้ 1) การพัฒนาความร่วมมือ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2) การตั้งเป้าหมาย เป็นการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือร่วมกัน 3) การกระตุ้นเร้าการเปลี่ยนแปลง การช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงปัญหา และ 4) การวางแผนแก้ไขปัญหา

**ขั้นดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ชี้แจงข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยให้ตอบแบบประเมินภาวะการณ์รู้คิดฉบับย่อ (ภาษาไทย) เมื่อคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในเอกสารยินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 5-10 นาที และเข้าสู่กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ ดังนี้

การค้นหาระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง

1. ประเมินระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตนเองและความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ เพื่อสนทนาด้วยคำถามปลายเปิด เช่น คิดอย่างไรกับโรคความดันโลหิตสูงที่ตนองเป็น หรือ คิดอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ลำดับขั้น มีความตั้งใจต่อการเปลี่ยนแปลง (Intention to Change) โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สอบถามถึงวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ทำอย่างไรความดันโลหิตจะลดลง ทำอย่างไรเส้นเลือดในสมองจะไม่แตก เป็นต้น ระยะเวลา 5-30 นาที แล้วแต่ระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงแต่ละบุคคล

2. ร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ และแบ่งปันวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา 30 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.3.1 กิจกรรมให้ความรู้ผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ฯ โดยใช้ โปรแกรมนำเสนอ (Power point) เป็นการทบทวนความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.3.2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างุแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวเดิม และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเอง

1.3.3 การพิจารณาปัญหาและร่วมวางแผนแก้ปัญหาที่พบในการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา ในผู้ป่วยแต่ละราย

1.4 นัดหมายการมาตรวจตามนัด 4 สัปดาห์ และให้ช่องทางการติดต่อทางโทรศัพท์แก่กลุ่มตัวอย่าง สามารถสอบถามหรือขอรับความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาก่อนมารับการตรวจตามนัด

สัปดาห์ที่ 4 ซักประวัติและสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวตลอด 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในเรื่องการลดเหล้าและบุหรี่ การรับประทานยาและการจัดการความเครียด ตามสภาพปัญหารายบุคคล ระยะเวลาคนละ 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ซักประวัติและวิธีการปฏิบัติตัวเปรียบเทียบ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โดยให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์เป็นรายบุคคลจากข้อมูลปัญหาที่ผ่านมา โดยใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด เน้นการใช้คำถามที่สร้างสรรค์ ไม่ตำหนิ กล่าวชมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ให้กำลังใจในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง สรุปความคิดร่วมกันเป็นรายบุคคล ระยะเวลา 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 12 ขั้นสรุปผล ให้ข้อมูลคืนกลับรายบุคคลเกี่ยวกับผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว ระยะเวลา 15 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังการวิจัย ระยะเวลา 10 นาที

หลังครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ทุก 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 16, 20 สัปดาห์ที่ 24 มารับการตรวจตามนัดตามปกติ และติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 28 และ 32 จำนวน สัปดาห์ที่ 36 มารับการตรวจตามนัดตามปกติ โดยติดตามค่าความดันโลหิต และค่า HbA1c ในระยะเวลา 6 เดือน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 40 และ 44 สัปดาห์ที่ 48 มารับการตรวจตามนัดตามปกติ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 52 และ 56 และนัดมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 62 หลังการทดลอง เมื่อครบ 12 เดือน เพื่อติดตามค่าความดันโลหิต และค่า HbA1c

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-60 ปี จำนวน 2,272 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิคโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงยืน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิคโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงยืน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก โดยเลือกผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุระหว่าง 35-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากกว่า6 เดือน

2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดและยาลดความดันโลหิต

3. ค่าคะแนน Thai CV risk score ระดับสูงหรือระดับสูงมาก

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5. สติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

6. ยินยอมเข้าร่วมการรักษา

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ได้รับการปรับเพิ่มขนาดยา หรือเพิ่มชนิดของยาเบาหวานหรือยาลดความดันโลหิต

2. ค่าคะแนน Thai CV risk score เปลี่ยนจากระดับสูงหรือระดับสูงมาก เป็นระดับสูงมากอันตราย

3. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

4. ไม่มารับการตรวจตามนัดเกิน 4 สัปดาห์

5. เปลี่ยนสถานบริการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1. กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick สร้างโดยผู้วิจัย ดัดแปลงมาจากหนังสือสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจรายเดียวในครั้งแรกเพื่อหาลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง จำนวน 1 ครั้ง รายกลุ่ม 3 ครั้ง รายบุคคล 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามทางโทรศัพท์ทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เมื่อครบ 6 เดือน และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 12 เดือน

2. สื่อการสอน ได้แก่ โปรแกรมนำเสนอ (Power point) เกี่ยวกับ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีสาเหตุมาจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม 3) การออกกำลังกาย 4) การใช้ยาอย่างถูกต้อง และ 5) การลด ละ เลิกบุหรี่ รวมทั้งหมดจำนวน 5 เรื่อง ตารางการฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต การบันทึก และการแปลผลความดันโลหิตและค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และสื่อประกอบการสอนให้นำกลับไปทบทวนที่บ้าน ได้แก่ เล่มคู่มือการวัดความดันโลหิตและการลงบันทึก การแปลผลความดันโลหิตและค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และ

3. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

3.1 แบบประเมินภาวะการณ์รู้คิดฉบับย่อ (ภาษาไทย) The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) สร้างโดยไฟฟ์เฟอร์ในปี 1975 แปลเป็นภาษาไทยโดย ประคอง อินทรสมบัติ [13] ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความจำการรับรู้วันเวลา สถานที่ การจดจำตัวเลข การตัดสินใจ การคิดคำนวณ ตอบถูกให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน แปลว่าเป็นผู้ที่มีความรู้คิดปกติ

3.2 โปรแกรมประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV Risk Score) ที่พัฒนาขึ้นโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติสุขภาพ

4.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย คำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้ คือ 12-60 คะแนน

5. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานความเที่ยงตรงและความปลอดภัยประจำปี โรงพยาบาลเชียงยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level CVI: I-CVI) เท่ากับ .80 - 1.00 และมีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ (Scale-Level CVI: S-CVI) เท่ากับ .90 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CVD Risk score และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและค่าเฉลี่ย HbA1c ใช้สถิติทดสอบ Friedman Test

**จริยธรรมการวิจัย**

โดยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลเชียงยืน เลขที่ใบรับรอง CY 39/2566 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2566

## ผลการศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.1) อายุเฉลี่ย 57 ปี (SD = 2.70, min-max=50-60) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 65.1) ประกอบอาชีพเกตรกรรม (ร้อยละ 67.4) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 51.2) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 55.8) และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 55.8)

**ข้อมูลสุขภาพ**

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 43 คน (คิดเป็นร้อยละ 100) เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน (คิดเป็นร้อยละ 53.48) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน (คิดเป็นร้อยละ 51.16) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 39.53) และความดันโลหิตสูง ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 10 คน (คิดเป็นร้อยละ 43.48)

**โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score)**

คะแนน CVD risk ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าระดับคะแนน CVD risk น้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (z=4. 83, $p < 0.001$)

**พฤติกรรมสุขภาพ**

จากการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยจำแนกตามรายด้าน พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นจำนวน 6 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด (SD=.30, z=5.74, $p<.001$) รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย (SD = .73, z= 5.10, $p<.001$) ด้านการสูบบุหรี่แตกต่างต่ำที่สุด (SD=1.85, z=2.53, $p<.001$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการนอน และด้านการมาตรวจตามนัด โดยด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือด้านการนอน (SD=0.65, z=72, $p$=448) จากสถิติพบว่า ด้านที่มีคะแนนหลังการทดลองไม่แตกต่างใน 3 ด้าน มีค่าคะแนนก่อนการทดลองสูงกว่าด้านอื่นก่อนการทดลอง

**ค่าความดันโลหิต**

กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่าความดันซิสโตลิค (Systolic BP) มีค่าเฉลี่ย 135.72 มม.ปรอท (SD=16.15) หลังการทดลอง 6 เดือน Systolic BP มีค่าเฉลี่ย 136.47 มม.ปรอท (SD=17.62) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 12 เดือน พบว่า Systolic BP มีค่าเฉลี่ย 124.21 มม.ปรอท (SD=8.42) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, $x^2$=21.593, $df$ =2) ค่าความดันไดแอสโตลิค (Diastolic BP) ก่อนการทดลอง Diastolic BP 79.12 มม.ปรอท (SD=10.59) หลังการทดลอง 6 เดือน ค่าเฉลี่ย 77.49 มม.ปรอท หลังการทดลอง 12 เดือน ค่าเฉลี่ย 76.28 มม.ปรอท (SD=7.30) ค่าเฉลี่ย Diastolic BP มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตามระยะเวลา แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.465$)

**ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)**

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 6

เดือน และ 12 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2$=26.92, df=2, $p$<0.001) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องจากก่อนการทดลอง (8.80± 2.35%) หลังการทดลอง 6 เดือน (7.71±2.09%) และลดลงเหลือ (7.32 ± 1.19%) ที่ระยะเวลา 12 เดือน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนน CVD risk ค่าเฉลี่ย HbA1c ค่าเฉลี่ย Systolic BP ลดลง และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี[14] พบว่าหลังได้รับรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้ำตาลในเลือด (FBS) ความดันโลหิต ไขมันในเลือด (LDL-C) ดัชนีมวลกาย (BMI) และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ลดลง รวมทั้งอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่และอัตราตายลดลง จากการศึกษาของมนัสนันท์ คำคงและคณะ[15] การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ จากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และระดับไม่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และข้อมูลเชิงคุณภาพบ่งชี้ว่าบางรายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ขณะที่บางรายไม่ได้ดูแลตัวเอง หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ การสร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์สุขภาพสู่การเปลี่ยนแปลงการใช้ใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองและการจัดการให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนโดยองค์กรและครอบครัว หลังการทดลอง 6 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก ทุกรายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 47.06 และระดับความเสี่ยงลดลงร้อยละ 31.37 จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ[16] พบว่าผลของรูปแบบช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การนอน และการมาตรวจตามนัด หลังการทดลองมีค่าคะแนนไม่แตกต่าง จากค่าสถิติแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านสูงกว่าด้านอื่นก่อนการทดลอง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic BP) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lemma N. Bulto, และคณะ[17] ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic review with meta-analysis) ประสิทธิผลของการดูแลหรือการจัดการทางการพยาบาล เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต จากรายงาน 37 เรื่อง ผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 9,731 คน พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นอาจช่วยลดความดันโลหิตตัวบน (ค่าเฉลี่ยต่าง -4.66 มม.ปรอท) และความดันโลหิตตัวล่าง (ค่าเฉลี่ยต่าง -1.91 มม.ปรอท) ค่า Diastolic BP จะลดลงในช่วงแรก อย่างไรก็ตามไม่

มีการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวเมื่อเทียบกับการดูแลปกติ อาจเกิดจากอายุที่มากขึ้น ระยะเวลาการดำเนินของโรค และความเสื่อมของหลอดเลือด การพยาบาลที่จัดทำขึ้นยังส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการปรับเปลี่ยนอาหาร รวมถึงกิจกรรมทางกาย แต่ผลลัพธ์ต่อการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ยังมีความไม่สอดคล้องกัน

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรขยายการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไปศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่และมีความหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ตลอดจนความยั่งยืนของโปรแกรม

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม

3. หน่วยบริการสุขภาพควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน และส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือในเครือข่าย

**ข้อจำกัดของการวิจัย**

1. ข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest–Posttest Design) จึงยังมีข้อจำกัดในการยืนยันว่าผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากโปรแกรมเพียงปัจจัยเดียว บทเรียนที่ได้คือการศึกษาครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยง และข้อจำกัดในการดูแลตนเองแตกต่างกัน การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ ผู้วิจัยได้ปรับกระบวนการโดยใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและจัดการสุขภาพของตนเอง

**การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)**

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

**กิตติกรรมประกาศ**

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีได้ด้วยความความช่วยเหลือและคำแนะนำ จากท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน และความร่วมมือจากทีม สหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ขอขอบคุณผู้รับบริการคลินิกเรื้อรังรังโรงพยาบาลเชียงยืน ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณสามีที่ให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

สุดท้ายคุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณพ่อและคุณแม่ผู้เป็นที่เคารพรัก รวมถึงครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน หากงานวิจัยฉบับนี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับข้อเสนอแนะด้วยความขอบพระคุณ และจะนำไปใช้เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

**เอกสารอ้างอิง**


1. World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323
2. เริงฤดี ปธานวนิช. (บรรณาธิการ). (2568). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568.* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. คณะกรรมการยกรางแผนปฏิบัติการดานการปองกันและควบคุมโรคไมติดตอของประเทศไทย 5 ป (พ.ศ. 2566 - 2570). (2567*). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570).* สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟตแอนดดีไซด กรุงเทพมหานคร.
4. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2015). *Thai CV risk score.* มหาวิทยาลัยมหิดล. https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
5. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. Guilford Press.
6. Papus, M., Dima, A. L., Viprey, M., Schott, A.-M., Schneider, M. P., & Novais, T. (2022). Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling, 105(11), 3186–3203.
7. ปนัดดา ใจมา, และ พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 4*(3), e267206. tci-thaijo.org
8. กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร, ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย, และนฤมล จำปาบุญ. (2566). ผลของการใช้กระบวนการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11*(4), 359-371.
9. เทอดศักดิ์ เดชคง. (2563). ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซีสโตลิคและไดแอสโตลิคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16*(3), 59-68.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. (2565). แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
11. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102–1114.
12. นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, และภาสกร คุ้มศิริ. (2564). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารคลินิกจิตวิทยา, 52*(1), 62–74.
13. ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2*(3), 44-56.
14. ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย, และสุรัตน์ อนันทสุข. (2569). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 11*(1), 973-985.
15. มนัสนันท์ คำคง, ปนัดดา ชำนาญเพาะ, และ จริยา พงสุวรรณ. (2567). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 17*(2), 25-38.
16. ภัคจิรา นุ้ยเกตุ, และนงณภัทร รุ่งเนย. (2569). การพัฒนารูปแบบการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 32(2), 40-58.
17. Bulto, L.N., Roseleur J., Noonan, S, Pinero de Plaza, M.A., Champion, S.,Dafny, H.A., Pearson, V., Nesbitt, K.,Gebremichael, L.G., Beleigoli, A., Gulyani, A., Schultz, T., Hines, S., Clark, R.A., and Hendriks, J.M. (2024). Effectiveness of nurse-led interventions versus usual care on blood pressure management: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 23*(1), 21–35.