

The Effects of Self-Management Program among Uncontrolled Hypertensive Patients

*Saowalak Siengnan, M.N.S.**

*Parawee Manfak, M.N.S.**

*Sureerat Onsara, B.N.S.**

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the effects of a self-management program on health behaviors and blood pressure levels among patients with uncontrolled hypertension who were receiving healthcare services at a Subdistrict Health Promoting Hospital in Chai Nat Province, Thailand.

Methods: This quasi-experimental study was conducted using Kanfer and Gaelick-Buys' self-management conceptual framework to develop a comprehensive self-management program. The sample was selected using simple random sampling, and participants were assigned into an experimental group and a control group, with 28 participants in each group. The intervention group received an 8 week self-management program focusing on health behaviors and blood pressure control, while the control group received routine nursing care in accordance with the standard practice of Subdistrict Health Promoting Hospitals. Data were collected using a validated health behavior questionnaire for patients with uncontrolled hypertension (Cronbach's alpha = 0.86). Statistical analyses included descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests for mean comparisons.

Results: The intervention group demonstrated significantly higher mean health behavior scores compared to the control group post-intervention ($p < 0.01$). Both systolic and diastolic blood pressure levels showed significant improvements in the intervention group compared to the control group after the program implementation ($p < 0.01$).

Conclusion: The self-management program effectively improved health behaviors and blood pressure control among patients with uncontrolled hypertension. This intervention demonstrates potential for implementation in primary healthcare settings to enhance hypertension management outcomes.

Keywords: self-management program; health behaviors; uncontrolled hypertension

*Boromarajonani College of Nursing, Chainat

**Ban Rai Suan Lao of Tambon Health Promoting Hospital, Hankha District, Chainat Province

Received: September 23, 2025; Revised: April 21, 2026; Accepted: April 28, 2026

Corresponding author: Parawee Manfak

Boromarajonani College of Nursing, Chai Nat

E-mail: parawee@bcnchainat.ac.th

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

เสาวลักษณ์ เลียงนัน, พย.ม.*

ปารวีร์ มั่นพัก, พย.ม.*

สุรรัตน์ อ่อนสระ, พย.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิกบายส์ ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายและกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ค่าสัมประสิทธิ์การตอบาคออัลฟามีค่าเท่ากับ 0.86 และเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ไคสแควร์และทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังทดลอง มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุป: โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง; พฤติกรรมสุขภาพ; ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่สวนลาว อำเภोधันคา จังหวัดชัยนาท

ได้รับต้นฉบับ: 23 กันยายน 2568; แก้ไขบทความ: 21 เมษายน 2569; รับผิดชอบพิมพ์: 28 เมษายน 2569

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ปารวีร์ มั่นพัก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

อีเมล: parawee@bcnchainat.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ที่เรียกว่าเป็น “นักฆ่าเงียบ” (Silent Killer) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน แต่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2023 พบว่าสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 1.28 พันล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 54 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัย และร้อยละ 21 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีประชากรโลกเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงปีละ 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงไม่น้อยไปกว่าระดับโลกจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน แต่มีเพียงประมาณ ร้อยละ 50 เท่านั้นที่อยู่ในระบบการรักษา ส่วนอีก 7 ล้านคนที่เหลือยังไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาล่าสุดในประเทศไทยยังพบว่าอัตราการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายยังต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน⁽²⁾ จากฐานข้อมูลศูนย์ข้อมูลสุขภาพปี พ.ศ. 2566 จังหวัดชัยนาท พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 51,061 คน จากประชากร 236,676 คน คิดเป็นร้อยละ 21.57 กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 40 ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 87.54 และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย

อันดับ 1 ของจังหวัดชัยนาท⁽³⁻⁴⁾

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมาจากการพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะน้ำหนักเกิน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด⁽⁵⁾ หากไม่ได้รับการจัดการความเสี่ยง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรัง⁽⁶⁻⁷⁾ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ที่บ้าน จึงเป็นเป้าหมายสำคัญและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนพัฒนาสุขภาพชาติ 20 ปี คือ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย (Health promotion and Prevention Excellence) โดยมุ่งหวังให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁸⁾

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concept) ของแคนเฟอร์และเกลlick-บายส์ (1991) เป็นแนวคิด ที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีความเชื่อว่าไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวของบุคคลนั้นเอง⁽⁹⁾ กล่าวคือ บุคคลมีบทบาทหลักในการ

ดูแลจัดการและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งแนวความคิดการจัดการตนเองนี้ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพทำหน้าที่สร้างแรงจูงใจให้กับบุคคล เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยตนเอง แต่เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังเป็นปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุดใน การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่ผ่านมา เพราะเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน จนเกิดเป็นความเคยชินและกลายเป็นวิถีชีวิต ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะหรือกลวิธีในการจัดการตนเองให้เหมาะสม จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ สมาชิกในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁰⁾

ดังนั้น สำหรับจังหวัดชัยนาท ซึ่งมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงและมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แม้ว่าจะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแล้วก็ตาม ยังขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดใน

การศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่สวนลาว อ.หันคา จ.ชัยนาท เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของ รพ.สต.

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบวัดก่อนและหลัง โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (pretest and posttest design with a comparison group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยทำการศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 เดือน มีประวัติการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุด สูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁽⁵⁾ มารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต.บ้านไร่สวนลาว อ.หันคา จ.ชัยนาท กำหนดคุณสมบัติของประชากร คือ มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 เดือน ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา มีประวัติการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุด สูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยให้กลุ่มตัวอย่างนี้พักอย่างน้อย 20 นาทีก่อนทำการวัด ดำเนินการวัดความดันโลหิตจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 นาที และใช้ค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกจากการวัดทั้ง 2 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคไต ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.2 ด้วยการวิเคราะห์อำนาจ การทดสอบสำหรับการใช้สถิติ T-Test โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ .80 กำหนดระดับค่าความคลาดเคลื่อน .05 และค่าขนาดอิทธิพล .82⁽¹¹⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 ราย ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุม 28 ราย จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไม้ อำเภอมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ นพ.ภรณ์ จันทร์ศรี และคณะ⁽¹²⁾ จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 3) พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ 4) พฤติกรรมการรับประทานยาจำนวน 5 ข้อ 5) พฤติกรรมการพบแพทย์ตามนัด จำนวน 2 ข้อ และ 6) พฤติกรรมการควบคุม ปัจจัยเสี่ยง จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ คำตอบเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วันใน 1 สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น อย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติ กิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน และผู้ตอบ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลยใน 1 สัปดาห์ ให้ 0 คะแนน คิดเกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการ แบ่งอันตรายภาคขึ้น ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ และแปลผล ดังนี้ คือ คะแนน 0.00-1.00 หมายถึงระดับไม่ดี คะแนน 1.01-2.00 หมายถึง ระดับพอใช้ คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง ระดับดี และคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง ระดับดีมาก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม ของข้อความ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (เวชปฏิบัติครอบครัว) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ภายหลัง ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและตรวจสอบ หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมืออีกครั้ง โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่า CVI = 0.80 จากนั้น นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพฯ มาตรวจสอบ

ความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า ความเที่ยงได้ค่าเท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเอง สร้างขึ้น จากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และ แกลลิก-บายส์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม เป็นการให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อน การควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง กำกับตนเอง โดยมี 3 ขั้นตอน คือ การติดตาม ตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผล การปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบ ความ ถูกต้องในการกำกับ การจดบันทึกการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีการประเมินผล การปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบการ ปฏิบัติกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 คู่มือการจัดการตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ รูปแบบ อาหารแดช (DASH diet: Dietary Approaches

to Stop Hypertension) การออกกำลังกายแบบ มีทางเลือกให้ปฏิบัติ ได้แก่ การบริหารร่างกายด้วย ยางยืด สมาธิบำบัด การแกว่งแขนและการเดิน การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด และส่วนที่ 2 เป็นแบบ บ้านที่กพพฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะแบบเติม ข้อมูลและทำเครื่องหมายในตาราง ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

สำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดย ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึก ด้วยตนเอง

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะ ที่ได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกปี ปีละ 2 ครั้ง

วิธีการดำเนินงานวิจัย ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงสัปดาห์และกิจกรรมของโปรแกรมฯ

สัปดาห์	กิจกรรม
1 ครั้งที่ 1 2 ชั่วโมง	ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ณ รพ.สต. จำนวน 20 คน โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับ มอบหมายให้ดูแลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง วิธีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและการใช้คู่มือ โดย การสอน สาธิต ฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ จำนวน 1 วัน จนมีความมั่นใจว่าสามารถ ปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพได้
ครั้งที่ 2 2 ชั่วโมง	ครั้งที่ 2 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยผู้วิจัย บุคลากร สุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือ และยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย 2) ประเมินภาวะสุขภาพโดยการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เก็บรวบรวม ข้อมูลทั่วไปและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม โดยการวัดความดันโลหิต ปฏิบัติ ดังนี้ 1. ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักอย่างน้อย 20 นาทีก่อน ทำการวัด 2. ดำเนินการวัดความดันโลหิตจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 นาที 3. ใช้ค่าเฉลี่ย ของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกจากการวัดทั้ง 2 ครั้ง 3) ให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตนเอง และวิเคราะห์สาเหตุของ ปัญหา

ตาราง 1 แสดงสัปดาห์และกิจกรรมของโปรแกรมฯ (ต่อ)

สัปดาห์	กิจกรรม
	4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุม ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วย 4.1) การรับประทานอาหาร รูปแบบอาหารแดช (DASH diet: Dietary Approaches to Stop Hypertension) 4.2) การออกกำลังกาย สาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น การบริหารร่างกายด้วย ยางยืด สมาธิบำบัด การแกว่งแขนและการเดิน 4.3) การจัดการความเครียด สาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด ได้แก่ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ดูรายการทีวีที่ชอบ นอนหลับพักผ่อนและอ่านหนังสือที่ชอบ เป็นต้น 4.4) การรับประทานยา อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด 4.5) การมาพบแพทย์ตามนัด โดยอธิบายให้ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง 4.6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ 5) ร่วมกันวางแผนทางในการดูแลสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) มอบคู่มือการจัดการตนเองและอธิบายวิธีการจดบันทึกในคู่มือ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ฝึกบันทึกด้วยตนเอง
สัปดาห์ที่ 2-8 ครั้งละ 1 ชั่วโมง	ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง เยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย บุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สัปดาห์ที่ 2-4 เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง/สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 5-8 เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง/ 2 สัปดาห์ 1) ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยมีกิจกรรม วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก 2) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพในสัปดาห์ที่ผ่านมาจากการบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง และจากบันทึกการ จัดการตนเองในคู่มือ 3) ให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรม สุขภาพกับแนวทางในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ 4) กระตุ้นกลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ 5) ให้ความรู้ และคำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา 6) แนะนำการเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม 7) ช่วยเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ

ตาราง 1 แสดงสัปดาห์และกิจกรรมของโปรแกรมฯ (ต่อ)

สัปดาห์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 9	ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ 1) สรุปผลการจัดการตนเองตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) กล่าวชมเชยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพและมีผลการประเมินสุขภาพที่ดีขึ้น พร้อมให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 3) เสริมแรงและให้กำลังใจผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะปฏิบัติต่อเนื่อง เพื่อให้ประสบผลสำเร็จต่อไป 4) ประเมินภาวะสุขภาพหลังทดลองโดยการวัดความดันโลหิตโดย 1. ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักอย่างน้อย 20 นาทีก่อนทำการวัด 2. ดำเนินการวัดความดันโลหิตจำนวน 2 ครั้งห่างกัน 1-2 นาที 3. ใช้ค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกจากการวัดทั้ง 2 ครั้ง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. ข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเอง วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติที่ไม่อิสระ (Dependent t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่อิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท หนังสืออนุมัติเลขที่ BCNC-IRB 027/2566 วันที่รับรอง 28 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ และการรักษาความลับและการถอนตัวออกจาก

งานวิจัยได้ทุกเมื่อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.14 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.14 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.57 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.57 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 46.43 3,001-5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.49 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.86 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ 67.86 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ในช่วงมากกว่า 6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	4	14.29	6	21.49	0.726
	หญิง	24	85.71	22	78.57	
อายุ	ต่ำกว่า 60	3	10.71	4	14.28	0.921
	61-70	23	82.14	22	78.57	
	มากกว่า 70	2	7.14	2	7.14	
อาชีพ	รับจ้าง	5	17.85	3	10.71	0.346
	ค้าขาย	8	28.57	4	14.29	
	เกษตรกร	12	42.86	13	46.43	
	อาศัยบุตร	3	10.71	8	28.57	
สถานภาพสมรส	คู่	21	75.00	19	67.86	0.669
	โสด	3	10.71	5	17.86	
	หม้าย	3	10.71	2	7.14	
	หย่า/แยก	1	3.571	2	7.14	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	0	0	2	7.14	0.321
	ประถมศึกษา	19	67.86	16	57.14	
	มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส	6	21.43	4	14.29	
	ปริญญาตรีและสูงกว่า	3	10.71	6	21.43	
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	น้อยกว่า 3,000	12	42.86	9	32.14	0.662
	3,001-5,000	10	35.71	13	46.49	
	มากกว่า 5,000	6	21.43	6	21.43	
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	น้อยกว่า 2 ปี	2	7.15	4	14.29	0.362
	3-6 ปี	5	17.86	8	28.58	
	มากกว่า 6 ปี	21	75.00	16	57.14	

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=56$)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง ($n=28$)	2.31	.149	3.52	.065	18.52	<.01*
กลุ่มควบคุม ($n=28$)	2.15	.254	2.20	.219	3.276	>.01

2.2 ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตาราง 4)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังทดลอง ($n=56$)

กลุ่มตัวอย่าง	หลังการทดลอง		t	P value
	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	3.52	.065	6.274	<.01
กลุ่มควบคุม	2.20	.219		

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลจากการวิจัยพบว่า ความดันโลหิตเฉลี่ยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตาราง 5)

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังทดลอง (n=56)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	154.56	6.42	136.00	5.632	-7.405	<.01
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	87.00	7.65	78.42	6.354	-4.206	<.01

วิจารณ์

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ แสดงให้เห็นว่า แนวคิดการจัดการตนเองที่ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 เป็นระยะการจัดการตนเอง ที่มีกระบวนการจัดการตนเอง 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล การปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพากรณ์ จันทรศรี และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา สิทธิวัง ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทาดี⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .01$) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถอธิบายได้จากกิจกรรมภายในโปรแกรม ได้แก่ การติดตามตนเองผ่านการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตลงในสมุดบันทึก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อโรคของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนพากรณ์ จันทรศรี และคณะ⁽¹²⁾ และสุพัตรา สิทธิวัง และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่ากระบวนการติดตามตนเองจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการเยี่ยมบ้านยังเป็นกลไกสำคัญที่กระตุ้นกระบวนการประเมินตนเองและสร้างการเสริมแรงตนเอง โดยการที่ อสม. ร่วมตรวจสอบสมุดบันทึกและให้คำชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายถือเป็นแรงเสริมทางบวกที่ช่วยให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรม

สุขภาพที่เหมาะสมไว้ได้อย่างต่อเนื่องเมื่อพฤติกรรมสุขภาพปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม จึงส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา สิทธิวัจ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับพิมพิจ อุ่นบ้าน และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของเคนเฟอร์ และเกลลิคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 30 คน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับภิญญา อุบลสะอาด⁽⁷⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 30 คน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1) นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มี

ความเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2) พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก มีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่างอาจมีระดับความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมสูง ส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ได้ อาจสะท้อนเพียงผลในระยะสั้น ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลในระยะยาว ที่ระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและผลระยะยาวต่อระดับความดันโลหิต

2) รูปแบบอาหารแดช (DASH diet: Dietary Approaches to Stop Hypertension) ควรปรับให้เข้ากับวัตถุดิบท้องถิ่น สามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อทำต่อไปได้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Kario K, Okura A, Hoshida S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res* 2024;47(5):1099-102.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี NCDs 2565. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ; 2566.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานสถานสุขภาพประจำปีจังหวัดชัยนาท 2566. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2566.
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2562.
6. ขนาธิป สันติวงศ์. DASH diet: อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2565;16(1):101-10.
7. อภิญญา อุบลสะอาด. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลี้แล จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน* 2567;9(1):596-609.
8. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณณิษฐ์ ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, จงจิตร ตัญโพธิ์ประสิทธิ์. การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *รามาธิบดีพยาบาลสาร* 2565;28(2):159-69.
9. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. *Am Psychol* 1991;46(4):305-15.
10. พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นันทะนา, ฐิตารีย์ ธนสิริกาญจน์. การเสริมพลังอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2564;39(3):91-100.
11. ชินกรณ์ แดนกาสัย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, จันทร์จิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา, อรุณา แก้วเกิด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2565;17(3):179-92.
12. นพากรณ์ จันทร์ศรี, กนกพร นทีธสมบัติ, ทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ* 2563;6(2):58-68.

13. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร 2563;47(2):85-97.
14. พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, สุมิตรพร จอมจันทร์, ณิชา ทิพย์วรรณ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีอุตรดิตถ์ 2564;13(2):59-72.