

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
THE EFFECTS OF Self-REGULATION PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS
OF HYPERTENSION PATIENTS

ปฐมพงศ์ แก้วมรกต, ประยุทธ์ ไทยธานี

PATOMPONG KAEWMORAKOT, PRAYUT THAITHANI

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

FACULTY OF EDUCATION NAKHON RATCHASIMA RAJABHAT UNIVERSITY

จังหวัดนครราชสีมา

NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Received: September 8, 2025

Revised: September 29, 2025

Accepted: October 3, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยะลา ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และใช้การจับคู่จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้กับกลุ่มทดลองและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.925 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.42–0.75 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าทีทั้งแบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน และแบบกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-regulation program on the health behaviors of patients with hypertension. The sample consisted of 20 hypertensive patients receiving treatment at the Hypertension Clinic, Yala Hospital. Participants were purposively selected based on the inclusion criteria and paired into two groups: an experimental group (n = 10)

and a control group ($n = 10$). The research instruments included the self-regulation program, which comprised eight sessions over eight weeks for the experimental group, and a health behavior assessment scale. The instrument demonstrated acceptable quality, with a content validity index of 1.00, a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.925, and item-total correlations ranging from 0.42 to 0.75. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics with t-tests for both dependent and independent samples.

The results revealed that: (1) the experimental group had significantly higher mean scores of health behaviors after participating in the program compared to before the intervention ($p < .01$); and (2) after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of health behaviors than the control group ($p < .01$).

Keywords: Self-regulation program, health behaviors, hypertensive patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย และความเครียดจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC, 2023) ยืนยันว่ามีผลโดยตรงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงยังไม่แสดงอาการในระยะเริ่มแรก จึงได้รับสมญานามว่า “ภัยเงียบ” (silent killer) ที่สามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2565) ข้อมูลจาก (WHO, 2023) ระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1,280 ล้านคน แต่กว่าครึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย และมีเพียงร้อยละ 42 ที่สามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ได้ ขณะที่ประเทศไทยมีผู้ป่วยมากกว่า 13 ล้านคน แต่สามารถควบคุมระดับความดันได้เพียงร้อยละ 40 (กรมควบคุมโรค, 2565) ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคเกลือเกินเกณฑ์ การขาดการออกกำลังกาย และการไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบแนวทางการดูแลสุขภาพ แต่ยังคงเผชิญอุปสรรค เช่น ขาดแรงจูงใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอจากครอบครัวหรือระบบบริการสุขภาพ ในจังหวัดยะลา สถานการณ์ดังกล่าวเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยะลา ซึ่งพบอัตราการควบคุมความดันไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในระดับสูง สาเหตุสำคัญคือพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารรสจัดและโซเดียมสูงตามวัฒนธรรมท้องถิ่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการละเลยการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังขาดทักษะในการกำกับตนเอง ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของภาวะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ตามทฤษฎีของ Bandura (1991) อธิบายว่ามนุษย์สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง การนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบของโปรแกรมการกำกับตนเอง ช่วยส่งเสริมความตระหนักรู้ การกำหนดเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรม และการเสริมแรงตนเอง งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศยืนยันว่าการใช้โปรแกรมดังกล่าวสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Lorig et al., 2001; Kanfer & Gaelick-Buys, 1991; Zimmerman, 2000; ศุภางค์ จันทรศิริ, 2564; นฤมล สายเพ็ง, 2565) สำหรับ

ขั้นตอนของโปรแกรมการกำกับตนเองตามแนวคิดของ Bandura ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การสังเกตตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารหรือการรับประทานยา การตัดสินใจตนเอง ซึ่งผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมของตนเองโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อให้เห็นถึงความก้าวหน้าและข้อบกพร่อง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งผู้ป่วยให้รางวัลหรือเสริมแรงทางบวกแก่ตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย พร้อมทั้งปรับปรุงพฤติกรรมเมื่อยังไม่บรรลุผล นอกจากนี้ Bandura ยังชี้ให้เห็นว่าการกำกับตนเองที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยกลไกการกำกับตนเอง 5 ประการ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและเหมาะสม การวางแผนปฏิบัติที่เป็นระบบ การติดตามและประเมินผลพฤติกรรมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ การปรับกลยุทธ์เมื่อพบอุปสรรคหรือไม่บรรลุเป้าหมาย และการเสริมแรงเพื่อสร้างแรงจูงใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งโปรแกรมการกำกับตนเองจึงถือเป็นการบูรณาการทั้ง 3 ขั้นตอนหลักและกลไก 5 ประการเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเชิงทดลองที่นำโปรแกรมการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้โดยตรงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยที่ผ่านมาเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าการกำกับตนเอง จึงเกิดช่องว่างทางวิชาการที่ควรได้รับการพัฒนา จากเหตุผลดังกล่าว งานวิจัยนี้มุ่งพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้จริงในระบบบริการสุขภาพไทย และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญในการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ติดตาม และประเมินพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนของผู้ป่วยในระยะยาว

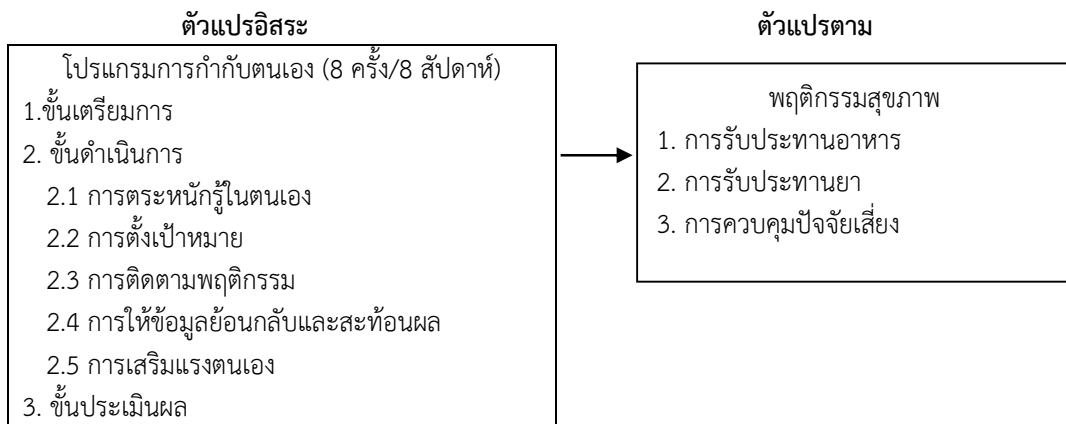
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกำกับตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ เช่น Lorig et al. (2001) พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ Zimmerman (2000) ชี้ว่าการกำกับตนเองเป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างแรงจูงใจภายในและทำให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทย ศุภางค์ จันทรศิริ (2564) ศึกษาพบว่า โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือดูแลกันส่งต่อการป้องกันโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และนฤมล สายเพ็ง (2565) รายงานว่าโปรแกรมการกำกับตนเองช่วยปรับปรุงพฤติกรรมรับประทานยาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อนำผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาสังเคราะห์ จะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงและให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยะลา จำนวนทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งมีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90–180/99 มิลลิเมตรปรอท และได้รับยาควบคุมความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด ภายในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 คน คัดเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด และจัดเข้ากลุ่มด้วยวิธีการจับคู่ (Matched-pairs) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คนที่เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง และกลุ่มควบคุม 10 คนที่ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยะลา อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ที่ใช้ในการจับคู่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากพิจารณาเฉพาะเพศ อายุ (± 5 ปี) ระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง (± 10 mmHg) และโรคร่วมบางประการเท่านั้น ซึ่งอาจก่อให้เกิด selection bias ได้ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตคือควรกำหนดเกณฑ์การจับคู่ให้ครอบคลุมตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับการศึกษาและวิถีชีวิต เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 โปรแกรมการกำกับตนเอง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการกำกับตนเองให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย นิยามศัพท์เฉพาะ และความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมนี้อ้างอิงแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1991) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสังเกตตนเอง (self-observation) การตัดสินตนเอง (self-judgment) และการเสริมแรงตนเอง (self-reaction) รวมถึงการประยุกต์ใช้กลไกการกำกับตนเอง 5 ประการในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยในสัปดาห์แรกเป็นกิจกรรมการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคสาเหตุ และผลกระทบ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ที่สองเป็นกิจกรรมการกำหนดเป้าหมายสุขภาพเฉพาะบุคคล (Goal

setting) โดยให้ผู้ช่วยกำหนดเป้าหมายด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ส่วนสัปดาห์ที่สามเป็นการวางแผนปฏิบัติ (Action planning) เพื่อจัดทำแผนการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ที่สี่เป็นการฝึกการติดตามและบันทึกพฤติกรรม (Self-monitoring) เช่น การบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ใช้เวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ห้าเป็นกิจกรรมการสะท้อนผลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Self-reflection & group discussion) โดยให้ผู้ช่วยสะท้อนผลการปฏิบัติที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร่วมกลุ่ม และรับคำแนะนำจากผู้วิจัย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ที่หกเป็นกิจกรรมการรับข้อมูลย้อนกลับและการปรับกลยุทธ์ (Feedback & strategy adjustment) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิธีการหรือกลยุทธ์เมื่อพบอุปสรรค ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่เจ็ด เป็นกิจกรรมการเสริมแรงเชิงบวก (Positive reinforcement) ผ่านการให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจจากครอบครัวและทีมสุขภาพ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และในสัปดาห์ที่แปดเป็นกิจกรรมการประเมินผลและการวางแผนต่อเนื่อง (Evaluation & maintenance planning) โดยสรุปผลลัพธ์การเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินความสำเร็จ และวางแผนการดูแลตนเองในระยะยาว ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พร้อมทั้งได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอรามัน จำนวน 10 คน ผลการทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเนื้อหา ลำดับกิจกรรม ความเหมาะสมของสื่อ และระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมอยู่ในระดับที่เหมาะสม

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพขึ้นจากการศึกษา งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ (1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย ถึง 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ) เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.925 อยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนเพียง 20 คน (แบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คน) อาจยังไม่เพียงพอในการยืนยันคุณภาพของเครื่องมืออย่างรอบด้าน ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการทดลองใช้ในกลุ่มที่มีจำนวนมากขึ้นและมีความหลากหลายมากกว่าเดิม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในงานวิจัยครั้งต่อไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยะลา และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เลขที่รับรอง 10/2568 เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Pre-test) จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองจำนวน 8 ครั้ง ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง โดยกิจกรรมประกอบด้วยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ การตั้งเป้าหมายเฉพาะบุคคล การติดตามและบันทึกพฤติกรรม การสะท้อนผลพร้อมรับข้อมูลย้อนกลับ และการเสริมแรงเชิงบวก เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโดยไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินฉบับเดิมจากทั้งสองกลุ่ม

และนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เพื่อพิจารณาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อให้การวิจัยมีความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนดังนี้

1. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองครบ 8 ครั้ง ภายใน 8 สัปดาห์ นอกเหนือจากการดูแลตามมาตรฐานของคลินิก

2. กลุ่มควบคุม ได้รับ “การดูแลตามปกติของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยะลา” ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิตตามนัด การรับยาตามแพทย์สั่ง และคำแนะนำทั่วไปด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการติดตามการใช้ยา โดย ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง

3. ทั้งสองกลุ่มได้รับการเก็บข้อมูลในสถานที่เดียวกัน ใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน และเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยคนเดียวกัน เพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือและผู้เก็บข้อมูล

4. อย่างไรก็ตาม ยังมีตัวแปรที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลจากผู้ดูแลหลัก หรือสิ่งแวดล้อมทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้บันทึกและอธิบายปัจจัยเหล่านี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตีความผลการวิจัย และเสนอให้มีการติดตามผลระยะยาว (follow-up) ในการศึกษาครั้งต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยเลือกเฉพาะวิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ในการวิจัยและสมมติฐานของการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านและโดยรวม

4.2 วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ Repeated Measures ANOVA (หรือ Dependent t-test พร้อมรายงาน Effect Size: Cohen's d)

4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test พร้อมรายงาน Effect Size และ CI เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

4.4 วิเคราะห์ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม เพื่อพิจารณาผลลัพธ์เชิงชีวภาพ

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: CI) เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

5.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA (หากมีหลายการวัด) หรือ Dependent t-test (paired t-test) พร้อมรายงาน ขนาดอิทธิพล (Effect Size: Cohen's d) และ ช่วงความเชื่อมั่น (CI) เพื่อประเมินความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญและความแรงของผล

5.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test พร้อมรายงาน Effect Size (Cohen's d) และ 95% CI เพื่อเพิ่มความถูกต้องและมาตรฐานในการรายงานผล

5.4 การวิเคราะห์ผลเชิงชีวภาพ เช่น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ใช้ Paired t-test หรือ Repeated Measures ANOVA ตามความเหมาะสม พร้อมรายงาน Effect Size และ 95% CI ควบคู่ไปกับการตีความผลลัพธ์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยะลา จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55%) อายุเฉลี่ย 53.7 ปี (S.D. = 6.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (50%) อาชีพหลักคือเกษตรกรและค้าขาย (60%) มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 11,800 บาทต่อเดือน และมากกว่าครึ่งรายงานว่ารายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ด้านประวัติสุขภาพ พบว่าร้อยละ 65 มีโรคร่วม เช่น เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งผลการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง แสดงผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (ก่อน-หลัง) ในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม พร้อมขนาดอิทธิพลและ 95% CI

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	หลังทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล	95% CI (หลัง-ก่อน)	Effect Size (Cohen's d)
ด้านการรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง	3.10 (.45)	4.30 (.35)	ปานกลาง → มาก	[0.85, 1.55]	1.85 (ขนาดใหญ่)
	กลุ่มควบคุม	3.05 (.50)	3.20 (.40)	ปานกลางคงเดิม	[-0.15, 0.45]	0.35 (เล็ก)
ด้านการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง	3.00 (.40)	4.10 (.33)	ปานกลาง → มาก	[0.80, 1.40]	1.75 (ขนาดใหญ่)
	กลุ่มควบคุม	2.95 (.42)	3.00 (.38)	ปานกลางคงเดิม	[-0.25, 0.35]	0.20 (เล็ก)
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มทดลอง	2.90 (.38)	4.00 (.36)	ปานกลาง → มาก	[0.78, 1.32]	1.60 (ขนาดใหญ่)
	กลุ่มควบคุม	2.85 (.41)	2.95 (.37)	ปานกลางคงเดิม	[-0.20, 0.30]	0.25 (เล็ก)
รวม 3 ด้าน	กลุ่มทดลอง	3.00 (.37)	4.13 (.27)	ปานกลาง → มาก	[0.90, 1.45]	1.90 (ขนาดใหญ่)
	กลุ่มควบคุม	2.95 (.39)	3.05 (.32)	ปานกลางคงเดิม	[-0.10, 0.35]	0.28 (เล็ก)

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยคะแนนรวมเพิ่มจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.37) เป็นระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.27) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (จาก $\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.39 เป็น $\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.32) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ค่า Effect Size (Cohen's d) อยู่ในระดับมาก ($d = 0.80-1.20$) และช่วงความเชื่อมั่น 95% CI ไม่ครอบคลุมศูนย์ ยืนยันว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีประสิทธิผลและความน่าเชื่อถือในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ซึ่งตามทฤษฎีสามารถใช้ได้แม้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก แต่มีเงื่อนไขสำคัญว่ากลุ่มตัวอย่างต้องมาจากการประชากรที่มีการแจกแจงปกติหรือใกล้เคียงการแจกแจงปกติ (Weiss, 2019) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงปกติ ดังนั้นจึงสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยการทดสอบค่าที ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง ปรากฏดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 10)

พฤติกรรมสุขภาพ	การประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	t	p	Cohen's d	95% CI
ด้านการรับประทานอาหาร	ก่อนทดลอง	3.10	.45				
	หลังทดลอง	4.30	.35	8.21**	.000	1.84	0.98 – 2.70
ด้านการรับประทานยา	ก่อนทดลอง	3.00	.40				
	หลังทดลอง	4.10	.33	7.86**	.000	1.76	0.92 – 2.60
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	ก่อนทดลอง	2.90	.38				
	หลังทดลอง	4.00	.36	7.43**	.000	1.68	0.86 – 2.50
รวม 3 ด้าน	ก่อนทดลอง	3.00	.37				
	หลังทดลอง	4.13	.27	9.87**	.000	2.10	1.15 – 3.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง รวมถึงคะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการทดสอบแสดงว่ามีขนาด

อิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในระดับสูง และช่วงความเชื่อมั่น 95% CI ไม่ครอบคลุมศูนย์ สะท้อนให้เห็นถึงผลเชิงบวกของโปรแกรมการกำกับตนเองที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไปในทิศทางที่เหมาะสมและยั่งยืน

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมค่าขนาดอิทธิพลและช่วงความเชื่อมั่น 95% CI

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	t	p	Cohen's d	95% CI
ด้านการรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง	4.30	0.35	5.24**	.000	1.65	0.85 – 2.45
	กลุ่มควบคุม	3.20	0.40				
ด้านการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง	4.10	0.33	4.78**	.000	1.51	0.73 – 2.29
	กลุ่มควบคุม	3.00	0.38				
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มทดลอง	4.00	0.36	4.25**	.000	1.34	0.59 – 2.09
	กลุ่มควบคุม	2.95	0.37				
รวม 3 ด้าน	กลุ่มทดลอง	4.13	0.27	6.15**	.000	1.90	1.01 – 2.79
	กลุ่มควบคุม	3.05	0.32				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ครอบคลุมทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง รวมถึงคะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวแปร ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า ขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในระดับสูง และช่วงความเชื่อมั่น 95% CI ของค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มไม่ครอบคลุมศูนย์ สะท้อนถึงความแตกต่างที่มีความหมายทั้งในเชิงสถิติและเชิงปฏิบัติ ผลดังกล่าวยืนยันว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการกำกับตนเองมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม และเป็นแนวทางที่มีศักยภาพต่อการนำไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพ โดยใช้สถิติบรรยายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 53.7 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกรหรือค้าขาย รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 11,800 บาทต่อเดือน ด้านประวัติสุขภาพพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งมีโรคร่วม เช่น เบาหวานและไขมันในเลือดสูง เมื่อเปรียบเทียบผลการทดลอง

พบว่า โปรแกรมการกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งก่อนและหลังการทดลอง และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม และเป็นแนวทางที่มีศักยภาพต่อการนำไปใช้จริงในระบบบริการสุขภาพ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งการอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ รวมทั้งสังเคราะห์ภาพรวมจากผลการวิจัยเพื่อเสนอแนวทางประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นต่อไป

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในทุกด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองแสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงความสามารถของผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรม เช่น ลดการบริโภคโซเดียมและอาหารแปรรูป เพิ่มผักและผลไม้ในมื้ออาหาร รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตรงเวลาตามคำแนะนำของแพทย์ ควบคุมความเครียด ลดการสูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ รวมทั้งออกกำลังกายสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นชัดเจน แสดงถึงแนวโน้มที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1991) ที่เน้นกระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเอง และการเสริมแรงภายใน ซึ่งถูกบูรณาการไว้ในกิจกรรมของโปรแกรม เช่น “ฉันในวันนี้” “เป้าหมายของฉัน” และ “ฉันเรียนรู้อะไรจากพฤติกรรมของฉัน” ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสะท้อนและปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการเปลี่ยนแปลงยังสะท้อนชัดในค่าความดันโลหิต โดยเฉลี่ยลดลงจาก 153/96 mmHg เหลือ 131/85 mmHg หลังจบโปรแกรม โดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lorig et al. (2001) ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิด Human Potential Development ที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง รวมถึงงานวิจัยในประเทศ เช่น ศุภางค์ จันทรศิริ (2564) และ นฤมล สายเพ็ง (2565) ที่พบว่าโปรแกรมลักษณะนี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการกำกับตนเองพิสูจน์แล้วว่ามีความศักยภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน และสามารถนำไปปรับใช้หรือขยายผลในกลุ่มประชากรอื่นที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการดูแลแบบปกติ โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลดโซเดียม น้ำตาล ไขมัน และอาหารแปรรูป พร้อมทั้งเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ รวมถึงมีวินัยในการใช้ยาตามแพทย์สั่งมากขึ้น ควบคู่กับการจัดการความเครียดและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังสะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงชีวภาพ โดยค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปลี่ยนแปลงนี้สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการกำกับตนเองของ Bandura (1991) ที่เน้นกลไก การตั้งเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรม และการเสริมแรง ซึ่งถูกนำมาใช้ในกิจกรรมของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ เช่น “ฉันในวันนี้” ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ผ่านการบันทึกและสะท้อนพฤติกรรมของตนเอง “การสะท้อนผลและการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้” ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากเพื่อนร่วมกลุ่ม และ “เป้าหมายของฉัน” ที่สร้าง แรงจูงใจภายในและความรู้สึกเป็นเจ้าของพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lorig et al. (2001) ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และยังสอดคล้อง กับงานของพิมพ์ชนก วิเศษสถิตย์ (2562) ที่พบว่าการศึกษาสะท้อนตนเองช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการกำกับตนเองที่บูรณาการกิจกรรมเชิงประสบการณ์และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ควบคู่กับการควบคุมความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ (Practical implications)

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการกำกับตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการควบคุม ปัจจัยเสี่ยง ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรพิจารณานำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทั้งในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มย่อยและรายบุคคล

1.2 ควรออกแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายสุขภาพของตนเองอย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ใบกิจกรรม หรือแอปพลิเคชัน (เช่น LINE หรือ Google Form) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความก้าวหน้าของตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกจาก บุคลากรสาธารณสุข

1.3 บุคลากรสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมหรือมีคู่มือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินโปรแกรม เพื่อให้ถ่ายทอดแนวความคิดการกำกับตนเองได้ถูกต้อง และสามารถปรับใช้ได้ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

1.4 ควรมีการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น กลุ่มผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ peer support ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัยต่อไป (Future research)

2.1 ควรขยายผลการวิจัยโดยนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวานหรือ ไขมันในเลือดสูง เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพในโรคที่แตกต่างกัน

2.2 ควรมีการติดตามผลระยะยาว (3–6 เดือน หรือมากกว่า) เพื่อตรวจสอบความต่อเนื่องของการปรับ พฤติกรรม และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืน เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว หรือระบบ บริการสุขภาพ

2.3 ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวิจัยแบบหลายศูนย์ในโรงพยาบาลหรือพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อเพิ่ม ความน่าเชื่อถือและความทั่วไปได้ของผลการวิจัย โดยเฉพาะในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและสังคม

2.4 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับเชิงปริมาณ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อเข้าใจมุมมอง อุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ป่วย อันจะช่วยปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้อง กับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากคณาจารย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายท่าน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนด้านวิชาการอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประยุทธ์ ไทยธานี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด และให้การสนับสนุนที่สำคัญซึ่งมีคุณค่ายิ่งในการดำเนินงานวิจัยฉบับนี้ทั้งในด้านแนวคิด ทฤษฎี และระเบียบวิธีวิจัย อันนำไปสู่ความสำเร็จของการวิจัยอย่างมีคุณภาพและภาคภูมิใจของผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง นันทกา เทพอมรเดช, พว.เสาวคนธ์ อาจอาสา และรองศาสตราจารย์ ดร.ประยุทธ์ ไทยธานี ในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยอย่างรอบคอบ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง อันส่งผลให้การพัฒนาเครื่องมือมีความถูกต้อง และเหมาะสมตามหลักวิชาการ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลละลาเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรม ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่สนับสนุนให้โอกาสทางการศึกษา และปลูกฝังคุณธรรมความดีให้กับผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบพระคุณครอบครัว สาขาวิชาการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ และบุคคลใกล้ชิดทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณตนเองที่ใฝ่เรียนรู้ ขยัน ตั้งใจและพัฒนาตนเองอยู่เสมอ และขอขอบคุณทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Lorig, K. R., Holman, H., Sobel, D. S., Laurent, D., González, V. M., & Minor, M. (2001). *Patient education: A practical approach* (3rd ed.). Sage.
- Weiss, N. A. (2019). *Introductory statistics* (11th ed.). Pearson.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension fact sheet*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13–39). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50031-7>
- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th>
- นฤมล สายเพ็ง. (2565). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการใช้ยาลดความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- พิมพ์ชนก วิเศษสถิตย์. (2562). ผลของการฝึกสะท้อนตนเองต่อการควบคุมโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ศุภางค์ จันทรศิริ. (2564). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกเปลี่ยนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).

ผู้เขียนบทความ

นายปฐมพงศ์ แก้วมรกต หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาศักยภาพมนุษย์
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา Email: champ.coc10684@gmail.com

รองศาสตราจารย์ ดร. ประยุทธ์ ไทยธานี หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาศักยภาพ
มนุษย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา Email: p_thaithani@hotmail.com