ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Effects of a Self-Management Support Program on Health Behaviors and Clinical Outcomes in Hypertensive Patients to Delay Kidney Function Decline

สมทรง ศรีประสิทธิ์*

Somsong Sriprasit

Corresponding author: E-mail: Somsong8728@gmail.com

(Received: January 17, 2026; Revised: January 24, 2026; Accepted: February 24, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design)

วัสดุและวิธีการ : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของสถานบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 23.07 (SD. = 1.84) เป็น 25.27 (SD. = 1.27) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.20 คะแนน (95% CI: 1.624–2.775, $p < .001$) ขณะที่คะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 55.07 (SD. = 7.30) เป็น 60.27 (SD. = 5.33) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.20 คะแนน (95% CI: 3.166–7.234, $p < .001$) ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 66.23 เป็น 67.90 โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.67 (95% CI: 0.122–3.207, $p = .035$) และระดับความดันโลหิตลดลงทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก โดย SBP ลดลงจาก 142.63 mmHg เป็น 137.03 mmHg ลดลงเฉลี่ย 5.60 (95% CI: –7.186 ถึง –4.014, $p < .001$) และ DBP ลดลงจาก 89.67 mmHg เป็น 85.77 mmHg ลดลงเฉลี่ย 3.90 (95% CI: –5.717 ถึง –2.083, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าเฉลี่ย 25.27 เทียบกับ 23.00 (Mean diff = 2.27, 95% CI: 1.460–3.082, $p < .001$) และมีคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Mean diff = 7.14, 95% CI: 4.281–10.000, $p < .001$) นอกจากนี้ ค่าการกรองของไต ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean diff = 9.75, 95% CI: 4.787–14.713, $p = .0003$) และระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง SBP (Mean diff = –4.34) และ DBP (Mean diff = –13.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเหมาะสำหรับนำไปใช้จริงเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; ความดันโลหิตสูง; พฤติกรรมสุขภาพ; ผลลัพธ์ทางคลินิก; การชะลอการเสื่อมของไต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

Abstract

Purposes : This study aimed to compare the mean scores of knowledge, health behaviors, and clinical outcomes among patients with hypertension.

Study design : Quasi-experimental design.

Materials and Methods : A quasi-experimental design was employed involving 60 hypertensive patients who met the inclusion criteria. Participants were assigned to either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30). The program consisted of six sessions delivered over a 12-week period. The control group received routine standard care. Data were collected using validated questionnaires assessing knowledge of hypertension, as well as health behaviors; all instruments demonstrated satisfactory content validity as evaluated by experts, and had a reliability coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and paired t-test). Statistical significance was set at $p < .05$.

Main Findings : After the intervention, hypertensive patients in the experimental group showed significant improvements in knowledge, health behaviors, and clinical outcomes. The mean knowledge score increased from 23.07 (SD. = 1.84) to 25.27 (SD. = 1.27), an increase of 2.20 points (95% CI: 1.624–2.775, $p < .001$). The mean health behavior score rose from 55.07 (SD. = 7.30) to 60.27 (SD. = 5.33), an increase of 5.20 points (95% CI: 3.166–7.234, $p < .001$). For clinical outcomes, the estimated glomerular filtration rate (eGFR) increased from 66.23 to 67.90 mL/min/1.73m², with a mean difference of 1.67 (95% CI: 0.122–3.207, $p = .035$). Both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased: SBP declined from 142.63 mmHg to 137.03 mmHg (mean difference = –5.60, 95% CI: –7.186 to –4.014, $p < .001$), and DBP decreased from 89.67 mmHg to 85.77 mmHg (mean difference = –3.90, 95% CI: –5.717 to –2.083, $p < .001$). Comparisons between the experimental and control groups after the intervention further demonstrated that the experimental group had significantly higher knowledge scores (25.27 vs. 23.00; mean difference = 2.27, 95% CI: 1.460–3.082, $p < .001$) and better health behavior scores (mean difference = 7.14, 95% CI: 4.281–10.000, $p < .001$). In addition, the experimental group exhibited significantly higher eGFR values (mean difference = 9.75, 95% CI: 4.787–14.713, $p = .0003$) and significantly lower SBP (mean difference = –4.34) and DBP (mean difference = –13.10) than the control group ($p < .001$).

Conclusion and Recommendations : The study showed that a self-management support program effectively improved health behaviors in patients with hypertension and helped slow kidney deterioration. Therefore, it is recommended for real-world application to promote long-term health outcomes.

Keywords : Self-management; Hypertension; Health behaviors; Clinical outcomes; Renal function preservation

---

*Registered Nurse Professional Level, Bang Kahai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1.28 พันล้านคนทั่วโลก และมีเพียงประมาณร้อยละ 42 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่เหมาะสม[1] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10.4 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ[2] โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องนานเกิน 3 เดือน และในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเอง เป็นโรคจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ[3-4]

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ยังคงพบช่องว่างขององค์ความรู้ (Research gap) ที่สำคัญ อันเกิดจากความไม่สอดคล้องระหว่างแนวทางการรักษาตามมาตรฐานกับการนำไปปฏิบัติจริงในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กล่าวคือ ยังขาดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจน เป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง อีกทั้งรูปแบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการรักษา และควบคุมอาการทางคลินิกเป็นหลักมากกว่าการเสริมสร้างสมรรถนะและทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยยังขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การติดตามอาการด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่บูรณาการทั้งมิติด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเฉพาะต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนา และทดสอบรูปแบบการดูแลที่เน้นการเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับความดันโลหิต และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในระยะยาว

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบสองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group Pretest–Posttest Design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา อาศัยในพื้นที่วิจัยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีคุณสมบัติอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35–65 ปี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสูตรทางสถิติสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ได้จำนวนอย่างน้อย 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ส่งผลให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 30 คน โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) (1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิต ≥140/90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง จากผลตรวจตามปกติ (Routine OPD follow-up) ภายในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนเริ่มเข้าร่วมโปรแกรม (2) มีค่าการทำงานของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) อยู่ในระยะที่ 2 และ 3a (ค่า eGFR อยู่ระหว่าง 45–89 ml/min/1.73m²) จากผลตรวจในระบบบริการภายใน 12 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (3) มีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน (นับถึงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2568) (4) เพศชายหรือเพศหญิง อายุระหว่าง 35–65 ปี (5) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ในระดับที่เข้าใจเนื้อหาในแบบสอบถาม และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง (6) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และ (7) มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) (1) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (2) มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารอันเนื่องมาจากภาวะทางการได้ยิน การพูด หรือความเข้าใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อความครบถ้วนและความถูกต้องของการประเมิน และ (3) ไม่ยินยอมเข้าร่วม หรือขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การติดตามผล และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่อิงจากองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งให้ความสำคัญกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค รวมถึงแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[6] และแนวคิดการป้องกันการเสื่อมของไตที่มุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินของโรคไต เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง[7] ผู้วิจัยได้นำแนวคิด และทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง และชะลอการเสื่อมของไตอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของไตในระยะยาว

อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางของ วันวิสาข์ สนใจ[8] และกรรณิการ์ ชายพรม[9] ซึ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามทางโทรศัพท์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การอบรมแบบเข้มข้นจำนวน 2 วัน และการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลและสนับสนุนการนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ โครงสร้างหลักของโปรแกรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ และมุ่งเน้นการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอบเขตการวิจัย ได้แก่ ด้านข้อมูลทั่วไป ด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายรับ/รายจ่ายต่อเดือนของครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเก็บข้อมูลด้านความรู้ จำนวน 30 ข้อ และส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรม (การบริโภคอาหาร การรับประทานยาการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่) จำนวน 25 ข้อ รวมจำนวน 55 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอบเขตการวิจัย ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับตามวิธี Likert scale โดยแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และรายรับ/รายจ่ายต่อเดือนของครอบครัว แบบสอบถามด้านความรู้ และด้านพฤติกรรมค่าความดันโลหิต และค่าการทำงานของไต (eGFR)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้รับการปรับปรุงตามข้อคิดเห็นเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมทดลองและแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้/รายจ่าย ระยะเวลาการเจ็บป่วย เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย (BMI) ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของการใช้สถิติพารามิเตอร์ ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk และการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วย Levene’s test ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ และความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงสามารถใช้สถิติพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ได้ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิตทั้งค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิก รวมถึงค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Independent t-test ทั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่รับรอง 063/2568 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 60.53 ปี (SD. = 3.29) และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 57.27 ปี (SD. = 7.75) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส กลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 63.3 อาชีพหลักส่วนใหญ่ คือการทำไร่/ทำนา/ทำสวน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 43.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7 รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 – 14,999 บาท (ร้อยละ 30.0) และในกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงเดียวกัน (ร้อยละ 36.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท (ร้อยละ 53.3) และในกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 10,000 – 14,999 บาท (ร้อยละ 40.0) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.5 ปี (SD. = 7.3) โดยมีค่าต่ำสุด 1 ปี และค่าสูงสุด 29 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.5 ปี (SD. = 7.5) โดยมีค่าต่ำสุด 1 ปี และค่าสูงสุด 30 ปี สำหรับ เส้นรอบเอว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 91.1 ซม. (SD. = 10.0) โดยมีค่าต่ำสุด 67.0 ซม. และค่าสูงสุด 103.0 ซม. ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 90.9 ซม. (SD. = 9.8) โดยมี ค่าต่ำสุด 67.0 ซม. และค่าสูงสุด 100.0 ซม. และ ดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 27.21 (SD. = 3.76) โดยมีค่าต่ำสุด 23.0 และค่าสูงสุด 35.87 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 27.38 (SD. = 3.92) โดยมีค่าต่ำสุด 23.0 และค่าสูงสุด 35.87

2. หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 23.07 คะแนน (SD. = 1.84) เป็น 25.27 คะแนน (SD. = 1.27) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.20 คะแนน (95% CI: 1.624–2.775) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้ ในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างเด่นชัดหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว ในขณะที่ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 55.07 คะแนน (SD. = 7.30) เป็น 60.27 คะแนน (SD. = 5.33) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.20 คะแนน (95% CI: 3.166–7.234; $p < .001$) สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 66.23 ml/min/1.73m² (SD. = 10.06) เป็น 67.90 ml/min/1.73m² (SD. = 10.26) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.67 (95% CI: 0.122–3.207; $p = .035$) ส่วนระดับความดันโลหิตพบว่า มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าความดันซิสโตลิกลดลง จาก 142.63 mmHg (SD. = 2.61) เป็น 137.03 mmHg (SD. = 4.54) ลดลงเฉลี่ย 5.60 mmHg (95% CI:–7.186 ถึง –4.014; $p < .001$) และค่าความดันไดแอสโตลิกลดลงจาก 89.67 mmHg (SD. = 3.69) เป็น 85.77 mmHg (SD. = 4.10) ลดลงเฉลี่ย 3.90 mmHg (95% CI: –5.717 ถึง –2.083; $p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ค่าการกรองของไต และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=30)	หลังทดลอง (n=30)	Mean Diff.	95% CI		p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		Lower	Upper	
ด้านความรู้	23.07(1.84)	25.27(1.27)	2.200	1.624	2.775	<.001
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	55.07(7.30)	60.27(5.33)	5.200	3.166	7.234	<.001
ค่าการกรองของไต (ml/min/1.73m²)	66.23(10.06)	67.90(10.26)	1.670	.122	3.207	.035
ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)						
- ซิสโตลิก (SBP)	142.63(89.67)	137.03(85.77)	-5.600	-7.186	-4.014	<.001
- ไดแอสโตลิก (DBP)	2.61(3.69)	4.54(4.10)	-3.900	-5.717	-2.083	<.001

3. ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 25.27 คะแนน (SD. = 1.27) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 23.00 คะแนน (SD. = 1.82) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ 2.27 (95% CI: 1.460–3.082; $p < .001$) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 60.27 คะแนน (SD. = 5.33) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 53.13 คะแนน (SD. = 5.73) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ 7.14 (95% CI: 4.281–10.000; $p < .001$) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าการกรองของไต (eGFR) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 67.90 ml/min/1.73m² (SD. = 10.26) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 58.15 ml/min/1.73m² (SD. = 8.87) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ 9.75 (95% CI: 4.787–14.713; $p = .0003$) แสดงว่าผลการทำงานของไตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับระดับความดันโลหิตพบว่า กลุ่มทดลองมีค่า ความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 137.03 mmHg (SD. = 4.54) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ 141.37 mmHg (SD. = 2.83) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ –4.34 (95% CI: – 6.307 ถึง –2.373; $p < .001$) และมีค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 85.77 mmHg (SD. = 4.10) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่า 98.87 mmHg (SD. = 1.87) โดยมีค่า Mean diff เท่ากับ –13.10 (95% CI: –14.780 ถึง –11.420; $p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ค่าการกรองของไต และ ระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Mean diff.	95% CI		p
				Lower	Upper	
	Mean(SD.)	Mean(SD.)				
ด้านความรู้	25.27(1.27)	23.00(1.82)	2.27	1.460	3.082	<.001
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	60.27(5.33)	53.13(5.73)	7.14	4.281	10.000	<.001
ค่าการกรองของไต						
(ml/min/1.73m²)	67.90(10.26)	58.15(8.87)	9.75	4.787	14.713	.0003
ระดับความดันโลหิต						
ซิสโตลิก (SBP)	137.03(85.77)	141.37(98.87)	-4.34	-6.307	-2.373	<.001
ไดแอสโตลิก (DBP)	4.54(4.10)	2.83(1.87)	-13.10	-14.780	-11.420	<.001

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะไห ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันโลหิตลดลง และค่า eGFR มีแนวโน้มดีขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองและการชะลอการเสื่อมของไต การอภิปรายผลสามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ความรู้ที่เพิ่มขึ้นครอบคลุมด้านการควบคุมอาหารลดเค็ม การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง การจัดการความเครียด และการติดตามการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] ซึ่งระบุว่าการให้ความรู้ร่วมกับการพัฒนาทักษะ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองในโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาทิตยา ชูศรี[10] อุษณี อุปะกา[11] และสำราญ พูลทอง และคณะ[12] ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มระดับความรู้ และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และการทำงานของไต การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Learning) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติจริง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพกับทีมสุขภาพ กระบวนการดังกล่าวมีส่วนช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง

การทดลอง และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พฤติกรรมสุขภาพที่มีการปรับปรุง ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผล ในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงบทบาทของกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ตามแนวคิดการจัดการตนเอง และแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเอื้อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพของตนเอง และสามารถติดตามความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักขณา ลี้ประเสริฐ และสุทธิณี สิทธิหล่อ[13] นกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล[14] รวมถึงกัลปนา เพชรอินทร์ และนฤมล เสนีย์[15] ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่า eGFR มีแนวโน้มดีขึ้น แม้ว่าบางตัวแปรอาจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมีผลเชิงบวกต่อการควบคุมความดันโลหิตและการชะลอการเสื่อมของไตซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันการเสื่อมของไต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมล นาคะ[16] รภัสสา รักเกื้อ[17] และวิภารัตน์ ไชยสลี[18] ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดระดับความดันโลหิตและชะลอการลดลงของ eGFR ได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR อาจต้องใช้ระยะเวลาการติดตามที่ยาวนานขึ้นจึงจะเห็นผลชัดเจน

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจน โดยบูรณาการแนวคิดทางทฤษฎีเข้ากับบริบทของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และใช้ตัวชี้วัดทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ระยะเวลาการติดตามผลที่จำกัด และการใช้แบบประเมินจากการรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีความเอนเอียงในการตอบ รวมถึงการดำเนินการศึกษาในพื้นที่เดียว อาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไต และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญ คือ การพัฒนาโปรแกรมโดยมีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีรองรับอย่างชัดเจน โดยบูรณาการแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman[5] มาใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรม ทำให้โปรแกรมมีโครงสร้างเป็นระบบและสามารถอธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังประเมินผลลัพธ์อย่างครอบคลุมทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิตและค่า eGFR ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่มีความหมายทางคลินิก อีกทั้งมีการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พร้อมการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา และสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด และดำเนินการศึกษาในพื้นที่เดียวจึงอาจจำกัดความสามารถในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้น อาจยังไม่เพียงพอที่จะสะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องอาศัย

การประเมินต่อเนื่องในระยะยาว อีกทั้งการเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นการรายงานด้วยตนเอง อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากอคติในการตอบหรือการประเมินตนเองเกินจริงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ที่ชัดเจน พร้อมสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมมีประสิทธิผล และเกิดความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะด้านแนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวมากกว่า 3 เดือน เพื่อประเมินผลต่อการดำเนินของโรคและปรับแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายระยะเวลาการติดตามผล เป็น 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ของโปรแกรม รวมถึงควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับรูปแบบการสนับสนุนอื่น เช่น โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน หรือการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนสุขภาพ นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวานหรือโรคหัวใจเพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการประยุกต์ใช้โปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ปี 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566.
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. โรคไตเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ทางการแพทย์; 2565.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
5. Lorig K R, Holman H R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
6. Becker M H. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):324–508.
7. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
8. วันวิสาข์ สนใจ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ ระยะที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
9. กรรณิการ์ ชายพรม. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเสลภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;4(3):156–65.
10. อทิตยา ชูศรี. การให้ความรู้ร่วมติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต. 2563;36(1):90–101.
11. อุษณี อุปะกา. แผนดูแลรายบุคคลร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;5(2):59–70.
12. สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หลักเขต. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และผลลัพธ์ทางคลินิกใน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2566;7(1):91–104.

13. ลักขณา ลี้ประเสริฐ, สุทธิณี สิทธิหล่อ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. Journal of the Phrae Hospital. 2559;24(1–2):49–60.
14. นกพร นทีธนสมบัติ, ทวีศักดิ์ กสิผล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารการพยาบาลสุขภาพชุมชน. 2561;3:5–10.
15. กัลปนา เพชรอินทร์, นฤมล เสนีย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. Science, Technology, and Social Sciences Procedia. 2566;3:NCCR01.
16. พรพิมล นาคะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารสุขศึกษาและพัฒนาสุขภาพ. 2567;2(2):155–66.
17. รภัสสา รักเกื้อ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):535–42.
18. วิภารัตน์ ไชยสลี. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบกลุ่มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมโรคไต. วารสารสุขภาพชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพ. 2566;10(3):115–26.