

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสร้างเสริม  
พฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงตำบลท่านัด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Development of self-management promotion program with family participation to promote health  
behaviors and health outcomes among adults with hypertension in Tha Nud Sub-district,  
Damnernsaduok District, Rajchaburi Province

สุขศิริ ประสมสุข<sup>1</sup> ชัยยา นรเดชานันท์<sup>1</sup> อรวรรณ ม่วงวงษา<sup>1</sup> ณัฐกร นิลเนตร<sup>1</sup>

E-mail: suksiridrko@gmail.com

โทรศัพท์ 089-6005550

---

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90-180/99 มิลลิเมตรปรอทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลท่านัด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรีกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบ สัมภาษณ์ และวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square และ Paired sample t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) และกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ )

**คำสำคัญ:** โรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมี  
สุขภาวะที่ดี

---

<sup>1</sup> อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Development of self-management promotion program with family participation to promote health behaviors and well-being of health outcomes among adults with hypertension in Tha Nud Sub-district, Damnernsaduok District, Rajchaburi

suksiri prasomsuk<sup>1</sup> Chaiya noradachanun<sup>1</sup> Aravan Mungvongsa<sup>1</sup> Nathakon Nilnate<sup>1</sup>

E-mail: suksiridrko@gmail.com

Tel: 089-6005550

---

**Abstract**

This quasi-experimental research (One group pretest-posttest design) aims to study the effect of self-management promotion program with family participation to promote health behaviors and health outcomes among adults with hypertension. Purposive sample of thirty adults with hypertension with 140/90-180/99 mm.Hg at health promoting hospital in Tanud sub-district, Damnern-saduok district participated in the self-management promotion program for 12 weeks. Data were collected using questionnaires and taking blood pressure before and after the experiment. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square and paired sample t-test. Findings revealed that after receiving self-management promotion program mean score of knowledge, perception of self-efficacy, well-being of health behaviors and health outcome were significantly higher than before receiving the program (p=.000). Additionally, after the intervention, the sample who can control blood pressure in the acceptable level are significantly higher than before intervention (p=.000).

**KEYWORDS:** Hypertension, Self-management program, well-being of Health Behavior

---

<sup>1</sup> Lecturer at Faculty of Nursing science, Phetchaburi Rajabhat University

## ความเป็นมาของปัญหา

ประเทศไทยในปี 2558 มีประชากรกลุ่มวัยทำงานมากที่สุดถึง 43 ล้านคนและยังเข้าถึงการบริการคัดกรองสุขภาพได้น้อยส่งผลให้วัยทำงานเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อมากที่สุด (กรมควบคุมโรค, 2558) เนื่องจากการมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำงานหนัก เครียดสูง มีการดำเนินชีวิตที่ขาดความสมดุล เช่น พฤติกรรม การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง จากสถิติพบว่าร้อยละ 37.3 ของกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 25-49 ปีดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด ร้อยละ 20 ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 19-60 ปีสูบบุหรี่มากที่สุด กลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 32 - 40 ปีฆ่าตัวตายมากที่สุดจากความเครียดเรื่องงานและเศรษฐกิจและร้อยละ 70 ไม่รู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา ขาดโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ขาดทักษะการจัดการตนเองทำให้เข้าสู่ระยะการเป็นโรคและมีภาวะแทรกซ้อนรวดเร็วยิ่งขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2559) นอกจากนี้รูปแบบการให้บริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข มักเป็นเพียงการให้สุขศึกษาให้คำแนะนำที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความรู้และวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับโรค จึงทำให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่อไป(กรมควบคุมโรค, 2558)

ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญและอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วย 10 ปีซ้อนหลัง (ปี 2548 – 2557) โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นจาก 836.5 ต่อแสนประชากรในปี 2548 เป็น 1,839.9 ต่อแสนประชากรในปี 2557 และมีอัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 3.2 เป็น 15.97 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานที่ไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ศูนย์อนามัยที่ 9, 2559) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหนด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยในปี 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 948 คนคิดเป็นร้อยละ 13.9 ของจำนวนประชากรพบว่าร้อยละ 59 เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุ 35 -59 ปี ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจขาดเลือดสูงถึงร้อยละ 30.84 หลอดเลือดสมองร้อยละ 22.84และจากการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เนื่องจากต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ตลาดเดิม โรงอาหารเดิม และแม่ครัวที่บ้านทำอาหารแบบเดิม ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2560)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Kanfer., F.H., 1991) โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40-65 ปีซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากและมีความเสี่ยงสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพกลุ่ม เพื่อที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในเขตพื้นที่ตำบลท่าหนด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

## สมมุติฐานการวิจัย

**สมมุติฐานข้อที่ 1** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

## สมมุติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 1. ประเภทของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ Pretest – Posttest one Group Comparison Design ดังแผนภาพดังนี้

O<sub>1</sub> .....X.....O<sub>2</sub> กลุ่มทดลอง

โดยกำหนดให้

O<sub>1</sub> คือการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O<sub>2</sub> คือการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X คือโปรแกรม

#### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหนด อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2561 ถึง พฤศจิกายน 2561

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาได้รับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหนด ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกตามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและไม่มีข้อห้ามตามเกณฑ์การคัดออก สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนอาสาสมัครไว้ไม่น้อยกว่า 30 คน ซึ่งจะได้เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

#### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิก

ในครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งจะนำไปในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองโดยจะจัดทำเป็นคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางไปแนะนำกลุ่มทดลองและเอกสารประกอบการให้ความรู้

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านโรคความดันโลหิตสูง และด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน แล้วทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอนคือ

**ขั้นตอนที่ 1** (เดือนที่ 1) ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องสุขภาพวิถีไทย “อาหารไทย ลดเสี่ยง ลดโรค” แจกเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อปลูกผักสวนครัวที่บ้าน ลงนามข้อตกลงของการเข้าโปรแกรม จำกัดการบริโภคเกลือวันละ 1 ช้อนชา ลดเครื่องปรุงที่ไม่จำเป็น เช่น ผงชูรส รสดี น้ำปลา น้ำตาลทรายขาว เกลือป่นซัดสี งดขนมปัง เบเกอรี่ นม เนย คอฟฟี่เมต กาแฟสำเร็จรูป งดการทอด ผัด ปิ้ง ย่าง ให้ใช้การต้ม นึ่ง ตุ่นแทน กำหนดให้ใช้น้ำตาลธรรมชาติ เช่น น้ำตาลปึก น้ำผึ้ง ใช้น้ำมันหมู เกลือทะเล เน้นการรับประทานข้าวกล้อง ผักพื้นบ้านและผลไม้ตามฤดูกาล การอ่านฉลากโภชนาการ วิธีการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด มีการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัวเพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ฝังรากลึกในมิติครอบครัว เศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมประเพณีและสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาปัญหาแท้จริง เพื่อนำมาวางแผน กำหนดเป้าหมาย และการปฏิบัติตัวร่วมกัน การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและติดตามประเมินผล โดยให้

ผู้ป่วยและครอบครัวรายงานผลการปรับพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ยังไม่ได้ตามเป้า วางแผนใหม่และนำมา รายงานผลในการประชุมเดือนต่อไป

**ขั้นตอนที่ 2** (เดือนที่ 2) ติดตามประเมินผลการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นรายบุคคล เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยมีการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต เพื่อติดตามประเมินผล ปัญหาอุปสรรค ร่วมกันออกแบบและหาทางออกร่วมกัน

**ขั้นตอนที่ 3** (เดือนที่ 3) ประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินความดันโลหิต เพื่อศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มโดยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ตามลำดับ

## ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะทางประชากร** พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 เพศหญิง ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 65.83 ปี (S.D.= 12.60) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 76.70 ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน ร้อยละ 50.00 รองลงมาได้มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 43.30 ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร หลาน ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลาอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 63.40 พบว่ามีภาวะเบาหวาน ร้อยละ 20.00 โรคหัวใจ ร้อยละ 20.00 โรคเก๊าท์ ร้อยละ 23.30 มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.30 ดื่มน้ำกาแฟ ร้อยละ 46.70

กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.97 กก./ม<sup>2</sup> ค่าดัชนีมวลกายมากที่สุด คือ 33.59 กก./ม<sup>2</sup> และค่าดัชนีมวลกายน้อยที่สุด คือ 25.11 กก./ม<sup>2</sup> ค่าเฉลี่ย

ของเส้นรอบเอวเท่ากับ 88.00 เซนติเมตร เส้นรอบเอวมากที่สุด คือ 106.00 เซนติเมตร เส้นรอบเอวน้อยที่สุด คือ 82.00 เซนติเมตร และมีค่าเฉลี่ยของค่าระดับความดันโลหิต เท่ากับ 143.13 มม.ปรอท

## 2. ระดับความรู้และระดับความดันโลหิต

2.1 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ อยู่ในระดับต่ำและภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง

2.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000)

## 3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี

ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีรายข้อพบว่าข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การพูดคุยและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้ ( $\bar{x}$  = 3.83, S.D. = 1.08) ส่วนข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมัน หรืออาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ( $\bar{x}$  = 2.56, S.D. = 0.897)

## 4. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี

4.1 **ด้านการรับประทานอาหาร** พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีด้านการรับประทานอาหาร รายข้อพบว่าข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การอ่านฉลากโภชนาการและเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภคหรือกินเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา ( $\bar{x}$  = 3.40, S.D. = 0.973) ส่วนข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า แหนม ไข่กรอกอีสาน ปลากระป๋อง เต้าหู้ยี้ ผักดอง ไข่เค็ม กุนเชียง ( $\bar{x}$  = 2.86, S.D. = 0.973)

4.2 **ด้านการออกกำลังกาย** พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีด้านการออกกำลังกาย รายข้อพบว่าข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และการออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที ( $\bar{x}$  =

3.26, S.D. = 0.827, .739) ส่วนข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุด คือ การไม่ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที ( $\bar{x}$  = 3.13, S.D. = 1.478)

**4.3 ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค** พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค รายข้อพบว่าข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การปรึกษาแพทย์หรือบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขทันที เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกาย โดยไม่ปล่อยให้เรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อน ( $\bar{x}$  = 3.16, S.D. = .791) ส่วนข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น สูบบุหรี่ และการลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์ ( $\bar{x}$  = 2.83, S.D. = 1.39)

**4.4 ด้านพฤติกรรมกรรมการมีสุขภาพจิตที่ดี** พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้านพฤติกรรมกรรมการมีสุขภาพจิตที่ดี รายข้อพบว่าข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด ข้อ 1 ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ( $\bar{x}$  = 3.56, S.D. = .727) ส่วนข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ข้อ 4 ท่านสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริง แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น ( $\bar{x}$  = 3.30, S.D. = .651)

**4.5 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม** พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้านพฤติกรรมกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมรายข้อพบว่าข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด ข้อ 2 การเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาล วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ เช่น ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน สงกรานต์ ลอยกระทง ( $\bar{x}$  = 3.46, S.D. = .681) ส่วนข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ข้อ 3 การเสียสละแรงกาย เวลา หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนรวม เช่น บริจาคเงินหรือจัดเตรียมสิ่งของเพื่อบริจาคให้แก่ผู้เดือดร้อนหรือผู้ประสบภัย ( $\bar{x}$  = 3.33, S.D. = .660)

**5. ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ค่าดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง** พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต

อย่างมีสุขภาวะที่ดี มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถส่งผลให้ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นตามสมมติฐานการวิจัยโดยกิจกรรมการให้ความรู้จะเน้นในเรื่องของความเข้าใจเป็นหลักใช้กิจกรรมกลุ่มและสอดแทรกเนื้อหาวิชาการที่เข้าใจได้ง่ายจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจเนื้อหาและจดจำได้ง่าย และทุกๆ ครั้งที่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาจะเริ่มต้นทบทวนความรู้อยู่เสมอ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจรับฟังในกิจกรรมการบรรยาย การให้ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงผ่านข้อมูลเชิงประจักษ์จากกิจกรรม ชิม ดม อ่าน ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงปริมาณของเกลือในอาหารแต่ละ ชนิดด้วยตนเอง รวมถึงกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดความกลัวภาวะแทรกซ้อน จากความดันโลหิตสูง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถระลึกจดจำความรู้ ที่ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทกานต์ วลัยเสถียร (2557:70) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลายครั้ง (One-group time series design) พบว่า หลังการทดลอง บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุณณรงค์ สุขประเสริฐและ คณะ (2554) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วม กับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองบัวซึ่งผล

การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีพบว่าสิ่งที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การพูดคุยและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้ ( $\bar{x} = 3.83$ , S.D. = 1.08)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำให้เกิดความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น และมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อไปในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ (2557) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูภาพร และ คณะ (2555) และ Sol et al. (2008) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (กนกวรรณ, 2557; เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ, 2555)

### สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสัดส่วน

ระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ออกแบบโดยทฤษฎีทาง ด้านพฤติกรรมศาสตร์สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและสัดส่วนระดับความดันโลหิตที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ด้านการนำไปใช้

1. การนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้ในกับผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดการเรียนรู้ควรมีการออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย การให้ความรู้ควรเชื่อมโยงจากสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตด้านอาหารและการออกกำลังกายควรอยู่บนพื้นฐานของการดำเนินชีวิตของแต่ละคน
2. ควรพัฒนาทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านการเลือก การเตรียมอาหาร และการออกกำลังกาย และจัดเป็นทีมในการเยี่ยมติดตามกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
3. ควรพัฒนาระบบเครือข่ายผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เป็นระบบสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

#### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยที่เพิ่มระยะเวลา การศึกษาให้มากกว่า 12 สัปดาห์ เพื่อติดตามการคงอยู่ของ พฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต
2. ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดระบบสนับสนุน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
3. ควรมีการศึกษาและพัฒนานวัตกรรมรูปแบบ การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2561 และ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

#### เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ อุดมพิทยารักษ์. (2557). โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดย

- ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.วารสาร วิชาการ Veridian E-Journal.7(1): 62-72.
- กรมควบคุมโรค.(2558). คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ.สำนักโรคไม่ติดต่อ,กรุงเทพฯ.
- กรมควบคุมโรค.(2559). รายงานสถานการณ์ NCDs ฉบับที่ 2 Kick off to the Goals.สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ,กรุงเทพฯ.
- กรมควบคุมโรค. (2559). หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. สำนักโรคไม่ติดต่อ,กรุงเทพฯ.
- กรมควบคุมโรค. (2558). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ.2553-2558. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา.
- กรมควบคุมโรค.(2560). หลักสูตรพยาบาลผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน. สำนักโรคไม่ติดต่อ , กรุงเทพฯ.
- จุฑามาส จันทรชัย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. (2555).โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. สาธารณสุขมหาวิทยาลัย บุรพา, 7 (2): 69 – 83.
- ชุนรงค์ สุขประเสริฐ วิรัตน์ ปานศิลาและ ประวี อ่ำพันธ์. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพบ้านหนองบัว อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. 5(2);143-157.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ และทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 39 (4) : 124 - 137.
- ยุภาพร นาคคลัง,ทัศนีย์ รวีวรกุล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญ เสริมศักดิ์ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า.(2555). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 28(1): 160-70.
- ศุภยอนามัยที่ 9. (2559). รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. ราชบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2560). ระบบรายงานสนับสนุนระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. สืบค้น จาก[http://203.157.147.3/report43/ncd\\_control60\\_newtemplate.php#](http://203.157.147.3/report43/ncd_control60_newtemplate.php#).
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Kanfer, F.H.; & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods, New York: Pergamon Press. 305-360.
- Puangpetch L.(2009). Self-care behaviors and complications of patients with hypertension. Region Medical J. 2009; 23:141-51.
- Titeemat H. (2005). Self health care of hypertensive patients. Thai Journal of Nursing Research. 5: 269- 280.Thai.
- Sol, B.G., Graaf, Y., Bijl, J.J., Goessens, B.M. and Visseren, F.L. (2008). The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial. Patient Education and Counseling. 71(2): 191-197.



