

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน

อิสราภรณ์ รัตนโกมลทินท์

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000

(อีเมลของผู้ประพันธ์บรรณกิจ: isaraporn872@gmail.com)

Received: 5 June 2026, Revised: 24 June 2026, Accepted: 10 August 2026, Published: 21 September 2026

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต วิจัยกึ่งทดลองเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง วัดอุปสรรคเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนน พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในศูนย์แพทย์ชุมชนเขตเมือง จำนวน 39 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งเน้นการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และเครื่องมือวัดความดันโลหิตที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยให้ ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นในบริบทชุมชนบุลำดอนเหนือ -ได้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพระดับชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย; น้ำหนัก; โปรแกรมการจัดการตนเอง; ระดับความดันโลหิต; โรคเรื้อรัง; รอบเอว; ศูนย์แพทย์ชุมชน

THE Effects of Self Management Program on Health Behaviors and Blood Pressure Among Uncontrolled Hypertensive Patients

Isaraporn Ratanapokapan

Health Education Department, Buriram Hospital, Mueang, Buriram 31000, Thailand

(Corresponding author's e-mail: isaraporn872@gmail.com)

Abstract

Hypertension is a major global public health problem and a leading cause of complications. Uncontrolled hypertension can lead to life-threatening conditions. This quasi-experimental study utilized a one-group pretest-posttest design. The objective was to compare health behavior scores and blood pressure levels among patients with uncontrolled hypertension. The sample consisted of 39 patients with uncontrolled hypertension in an urban community medical center, selected through purposive sampling. This quasi-experimental study was conducted among 39 patients with uncontrolled hypertension receiving care at an urban community medical center. Participants were selected using purposive sampling. The research instruments included a self-management program focusing on health education, goal setting, self-monitoring, self-evaluation, and self-reinforcement; a health behavior questionnaire; and a validated blood pressure measurement device. The intervention was implemented over a period of 12 weeks. These instruments had been examined by three experts. The Cronbach Alpha coefficient was 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation, and inferential statistics using the paired sample t-test. The results revealed that after participating in the program, patients demonstrated a statistically significant higher mean score in health behaviors ($p < 0.05$) and a statistically significant lower mean diastolic blood pressure ($p < 0.05$) compared to pre-intervention levels. These findings indicate that the self-management program is effective in enhancing self-care abilities and improving blood pressure control among patients within the Bu Lamduan Nuea-Tai community context. This study supports the application of self-management programs in community-level healthcare services to improve hypertension control efficiency and serves as a vital guideline for developing chronic disease care systems.

Keywords: Body Mass Index; Weight; Self- management Program; Blood Pressure; Chronic Disease; Waist Circumference; Community Medical Center

บทนำ

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้เป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 1.56 พันล้านคนทั่วโลก สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคนในปี พ.ศ. 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย จาก 5,186 คน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 8,525 คน ในปี พ.ศ. 2560 ปี พ.ศ. 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน และอัตราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ของจังหวัดบุรีรัมย์ จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2566 - 2568) ร้อยละ 8.69 ร้อยละ 8.90 และ ร้อยละ 10.52 ตามลำดับ อัตราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ของอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2566 - 2568) ร้อยละ 11.37 ร้อยละ 9.26 และ ร้อยละ 11.75 ตามลำดับ และอัตราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดีของจังหวัดบุรีรัมย์ 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2566 - 2568) ร้อยละ 56.68 ร้อยละ 65.93 และ ร้อยละ 64.81 ตามลำดับ อัตราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดีของอำเภอเมืองบุรีรัมย์ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2566 - 2568) ร้อยละ 45.16 ร้อยละ 55.99 และ ร้อยละ 57.58 ตามลำดับ (ข้อมูลในHDC: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2569) โรคความดันโลหิตสูงถือเป็น “ฆาตรกรเงียบ” เนื่องจากไม่มีอาการแสดง จนทำให้หลายคนต้องเสียชีวิต จากโรคนี้ และในบางครั้งผู้ป่วยมักไปตรวจพบที่โรงพยาบาลจากการมารักษาโรคอื่นๆ ซึ่งหากมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลานานแล้วไม่ได้รับการรักษา จะแสดงอาการปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน

หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ หากมีภาวะความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง อาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2567) แนะนำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยควรควบคุมให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่มาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง (จารุณี ปลายยอด และ ชีวรัตน์ ต่ายเกิด, 2565) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมีความสำคัญควบคู่กับการรักษาด้วยยา

แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) เป็นแนวคิดที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตนได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น โรคความดันโลหิตสูง (HT) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ เขตอำเภอเมือง ซึ่งมีสถิติอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สภาพสังคมเมืองส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ พึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จ/อาหารแปรรูปที่มีปริมาณโซเดียมสูง ขาดกิจกรรมทางกาย เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและพื้นที่ รวมถึงเผชิญความเครียดจากการทำงานและมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ค่อนข้างห่างเหิน ต่างจากบริบทสังคมชนบท ปัญหาพฤติกรรมเฉพาะถิ่นเหล่านี้ ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตทวีกฤตและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา แม้แนวคิด ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management Theory) จะถูกนำมาใช้พัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างแพร่หลาย แต่จากการทบทวน

วรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่มักเน้นการให้ความรู้แบบทางเดียว (Didactic Education) ในคลินิกวิชาการฝึกทักษะการแก้ปัญหาจริงในชีวิตประจำวัน เป็นรูปแบบมาตรฐานเดียว (One-size-fits-all) และติดตามผลระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน ที่สำคัญยังขาดการพัฒนาแบบการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับข้อจำกัดและวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วยในบริบทเขตอำเภอเมืองด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนา “โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง” ขึ้น โดยมุ่งเน้นการประยุกต์ทักษะการจัดการตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินตนเอง การตัดสินใจแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมาย การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และการใช้ทรัพยากรสนับสนุน ร่วมกับการปรับกิจกรรมให้ยืดหยุ่นเข้ากับวิถีชีวิตคนเมือง เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้
- 3) เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

สมมุติฐานการวิจัย

- 1) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 2) ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

นิยามศัพท์

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้ และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ ในเกณฑ์เป้าหมายซึ่งกระบวนการจัดการตนเอง มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparation Phase) ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการ และอาการแสดง การรักษา การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม ซึ่งประกอบด้วย ชนิดของอาหาร
- (2) พฤติกรรมออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติในเรื่อง การออกกำลังกายที่กระตุ้นให้หัวใจมีการทำงานมากขึ้น เช่น เดินแอโรบิก วิ่ง เดินเร็ว ปั่นจักรยาน และการออกกำลังกายแบบสะสม (Anaerobic Exercise) ด้วยการทำงานบ้าน เป็นต้น
- (3) พฤติกรรมจัดการความเครียด หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องแก้ไขหรือการลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน
- (4) พฤติกรรมรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
- (5) พฤติกรรมมาพบแพทย์ตามนัด หมายถึง การปฏิบัติในเรื่องมาพบแพทย์ตามนัด

ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง (Self Management) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 10 คือ ระยะที่ผู้ป่วยควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเริ่มจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของตัวเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ปัญหาและ

อุปสรรคที่พบมาสะท้อนคิด เพื่อกำหนดเป้าหมาย และวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายได้ด้วยตนเองโดยมีกระบวนการในระยการจัดการตนเองดังนี้

(1) การติดตามตนเอง (Self Monitoring) หมายถึง การสังเกต ติดตามและการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตัวเองทั้งที่เป็นไปตามเป้าหมายและไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ รวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึกปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของตัวเอง

(2) การประเมินตนเอง (Self Evaluation) หมายถึง การประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม สุขภาพของตัวเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเอง

(3) การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) หมายถึง การให้รางวัลตนเองเป็นการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองเมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Follow and Evaluate) การประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองโดยผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา สัปดาห์ที่ 12 คือการตรวจสอบ ความถูกต้องในการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ได้ปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองกับเกณฑ์เป้าหมายที่วางแผนไว้ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำและสม่ำเสมอส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ซึ่งการปฏิบัติประกอบด้วยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมมารับประทานยา และพฤติกรรมมารักษาพยาบาลตามนัด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ให้มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self Management) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self Management) ของแคนเฟอร์ และเกล็ค-บายส์ มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรม ของบุคคลหนึ่งถูกกระตุ้นจากความชอบหรือความสนใจของบุคคลนั้น บุคคลแรงจูงในการปฏิบัติของพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะว่ามีการบังคับควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรคหรือเป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย

1) ช่วยให้ผู้ป่วยบริการมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านความคิด การจัดการกับอารมณ์ และ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

3) เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กลวิธีการจัดการด้วยตนเองประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self Monitoring)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self Evaluation)

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง

(Self Reinforcement)

โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เมื่อดำเนินการทั้ง 3 ระยะจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น ทั้งพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมมารับประทานยา และพฤติกรรมมารักษาพยาบาลตามนัด ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น ความดันโลหิตลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การจัดการตนเอง และการติดตามประเมินผล โปรแกรมมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถติดตาม ประเมิน และเสริมแรงตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร (Population)

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการใน

โรงพยาบาลในศูนย์ส่งเสริมชุมชนเขตเมืองบุรีรัมย์ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงเวลา 1 มกราคม 2567 - 31 ธันวาคม 2568 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 87 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กำหนดตามเกณฑ์คุณสมบัติ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีค่าความดันซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่มารับบริการในศูนย์ส่งเสริมชุมชนเขตเมือง

บุรีรัมย์ อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มารับการตรวจรักษาใน
ปี พ.ศ. 2567 - 2568

งานวิจัยนี้ใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณ
ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการทดสอบสมมติฐานเรื่องการ
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 กลุ่ม โดย
ใช้เทคนิคการวิเคราะห์กำลัง (Power Analysis) กำหนดให้
ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 กำลังการทดสอบ (Power)
เท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องคือ $d = 0.5$ (ขนาดปานกลาง) และจากงานวิจัย
ที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการ
ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ชนิษฐา สาริพล และ
ปัทมา สุริต, 2558) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา
(Effect Size) คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ค่าเท่ากับ 0.50 และ
อัตราส่วนการจัดสรรกลุ่มเท่ากับ 1

เมื่อป้อนค่าดังกล่าวเข้าไปในโปรแกรม G*Power
ผลการคำนวณพบว่าต้องการขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น $N = 34$
คน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมด 40 คน
กำหนด เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน

กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion
Criteria) คือ

1.1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น
โรคความดันโลหิตสูง โดยความดันโลหิตที่ได้จากการวัดความ
ดันโลหิตด้วยเครื่องมือในสถานพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ
140/90 มิลลิเมตรปรอท

1.2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

1.3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

1.4) มีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหา
เรื่องการได้ยิน

1.5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

2.1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถเข้าร่วม
โครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

2.2) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
เช่น โรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวาย
 เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสอบถาม
ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1.1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 8
ข้อ

1.2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม
สุขภาพ (พฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย
พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการ
รับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การควบคุมปัจจัย
เสี่ยง) ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ดัดแปลงจาก
แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูงของชนิษฐา สาริพล และ ปัทมา สุริต (2558)
ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 27 ข้อ

(1) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating
Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ (ทำทุกวัน) 5 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 วัน/สัปดาห์) 4 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 - 4 วัน/สัปดาห์) 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง (1 - 2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน

(2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ

พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

พฤติกรรมการมาพบแพทย์ ตามนัด จำนวน 2 ข้อ

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 2 ข้อ

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงโดยรวม

ใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลตามหลักการแบ่ง
อัตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด ÷ จำนวน
ระดับขั้นที่แบ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนน 4 ระดับและ
แปลผลดังนี้

1) การแปลผลคะแนนโดยรวม

คะแนน 0.00 - 1.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 1.01 - 2.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 2.01 - 3.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.01 - 4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

2) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรายด้าน

ได้แก่ ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย ด้านพฤติกรรมจัดการความเครียด ด้านพฤติกรรมมารับประทานยา ด้านพฤติกรรมมารับประทานยาตามนัด และด้านพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง

คะแนน 0.00 - 1.00 หมายถึง พฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 1.01 - 2.00 หมายถึง พฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 2.01 - 3.00 หมายถึง พฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.01 - 4.00 หมายถึง พฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์ และแกลิค-บายส์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1.1) ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมีรายละเอียดดังนี้

(1) สร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

(2) ประเมินภาวะสุขภาพครั้งที่ 1 วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และคำนวณค่า BMI

(3) เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม

ความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อเตรียมความพร้อมในการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

(4) ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและค้นหาปัญหา และอุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมา

(5) ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่องโรคและการจัดการกับ พฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

(6) ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยพร้อมสาธิตวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด

(7) สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและร่วมหาแนวทางในการปฏิบัติวางแผนพฤติกรรมสุขภาพ มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พร้อมอธิบายวิธีการจดบันทึกและให้ผู้ผู้ป่วยฝึกบันทึกด้วยตนเอง

(8) ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและวางแผนแนวทางในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ บันทึกลงในคู่มือ

(9) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเพื่อตระหนักถึงเหตุผลของปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และหาวิธีการเสริมแรงให้แก่ตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งในระยะนี้ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

1.2) ระยะที่ 2 การจัดการตนเองเอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลจำนวน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 10

(1) ประเมินการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา

(2) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมายที่วางไว้

(3) ค้นหาปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบผลสำเร็จ

(4) ผู้วิจัยให้ความรู้ และคำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบผลสำเร็จ และกระตุ้นผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิด

ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

(5) ผู้ป่วยหาวิธีการเสริมแรงให้แก่ตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งในระยะนี้ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

1.3) ระยะที่ 3 การประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองโดยผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันสรุปผลการจัดการตนเองตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา สัปดาห์ที่ 12

(1) วัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักประเมินสุขภาพครั้งที่ 2

(2) ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพและผลการประเมินสุขภาพที่ดีขึ้น และให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมให้เกิดแรงบันดาลใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนประสบผลสำเร็จ

2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ โดยมีเนื้อหาแบ่ง เป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะแบบเติมข้อความประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะที่ได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี ปีละ 1 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม สุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่

เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่สร้างขึ้น ไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (เวชปฏิบัติ ครอบครัว) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับแก้ไขปรับปรุงและ ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI = 0.80

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพฯ ดังกล่าวมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีคุณสมบัติเดียวกันจำนวน 40 คน และนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า ความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.714

2) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะ ที่ได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกปี ปีละ 2 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ หนังสืออนุมัติเลขที่ บร.0033.102.1/6 เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2569 กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองหลังจากรับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และได้รับเรื่องโอกาสการถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อ และจะยังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ กรณีต้องการทราบผลการทดลองผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยภาพรวม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

- 1) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) สถิติอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ Paired Sample t-test ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป
- 2) พฤติกรรมสุขภาพ
- 3) การเปรียบเทียบน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 3 เดือน
- 4) การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเอง

เพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 3 เดือน

1) ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 41.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 48.7 ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน และค้าขาย ร้อยละ 25.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.9 มีรายได้ในครอบครัวน้อยกว่า 15,000 ต่อเดือน ร้อยละ 69.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 89.7 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.3

ผลการศึกษา พบว่าก่อนเริ่มโครงการผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 150 - 159 เซนติเมตร ร้อยละ 87.2 มีน้ำหนัก 60 - 64 กิโลกรัม ร้อยละ 25.6 มีดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 (25.0 - 29.9) ร้อยละ 48.8 ดัชนีมวลกายปกติ (18.5 - 22.9) ร้อยละ 17.9 รอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 66.7

หลังติดตาม 3 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 60 - 64 กิโลกรัม ร้อยละ 20.5 มีดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 (25.0 - 29.9) ร้อยละ 43.6 ดัชนีมวลกายปกติ (18.5 - 22.9) ร้อยละ 20.5 รอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 61.5 ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ ปกติ (18.5 - 22.9) ร้อยละ 20.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของน้ำหนัก ดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ข้อมูลเฉพาะ	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก				
≤ 49	1	2.56	1	2.56
50 - 54	4	10.26	4	10.26
55 - 59	4	10.26	7	17.95
60 - 64	10	25.64	8	20.52
65 - 69	6	15.39	6	15.39
70 - 74	6	15.39	5	12.82
75 - 79	2	5.12	3	7.69

ข้อมูลเฉพาะ	ก่อนโครงการ		หลังโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
80 - 84	3	7.69	1	2.56
85 - 89	0	0.00	1	2.56
≥ 90	3	7.69	3	7.69
รวม	39	100.00	39	100.00
รอบเอว				
≤ 64	0	0.00	0	0.00
65 - 69	1	2.56	1	2.56
70 - 74	2	5.12	1	2.56
75 - 79	1	2.56	3	7.69
80 - 84	6	15.40	2	5.12
85 - 89	3	7.69	8	20.53
≥ 90	26	66.67	24	61.54
รวม	39	100.00	39	100.00
BMI				
ผอม (≤ 18.5)	0	0.00	0	0.00
ปกติ (18.5 - 22.9)	7	17.95	8	20.51
ท้วม (23.0 - 24.9)	2	5.12	3	7.69
อ้วนระดับ1 (25 - 29.9)	19	48.72	17	43.59
อ้วนระดับ2 (≥ 30.0)	11	28.21	11	28.21
รวม	39	100.00	39	100.00

2) พฤติกรรมสุขภาพ

เป็นการอธิบายคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน					
	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
การรับประทานอาหาร	3.69	1.04	ดี	3.69	1.03	ดี
การออกกำลังกาย	3.47	1.20	ดี	3.76	1.14	ดี
การจัดการความเครียด	4.21	1.02	ดีมาก	4.33	0.99	ดีมาก
การรับประทานยา	4.69	0.85	ดีมาก	4.73	0.75	ดีมาก

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน					
	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
การมาพบแพทย์ตามนัด	4.34	1.09	ดีมาก	4.61	1.01	ดีมาก
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	4.76	0.74	ดีมาก	4.86	0.52	ดีมาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.76 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 รองลงมา คือ การรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ย 4.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85 และการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09 ตามลำดับ

ภายหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.86 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 รองลงมา คือ การรับประทานยามีคะแนนเฉลี่ย 4.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 และการมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต

พฤติกรรมสุขภาพ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน			
	$\bar{X}$	S.D	ค่า t	p - value
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.19	0.52	-2.811	0.038*
หลังได้รับโปรแกรม	4.33	0.50		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

รายการ	$\bar{X}$	SD	t	p
น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
ก่อน	66.58	11.46	-0.902	0.373
หลัง	66.96	11.00	12.64	-
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)				
ก่อน	27.89	4.42	-0.800	0.429
หลัง	28.02	4.87	-	-
รอบเอว (เซนติเมตร)				

รายการ	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อน	91.28	11.15	-4.61	0.648
หลัง	91.66	10.080	-	-

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยของน้ำหนักตัวก่อนเข้าโปรแกรม เท่ากับ 66.58 กิโลกรัม และหลังเข้าโปรแกรม เท่ากับ 66.96 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 27.89 กิโลกรัม/ตารางเมตร และหลังเข้าโปรแกรม เท่ากับ 28.02 กิโลกรัม/ตารางเมตร ค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนเข้าโปรแกรม เท่ากับ 91.28 เซนติเมตร และหลังเข้าโปรแกรม เท่ากับ 91.66 เซนติเมตร เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเอง

เพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนและก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ไม่แตกต่างกัน

4) เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ค่าความดันโลหิต (mmHg)	กลุ่มทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	p - value
ความดันโลหิตซิสโตลิก				
ก่อน	134.00	16.17	1.001	
หลัง	131.33	11.29		0.323
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก				
ก่อน	75.51	9.77	2.374	0.023*
หลัง	72.10	8.50		

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก 134.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.17 ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม 131.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.29 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความดันซิสโตลิก หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนไม่แตกต่างกัน

ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก 75.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.77 ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม 72.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ หวานคำ และคณะ (2558) ขนิษฐา สาริพล (2557) และ อรุณโรจน์ สิมมา (2558) ที่รายงานว่า การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา ตั้งเป้าหมาย วางแผน และติดตามการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทั้งการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ความดันโลหิตของหลอดเลือดลดลงและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเฉลี่ยแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ จันทรเพ็ญ หวานคำ และคณะ (2558) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสิริญา ธารสถาน (2557) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยลดระดับความดันโลหิตและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว

และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองสามารถช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
- 2) บุคลากรสาธารณสุขควรติดตามและให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย
- 3) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิต
- 2) ควรเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมหรือศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่สนับสนุนการพัฒนางานวิจัยในบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมและปฏิบัติตามโปรแกรมของโครงการวิจัยอย่างดียิ่ง เพื่อเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Generative AI) ในงานเขียนเชิงวิชาการ

ส่วนหนึ่งของบทความนี้ผู้เขียนได้ใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Generative AI) คือ Google Gemini ในการตรวจสอบความถูกต้องการวิเคราะห์ การใช้ภาษาและการจัดรูปแบบ โดยการใช้เครื่องมือดังกล่าวอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและการตัดสินใจของผู้เขียนอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ผู้เขียนยังคงมีความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ต่อแนวคิด ข้อมูลเชิงประจักษ์ และข้อสรุปทั้งหมดที่ปรากฏในบทความนี้ และมีได้ระบุให้เครื่องมือดังกล่าวเป็นผู้เขียนหรือผู้เขียนร่วมแต่อย่างใด

คำชี้แจงบทบาทผู้เขียน (CRediT Author Statement)

อิสราภรณ์ รัตนโกภณัท: การออกแบบการวิจัย; การเก็บรวบรวมข้อมูล; การเขียนร่างต้นฉบับ; การกำหนดแนวคิดและออกแบบการวิจัย; การวิเคราะห์และตีความข้อมูล; การทบทวนและแก้ไขต้นฉบับ; การกำกับดูแลงานวิจัยโดยรวม

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

ชนิษฐา สารีพล และ ปัทมา สุริต. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(3), 110-116.

ชนิษฐา สารีพล. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารจิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ และ ศิริพร ชัมภลิจิต. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *Nursing Journal CMU*, 42(1), 49-60.

จารุณี ปลายยอด และ ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. (2565). ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี. *Singburi Hospital Journal*, 30(3), 64-75.

วิชัย เทียนถาวร. (2556). *ระบบการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การ การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ทริค อิงค์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2569). *Health Data Center*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-reportdetail/b57439ff27302ade8c38d1dd189644a4>

สิริญา ธารสถาน. (2557). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารจิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรุณโรจน์ สิมมา. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอท่าตูม
จังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบัณฑิต).
มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). *Self-
management methods*. USA: American
Psychology Association.

Bonwell, C. C., & Eison, J. A. (1991). *Active learning:
Creating excitement in the classroom* (ASHE-ERIC
Higher Education Report). Washington DC: George
Washington University.