

รายงานการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค

สมหมาย บำรุงศรี ส.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค จังหวัดสมุทรสงคราม

E-mail : kratoy11@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบใช้การรักษาตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนา และการรักษาตามปกติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired sample t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนา ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 3) การให้บริการรักษาพยาบาล และ 4) ติดตาม ให้กำลังใจ และประเมินผล ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มากกว่าการรักษาตามปกติ มีดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างลดลง ดีกว่าการรักษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ยกเว้นดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนา กับการรักษาตามปกติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนา ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 95.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.0

จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีประสิทธิผลที่ดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค และที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้, โรคความดันโลหิตสูง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรประมาณ 1.28 พันล้านคนที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี ทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2023) ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่า มีจำนวนเกือบถึง พันล้านคน (World Health Organization, 2013) ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน (ร้อยละ 25.4) เท่ากับว่า 1 ใน 4 ของคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.8) ไม่ทราบว่าตนเองป่วย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากข้อมูล การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ปี 2568 พบว่า มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.5 (ชาย ร้อยละ 30.2 และหญิง ร้อยละ 28.8) สูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ 6 ปี 2563 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 25.4 (ชายร้อยละ 26.7 และ หญิงร้อยละ 24.2) (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) ทำให้ประเทศต้องแบกรับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (ทัศนยา บุญทอง, 2567)

ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็น โรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงมาตามเกณฑ์ปฏิบัติได้ (สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย, 2562) ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย ไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อแม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการ เกิดโรคนี้อีกขึ้น (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์, 2563) การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ได้ส่งผล กระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตและศักยภาพของมนุษย์ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกัน และควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ทั้งนี้ การรับประทานอาหารที่มีเกลือมากเกินไป และการรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียม ซึ่งมีอยู่ในผักผลไม้ไม่น้อย เกินไป มีส่วนที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถึง ร้อยละ 50 การขาดกิจกรรมทางกายสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20 และคนอ้วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 การดื่มเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ทั้งนี้ หากเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลาแล้วไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม ตามัวหรือตาบอด โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจโตและหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิด ความพิการและเสียชีวิตได้ (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีค่าความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ควบคุมได้ด้วยการใช้ยา ลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี และสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะสามารถหยุดยาได้ตามแพทย์เห็นสมควร การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำได้โดยการลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกาย ไม่ควรเกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลีกเลี่ยงอาหาร รสเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง ประชาชนทั่วไปจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ป่วยไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายสะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3-5 วัน (กองโรค

ไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2565 – 2567 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9,063 คน 9,599 คน และ 9,949 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัมพวา, 2568) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางแค อำเภออัมพวา ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการรักษาพยาบาล จำนวน 694 คน 708 คน และ 726 คน ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2567 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 52.5 เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 0.3 ไต ร้อยละ 10.9 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.5 ทั้งนี้ รพ.สต.บางแค มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.5 ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค, 2568) ในการให้บริการรักษาพยาบาล ทาง รพ.สต.บางแค มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ในการให้บริการรักษาพยาบาลนั้น ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามนัดหมาย พิจารณาระดับความดันโลหิต พูดคุย ชักถามถึงการปฏิบัติตัวและปัญหาในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัว แล้วให้ผู้ป่วยรับยาไปรับประทาน ซึ่งจะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาพูดคุย ชักถามปัญหา ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่มีการติดตามการปรับเปลี่ยนหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บางแค ผู้ทำการรักษาและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ รพ.สต.บางแค จึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของ รพ.สต.บางแค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มมากขึ้น ลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาโปรแกรม/ระบบตามแนวทางของ ดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hariharan, 2006) 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 2 คือ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และ ขั้นตอนที่ 3 คือ การศึกษาประสิทธิภาพผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อพิจารณานำโปรแกรมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

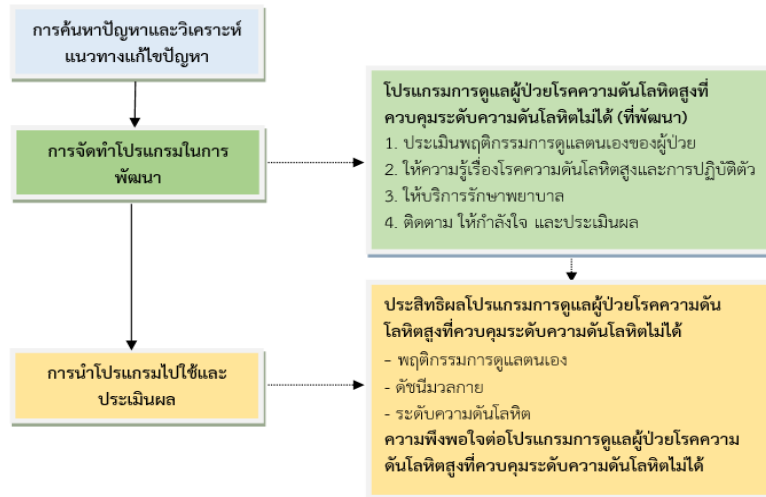
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รพ.สต.บางแค
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

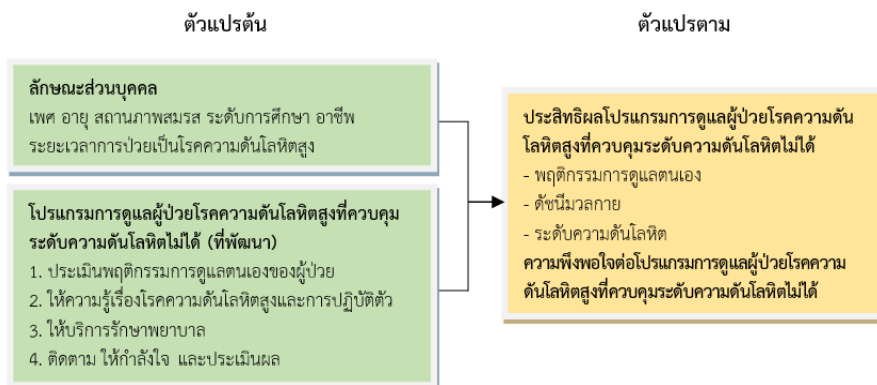
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาโปรแกรมตามแนวทางของ ดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hariharan, 2006) 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 2 คือ การจัดทำระบบในการพัฒนา และขั้นตอนที่ 3 คือ การนำไปใช้และประเมินผล ซึ่งโปรแกรมได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมกับโรคที่เป็น โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมความดันโลหิตสูง รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด และมีการติดตาม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น

และประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินการตามโปรแกรม ในงานวิจัยนี้ ได้กำหนดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ 1.ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 3.การให้บริการรักษาพยาบาล 4.ติดตามให้กำลังใจ และประเมินผล โดยการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต ตลอดจนศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รพ.สต.บางแค



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดขั้นตอนการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รพ.สต.บางแค



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รพ.สต.บางแค

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาโปรแกรมตามแนวทางของ ดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hariharan, 2006) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญห โดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางแค ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์

การคัดเข้า (Inclusive criteria) คือ 1) เป็นบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.บางแค 2) มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาล และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์คัดออก (Exclusive criteria) คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหาลงมือได้ตลอดเวลา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถาม ในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษา ที่ รพ.สต.บางแค การดำเนินการในการดูแลรักษาพยาบาลที่ผ่านมา และแนวทางในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มากำหนดโปรแกรมและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งได้ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพในการดำเนินการชุดเดียวกับการวางแผนใน ระยะที่ 1 และนำโปรแกรมดังกล่าวให้พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พิจารณา ทั้งในด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของโปรแกรม วิธีการ และขั้นตอนในการดำเนินการตามโปรแกรม

ระยะที่ 3 การนำไปใช้ และประเมินผล โดยการศึกษาประสิทธิภาพผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง (Two groups pretest-posttest design) มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รพ.สต.บางแค ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 345 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รพ.สต.บางแค ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีขนาดตัวอย่าง และเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป GPower version 3.1.9.4 ซึ่งได้ กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ระดับ significance 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.5 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 34 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 6 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่ม ตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ รวม 2 กลุ่ม ๆ ละ 40 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 80 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ เกณฑ์ การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารักษาที่ รพ.สต.บาง แคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) 2) ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป จาก 2 ครั้ง ที่มารับการรักษาแล้ว) และ 3) เป็นผู้ที่มิโทรศัพท์ หรือมีเครือข่าย อสม.ในการติดตามดูแลผู้ป่วย ยินดีร่วมมือ ในการรักษา และได้ร่วมการศึกษารอบ 3 เดือน มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เกิดโรคแทรกซ้อน รุนแรงจากการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระหว่างการศึกษา และ 2) ไม่ยินดียินยอมในการรักษา หรือไม่ได้ อยู่ร่วมการศึกษารอบ 3 เดือน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการจับคู่ (Matching) ตามเพศ อายุ (น้อยกว่า 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) และระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (น้อยกว่า 5 ปี 5 – 10 ปี และมากกว่า 10 ปี) ที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่ม เปรียบเทียบ 40 คน ตามความสมัครใจของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (โปรแกรมที่พัฒนา) และการรักษาตามปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของ ทศณีย์ บุระเพ็ญ (2566) ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด และให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 6 ข้อ (ใช้ถามก่อนการได้รับโปรแกรม ฯ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นประจำ และทุกวันหรือทุกครั้ง (ใช้ถามก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ

แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ ให้เลือกตอบว่า เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคยเลย

ข้อความเชิงนิมิตด้านบวก

ทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน	3 คะแนน
เป็นประจำ ให้คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง ให้คะแนน	1 คะแนน
ไม่เคยเลย ให้คะแนน	0 คะแนน

ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ

ไม่เคยเลย ให้คะแนน	3 คะแนน
บางครั้ง ให้คะแนน	2 คะแนน
เป็นประจำ ให้คะแนน	1 คะแนน
ทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน	0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ มีข้อคำถามให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจ มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน (ใช้ถามหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง)

แบ่งคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็น 3 ระดับ โดยการอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ ระดับต่ำ คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 21 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนรวมร้อยละ 60 – 79 (22 – 28 คะแนน) และระดับมาก คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (29 – 36 คะแนน)

2.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วยระดับความดันโลหิต ส่วนสูง และน้ำหนัก ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ฯ ครบ 3 เดือน จากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้มีความเห็นให้ปรับแต่งคำถามบางข้อให้มีความเหมาะสม และได้พิจารณาใช้ข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ที่อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลบางแค แต่ไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แล้วนำมาวิเคราะห์

ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (ความสอดคล้องกันของผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเอง = 0.71 แบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง = 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่พัฒนาหรือการรักษาตามปกติ โดยผู้วิจัย พร้อมกับทำการตรวจสอบความครบถ้วนจากการตอบแบบสอบถาม

2. เก็บข้อมูลสุขภาพตามแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพในเรื่องระดับความดันโลหิต ส่วนสูง และน้ำหนัก ก่อนการดำเนินการ และหลังการดำเนินการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่พัฒนาหรือการรักษาตามปกติ 3 เดือน จากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย

โดยเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ ในเดือนพฤษภาคม 2568 และเก็บข้อมูลภายหลังการดำเนินการครบ 3 เดือน ในเดือนสิงหาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

Independent t-test และ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามพิจารณา และได้ผ่านการรับรอง ตามหนังสือ เลขที่ COE No. 5/2568 ลงวันที่ 10 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1.การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รพ.สต.บางแค ซึ่งได้จากการนำปัญหาและวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค มาเป็นข้อมูลในการดำเนินการจัดทำโปรแกรม ประกอบด้วย การดำเนินการ ในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ (ใช้สำหรับกลุ่มทดลอง)

ครั้งที่ 1 (เดือนแรก)

1. การประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.1 ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย ความเครียดและการจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการควบคุมระดับความดันโลหิต (ดูข้อมูลระดับความดันโลหิต) ด้วยการสนทนา

1.2 สรุปสาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หาแนวทางและร่วมวางแผนการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ควรปรับปรุงแก้ไข

1.3 ตกลงถึงกิจกรรมการดูแลตนเอง และกำหนดเป้าหมายของการดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่

2. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล ตามจำนวนผู้ป่วยหรือญาติที่มีในขณะนั้น โดยจะเน้นในประเด็นการปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้องเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้ป่วย และญาติ (ถ้ามีญาติมาด้วย) พร้อมใช้สื่อประกอบในการให้ความรู้ และให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และเน้นให้ญาติคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ โดยเน้นให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง การจัดการความเครียด การลดปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค

3. ให้การรักษาพยาบาล ตามลักษณะโรคและอาการผู้ป่วย พร้อมมุ่งเน้น ย้ำเตือนประเด็น การปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้อง ให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง สม่าเสมอ

4. ติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วย 15 วัน หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ก็โทรศัพท์หรือส่งข้อความ ทางระบบ Line application สอบถามถึงการปฏิบัติตัว และให้คำแนะนำพร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัว ให้ถูกต้อง กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ก็จะประสาน อสม.ในพื้นที่ทำการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)

1. ประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ยังไม่ได้ทำหรือยังทำไม่ถูกต้อง โดยพูดคุยซักถามเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยและญาติถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เคย ได้ให้คำแนะนำ ว่าปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด ยังมีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ ผู้ป่วยยังไม่รู้ ไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2. ให้การรักษาพยาบาล ตามลักษณะโรคและอาการผู้ป่วย

3. ติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วย 15 วันหลังจากผู้ป่วยมาพบในครั้งที่ 2 โทรศัพท์ หรือส่งข้อความ ทางระบบ Line application สอบถามถึงการปฏิบัติตัว โดยจะเน้นในส่วนที่ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการมา ครั้งแรก พร้อมเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ก็จะประสาน อสม.ในพื้นที่ทำการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3)

1. ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง พร้อมกับพิจารณาผล การควบคุมระดับความ ดันโลหิตทั้ง 3 เดือน ว่าดีขึ้นหรือไม่ คือ ถ้ามีความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure : SBP) น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure : DBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตร ปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้งที่มีการรักษาล่าสุด ถือว่าควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ถ้ามีความดันโลหิตตัวบน มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป (จาก 2 ครั้งที่มีการรักษาล่าสุด) ถือว่าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้พิจารณาทบทวน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองว่ามีปัญหาตรงส่วนไหนหรือพิจารณาเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาสาเหตุ และนำ ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่

2. ให้การรักษาพยาบาล ตามลักษณะโรคและอาการผู้ป่วย ซึ่งอาจพิจารณาปรึกษาแพทย์โรงพยาบาล เครือข่าย (โรงพยาบาลอัมพวา) ปรับเพิ่มยาตามความเหมาะสม ถ้าระดับความดันโลหิตไม่ลดลง หรือถ้ามีระดับ ความดันโลหิตมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท ให้พิจารณาส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอัมพวา

กรณีผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หรือมีแนวโน้มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะให้ กำลังใจ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มารับการรักษาตามนัด และเฝ้าระวังการควบคุม ระดับความดันโลหิตต่อไป

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ให้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แบบปกติ ด้วยการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้คำแนะนำและสอบถามถึงการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

2. การศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

2.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อย ละ 67.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.0 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 52.5 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/ แยก และโสด ร้อยละ 37.5 และ 10.0 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 87.5

ในเรื่องอาชีพ พบว่า มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.5 รองลงมา มีอาชีพเกษตรกรกรรรม ช่วยเหลืองานในครอบครัว และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.5, 22.5 และ 7.5 ตามลำดับ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน 5 - 10 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีการป่วยมากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 37.5 และ 22.5 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหย่า/หย่า/แยก และโสด ร้อยละ 32.5 และ 17.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 72.5 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.5 รองลงมา มีอาชีพช่วยเหลืองานในครอบครัว เกษตรกรรรม และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.5, 22.5 และ 7.5 ตามลำดับ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน 5 - 10 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีการป่วยน้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.0 และ 27.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100)	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100)
เพศ				
ชาย	13	32.5	17	42.5
หญิง	27	67.5	23	57.5
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	8	20.0	15	37.5
60 ปีขึ้นไป	32	80.0	25	62.5
สถานภาพสมรส				
โสด	4	10.0	7	17.5
คู่	21	52.5	20	50.0
หม้าย/หย่า/แยก	15	37.5	13	32.5
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ	35	87.5	29	72.5
มัธยมศึกษาตอนต้น/สูงกว่า	5	12.5	11	27.5
อาชีพ				
รับจ้าง	17	42.5	17	42.5
เกษตรกรกรรรม	11	27.5	9	22.5
ช่วยเหลืองานในครอบครัว	9	22.5	11	27.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	7.5	3	7.5
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
น้อยกว่า 5 ปี	9	22.5	14	35.0
5 - 10 ปี	16	40.0	15	37.5
มากกว่า 10 ปี	15	37.5	11	27.5

2.2 ประสิทธิภาพโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งให้บริการตามปกติ และก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมดังกล่าว พบผลการศึกษา ดังนี้

2.2.1 เปรียบเทียบประสิทธิผลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต ก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม รายด้านในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรคดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลอง ก่อนกับหลังการทดลอง ($n = 40$)

ประสิทธิผลโปรแกรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (คะแนน)	47.7	4.2	56.5	4.0	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร (คะแนน)	13.5	2.4	15.3	2.1	<0.001
ด้านการรับประทานยา (คะแนน)	10.2	1.0	11.8	0.8	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย (คะแนน)	2.5	1.9	3.4	1.8	<0.001
ด้านการจัดการกับความเครียด (คะแนน)	7.2	1.1	8.4	1.3	<0.001
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (คะแนน)	9.0	2.1	10.5	1.9	<0.001
ด้านการเฝ้าระวังโรค (คะแนน)	5.1	1.2	6.7	1.3	<0.001
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม / ตารางเมตร)	25.6	4.1	24.3	3.8	<0.001
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	154.7	10.4	130.2	12.7	<0.001
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	83.1	12.7	72.6	9.7	<0.001

หมายเหตุ p-value จาก Paired sample t-test

2.2.2 เปรียบเทียบประสิทธิผลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง (ให้บริการตามโปรแกรมใหม่) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (ให้การรักษาทตามปกติ) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แต่มีดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.529$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 40$)

ประสิทธิผลโปรแกรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (คะแนน)	56.5	4.0	48.6	5.1	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร (คะแนน)	15.3	2.1	13.8	1.3	<0.001
ด้านการรับประทานยา (คะแนน)	11.8	0.8	10.6	1.8	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย (คะแนน)	3.4	1.8	2.2	0.4	<0.001
ด้านการจัดการกับความเครียด (คะแนน)	8.4	1.3	7.1	1.7	<0.001
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (คะแนน)	10.5	1.9	9.6	2.0	<0.001
ด้านการเฝ้าระวังโรค (คะแนน)	6.7	1.3	5.2	1.7	<0.001

ประสิทธิผลโปรแกรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม / ตารางเมตร)	24.3	3.8	24.8	4.1	0.529
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	130.2	10.8	150.9	8.9	<0.001
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	72.6	9.7	84.4	10.2	<0.001

หมายเหตุ p-value จาก Independent t-test

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 95.0 รองลงมา มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.0 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ความพึงพอใจ	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100.0)
ปานกลาง (22 – 28 คะแนน)	2	5.0
มาก (29 – 36 คะแนน)	38	95.0
$\bar{X}$ = 34.6 S.D. = 2.2 Min = 27 Max = 36		

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำแนกรายประเด็น พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีความพึงพอใจมาก มากกว่าร้อยละ 90.0 ในหลายประเด็น ยกเว้นในเรื่องวิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการกระตุ้น / ติดตามให้มาตรวจตามนัด วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 87.5, 82.5, 82.5, 82.5, 80.0 และ 77.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง จำแนกรายประเด็น

กิจกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้	40 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
การให้บริการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	39 (97.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	39 (97.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
ความรู้ ความสามารถของผู้จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	38 (95.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้รับ	37 (92.5)	3 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
การพูดคุยติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	37	3	0	0

กิจกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
	(92.5)	(7.5)	(0.0)	(0.0)
วิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	35	5	0	0
	(87.5)	(12.5)	(0.0)	(0.0)
การได้รับการกระตุ้น / ติดตามให้มาตรวจตามนัด	33	7	0	0
	(82.5)	(17.5)	(0.0)	(0.0)
วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	33	7	0	0
	(82.5)	(17.5)	(0.0)	(0.0)
การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	33	7	0	0
	(82.5)	(17.5)	(0.0)	(0.0)
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	32	8	0	0
	(80.0)	(20.0)	(0.0)	(0.0)
การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ	31	9	0	0
	(77.5)	(22.5)	(0.0)	(0.0)

อภิปรายผล

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่พัฒนานี้ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยได้จัดให้มีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทำให้รู้ถึง ปัญหาของผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง แล้วให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติ ตัวในส่วนที่ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มีการ สอบถามหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง และให้คำแนะนำในส่วนขาดหรือส่วนที่ยังไม่รู้ หรือยังปฏิบัติไม่ ถูกต้อง เป็นการแสดงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจ ก็ซักถามได้ (Beckie, 1989) ทำให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด นอกจากนี้ ยังมีการติดตาม ให้กำลังใจ และ ประเมินผลในการปฏิบัติว่าได้ผลอย่างไร เพื่อนำสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีพฤติกรรมที่ ถูกต้อง นอกจากนี้ การให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพลังกายที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการ ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตามของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือยังไม่ปฏิบัติ ก็จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดการปฏิบัติ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Rice, 2010) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งเป้าหมายของการ ดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีค่าความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตร ปรอท ถือว่าควบคุมความดันโลหิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ต่างจากการ รักษาตามปกติที่เคยปฏิบัติ คือ ให้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ด้วยการให้ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้คำแนะนำและสอบถามถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคความดัน โลหิตสูง ซึ่งพบในทางปฏิบัติว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2. ประสิทธิภาพโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่พัฒนา นี้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การ ออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค) ดีขึ้น มีดัชนีมวลกาย ความดัน โลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ลดลง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม และรายด้านทุกด้านดังกล่าว ดีกว่าการรักษาแบบปกติ ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงมากกว่าการรักษาแบบปกติ ยกเว้น มีดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ โปรแกรมนี้ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้ถูกต้อง

เพราะโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยต้องรู้ข้อเท็จจริงและเข้าใจผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง เหมาะสมกับการเจ็บป่วย อีกทั้งเป็นการสร้างความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ และเสริมพลังให้กับผู้ป่วย (World Health Assembly, 2016) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่พัฒนานี้ มีประสิทธิผลที่ดี และเกิดผลดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สร้อยเสน (2568) พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยการส่งเสริมความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตค่าบน และค่าล่างลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อภิญา อุบลสะอาด (2567) พบว่า โปรแกรมที่ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น มีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม วิสิทธิ์ ปิ่นประชาพันธ์ (2564) ; คมสัน ไชยวรรณ (2563) พบว่า ระบบ / รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมที่ความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย การให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ยา ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และมีการติดตามทาง Line Application โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำการเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งโดยรวมและแต่ละด้าน และมีระดับความดันโลหิตลดลง (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood Pressure) และดีกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบเดิม ทั้งในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และแต่ละด้านทุกด้านดังกล่าว และระดับความดันโลหิต แต่ในส่วนของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แม้ว่าจะมีพฤติกรรมดูแลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ในเรื่องดัชนีมวลกายเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 24.3$) กับกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 24.8$) ก็พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย ซึ่งการลดน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายลดลง อาจต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มากกว่านี้ โดยอาจต้องมีการติดตามในเรื่องนี้ต่อไป

3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในระดับมาก ถึงร้อยละ 95.0 เพราะโปรแกรมได้จัดให้มีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ ติดตาม ให้กำลังใจ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม แสดงถึงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ ให้การดูแลรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำและสอบถามถึง การปฏิบัติตัว แต่ไม่มีกิจกรรมที่เป็นระบบ และไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจ และประเมินผล ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนานี้ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวิสิทธิ์ ปิ่นประชาพันธ์ (2564) ; คมสัน ไชยวรรณ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนา ระบบ / รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 97.5 และ 97.5

จุดเด่น คือ

1. โปรแกรมมุ่งเน้นการค้นหาปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยของแต่ละบุคคล และทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในส่วนที่เป็นปัญหา ซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด
2. มีการติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงความใส่ใจต่อการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

ข้อควรระวัง ในช่วงเดือนแรกหลังจากที่ผู้ป่วยใช้ระบบการดูแลตนเองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องให้ความใส่ใจ และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนใจไม่มีพฤติกรรมดังเดิมได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย รพ.สต.บางแค ควรกำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ให้พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่พัฒนา
2. จัดให้มีการประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกราย พร้อมสรุปสาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หาแนวทางและร่วมวางแผนการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ตลอดจนตกลงถึงกิจกรรมการดูแลตนเอง และกำหนดเป้าหมายของการดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่
3. ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม ไม่ควรเป็นกลุ่มใหญ่ และให้เน้นในเรื่องที่เป็นปัญหา พร้อมให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และต้องมีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
4. ให้คำแนะนำ ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ตรงกับปัญหาที่มีของผู้ป่วย ด้วยคำแนะนำที่เป็นไปได้เหมาะสม พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. ในช่วงเดือนแรกของผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ / อสม. / ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ติดตามดูแลผู้ป่วย ต้องให้ความสำคัญ ใส่ใจ และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
6. ในกรณีที่ดำเนินการตามระบบที่พัฒนาแล้ว ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตยังไม่ดีขึ้น พยาบาล / เจ้าหน้าที่ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยจะต้องพูดคุยหาสาเหตุหรือทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ และให้การดูแลเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). กรมควบคุมโรค ผนวกวันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2567. สืบค้น ธันวาคม 10, 2568 จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43037&deptcode=brc&news_views=703
- คมสัน ไชยวรรณ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ประจวบคีรีขันธ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. รายงานวิจัย.
- ทัศนีย์ บุระเพ็ง. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง. กระบี่: ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง.
- ทัศนีย์ บุญทอง. (2567). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสภาการพยาบาล, 39(2), 163-177.
- เริงฤดี ปธานวนิช. (บก.) (2568). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค. (2568). จำนวนผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริม

- สุขภาพตำบลบางแค. สมุทรสงคราม:** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแค.
วิสิทธิ์ ปันประจักษ์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. **วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(1)**, 23-37.
- ศิริลักษณ์ สร้อยเสน. (2568). ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. **วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5(3)**, 1-24.
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. (2563). การประชุมวิชาการชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 ประจำปี 2563 เรื่อง “ความดันโลหิตสูง: สิ่งที่น่ารู้และต้องรู้”. สืบค้น พฤศจิกายน 10, 2568 จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=3115
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด. (2568). จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ปี 2565 – 2567. สมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. สืบค้น ธันวาคม 12, 2568 จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/>
- อภิญญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. **วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(1)**, 596-605.
- Beckie T. (1989). A supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. **Heart Lung, 18**, 46-55.
- Bloom, B. (1971). **Mastery learning**. New York City, New York State, USA: Holt, Rinehart & Winston.
- Cohen J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale NJ.: Lawrence Erlbaum Associate.
- Dey, K. P., & Hariharan, S. (2006). Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. **The TQM Magazine, 18(6)**, 583-605.
- Rice, R. (2010). Telecaring in home care : Making a telephone visit. **Geriatric Nursing, 21(1)**, 56-57.
- World Health Assembly. (2016). Strengthening integrated, people-centre health services. **WHA, 69(24)**, 20-30.
- World Health Organization. (2013). **A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis**. Retrieved February 2, 2026 from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- World Health Organization. (2023). **Hypertension**. Retrieved February 2, 2026 from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>