Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No.5 September – October 2026



บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

# Development of a Hypertension Care Model through Family and Caregiver Capacity Enhancement at Chaiyo Hospital, Ang Thong Province

**ศิรินทร์ทิพย์ ทองศักดิ์**[1*]

**Sirinthip Thongsuk**[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลไชโย อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง / Registered Nurse, Professional Level, Community Nursing Department, Chaiyo Hospital, Chaiyo District, Ang Thong Province, Thailand * ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

**รับบทความ:** 14 ตุลาคม 2569 **แก้ไขบทความ:** 25 ตุลาคม 2569 **ตอบรับบทความ:** 30 ตุลาคม 2569

**การอ้างอิง (Citation):** ศิรินทร์ทิพย์ ทองศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง. วารสารบูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพไทย. 2569;1(5):69-81.

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล และประเมินผลต่อสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล ความดันโลหิต และการควบคุมความดันโลหิต ดำเนินการที่โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกันยายน 2569 กลุ่มตัวอย่างคือคู่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และผู้ดูแลหลัก กลุ่มละ 30 คู่ (รวม 60 คู่) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงและจัดกลุ่มตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ (ไม่ได้สุ่ม) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นจาก 61.63±7.88 เป็น 85.47±7.38 คะแนน ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 151.60±9.45 เป็น 138.37±10.14 mmHg และไดแอสโตลิกลดลงจาก 90.33±5.74 เป็น 81.83±5.99 mmHg ($p < .001$ ทั้งสามตัวแปร) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มควบคุม 18.90 คะแนน (95% CI 15.42-22.38; $p < .001$) ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 8.60 mmHg (95% CI 3.65-13.55; $p = .001$) ไดแอสโตลิกต่ำกว่า 5.50 mmHg (95% CI 2.39-8.61; $p = .001$) และควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 60.00 เทียบกับ 26.67 ($p = .009$) สรุปได้ว่าผู้ที่ได้รับรูปแบบมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมใน 12 สัปดาห์ แต่การจัดกลุ่มไม่ได้สุ่มและพื้นฐานความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่างกันเล็กน้อย จึงควรยืนยันผลด้วยการวิจัยแบบสุ่มและติดตามระยะยาว

**คำสำคัญ:** ความดันโลหิตสูง, สมรรถนะครอบครัว, ผู้ดูแล, รูปแบบการดูแล, การควบคุมความดันโลหิต

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No.5 September – October 2026



## Abstract

This research and development study aimed to develop a hypertension care model through family and caregiver capacity enhancement and to evaluate its effects on family and caregiver capacity, blood pressure (BP), and BP control. The study was conducted at Chaiyo Hospital, Ang Thong Province, from October 2025 to September 2026. Participants were 60 dyads of patients with uncontrolled hypertension and their primary caregivers (30 dyads per group), selected purposively and allocated by catchment area (non-randomized). The experimental group received a 12-week program. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and chi-square test. The experimental group's capacity score increased from 61.63±7.88 to 85.47±7.38, systolic BP decreased from 151.60±9.45 to 138.37±10.14 mmHg, and diastolic BP decreased from 90.33±5.74 to 81.83±5.99 mmHg (all $p < .001$). After the intervention, the experimental group scored 18.90 points higher in capacity (95% CI 15.42-22.38; $p < .001$), had lower systolic BP by 8.60 mmHg (95% CI 3.65-13.55; $p = .001$) and lower diastolic BP by 5.50 mmHg (95% CI 2.39-8.61; $p = .001$), and had a higher proportion of controlled BP (60.00% vs 26.67%; $p = .009$). Participants receiving the model showed better changes than the controls over 12 weeks; however, allocation was non-randomized and baseline diastolic BP differed slightly, so the findings should be confirmed in randomized, longer-term studies.

**Keywords:** hypertension, family capacity enhancement, caregivers, care model, blood pressure control

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2024 มีผู้ใหญ่อายุ 30-79 ปีป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1,400 ล้านคน แต่ควบคุมความดันโลหิตได้เพียงประมาณ 320 ล้านคน (ร้อยละ 23)[1] โรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และภาวะสมองเสื่อม และจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย[1,2] สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน[3] แต่ข้อมูล ณ วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7.4 ล้านคน[4]

จังหวัดอ่างทองมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ พบว่า ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 17.03 ในปี พ.ศ. 2566 สูงเป็นอันดับ 7 ของประเทศ[5] โรงพยาบาลไชโยเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการประชาชนในอำเภอไชโยและพื้นที่ใกล้เคียง ในปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้นทะเบียนรับบริการ 1,850 คน ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 58.40 ข้อมูลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข[6] ต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อยละ 60 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการจัดยา การเตรียมอาหาร การวัดความดันโลหิตที่บ้าน และการพาไปพบแพทย์ แต่ผู้ดูแลจำนวนมากขาดความรู้

และทักษะที่เพียงพอ ทำให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพ

แนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยและนานาชาติเน้นการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง[7,8] ซึ่งผู้ป่วยต้องดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเกือบทั้งหมด แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)[9] ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[10] และการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา[11] อธิบายว่าบุคคลและครอบครัวที่ได้รับความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนที่เหมาะสมจะมีความสามารถและความมั่นใจในการจัดการสุขภาพมากขึ้น งานวิจัยทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองช่วยให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น[12] อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดอ่างทองน้อย ที่พัฒนารูปแบบโดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการประเมินผล งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาความร่วมมือของญาติและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ[13] การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์[14] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโปรแกรมการดูแลในชุมชนที่มีครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบ[15] สนับสนุนบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นพฤติกรรมของผู้ป่วยมากกว่าการเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อเพิ่มสมรรถนะของครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อความดันโลหิตและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย สมมติฐานการวิจัย คือ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแลสูงกว่า และมีความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล โรงพยาบาลไชโย และศึกษาผลต่อสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล ระดับความดันโลหิต และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยครอบครัวและผู้ดูแล โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง
2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล
3) เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล ความดันโลหิต และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

## วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ร่วมกับการประเมินสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two-group pretest-posttest quasi-experimental design) รายงานตามแนวทาง TREND[16]

ในระยะที่ 1 และ 2 ใช้วิธีผสมผสานเชิงคุณภาพและปริมาณ รายงานตามแนวทาง SRQR[17] สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการที่โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกันยายน 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (ตุลาคม-ธันวาคม 2568) ระยะที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (มกราคม-มีนาคม 2569) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล (เมษายน-กันยายน 2569) โดยโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2569

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ คู่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลไชโย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ในปีงบประมาณ 2569 จำนวนผู้ป่วยประมาณ 1,850 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ คู่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[18] ใช้สถิติ t-test ชนิด independent means กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) d = 0.80[19] ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ตามเกณฑ์ของ Cohen[19] และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในงานวิจัยไทยก่อนหน้า[13] ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ได้กลุ่มละ 26 คู่ เพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อชดเชยการสูญหาย เป็นกลุ่มละ 30 คู่ รวม 60 คู่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และจัดกลุ่มตามเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง: ตำบลไชโย ตำบลชัยฤทธิ์ และตำบลเทวราช กลุ่มควบคุม: ตำบลราชสถิตย์ ตำบลชะไว และตำบลตรีณรงค์ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มโดยไม่ได้สุ่ม ไม่ปกปิดกลุ่ม และไม่ได้ใช้การจับคู่ โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วย 3 ตำบล เลือกตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ลักษณะประชากร และการเข้าถึงบริการใกล้เคียงกัน และอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการต่างกันเพื่อลดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)** ผู้ป่วย: อายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลไชโย มีความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัด 2 ครั้งล่าสุดไม่ต่ำกว่า 140/90 mmHg สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแล: สมาชิกครอบครัวอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือน ไม่ใช่ผู้รับจ้างดูแล และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย และผู้เข้าร่วมที่ขอถอนตัวจากการวิจัย ทั้งนี้ผู้ที่ขาดกิจกรรมยังคงอยู่ในการวิเคราะห์ตามกลุ่มที่ได้รับมอบหมาย โดยบันทึกจำนวนครั้งที่เข้าร่วม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล ประกอบด้วยโปรแกรม 12 สัปดาห์ คู่มือการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสำหรับครอบครัว สมุดบันทึกความดันโลหิตที่บ้าน และกลุ่ม LINE สำหรับติดตามและให้คำปรึกษา 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80-1.00 ทดลองใช้กับคู่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 30 คู่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยง

Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 และในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 เครื่องวัดความดันโลหิตได้รับการสอบเทียบโดยงานเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลไชโยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล และใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการวัดความดันโลหิต 2 คน) เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 ในทั้งสองกลุ่ม วัดความดันโลหิตขณะนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที วัด 2 ครั้งห่างกัน 1 นาที และใช้ค่าเฉลี่ย ผู้วัดความดันโลหิตไม่ได้ถูกปกปิดกลุ่มของผู้ป่วย จึงระบุเป็นข้อจำกัดของการวิจัย กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของคลินิกโรคเรื้อรัง และได้รับคู่มือเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การรายงานกิจกรรมของรูปแบบเป็นไปตามแนวทาง TIDieR[20] ดังแสดงในตารางที่ 2

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS version 28) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test เปรียบเทียบก่อน-หลังภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และเปรียบเทียบสัดส่วนด้วย Chi-square test ใช้หลักการวิเคราะห์ตามกลุ่มที่ได้รับมอบหมาย (intention-to-treat) และรายงานผลต่างเฉลี่ย ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และขนาดอิทธิพล (Cohen's dz สำหรับข้อมูลคู่ และ Cohen's d สำหรับสองกลุ่มอิสระ)[19]

เนื่องจากไม่ได้สุ่มกลุ่ม และพื้นฐานของสองกลุ่มอาจต่างกัน จึงเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม (difference-in-differences)[21] และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ค่าก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม[21] ตัวชี้วัด 4 ตัว (สมรรถนะ ความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิต) ปรับระดับนัยสำคัญด้วย Bonferroni เป็น .05/4 = .0125 สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ส่วนการเปรียบเทียบอื่นเป็นการวิเคราะห์เชิงสำรวจ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคู่ ให้ลงนามยินยอมก่อนเก็บข้อมูล เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวม และแจ้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ

## ผลการศึกษา

### 1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยครอบครัวและผู้ดูแล

#### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คู่ (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่) ครบถ้วนจนสิ้นสุดการวิจัย ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.33 และ 66.67 ตามลำดับ, p = .787) อายุเฉลี่ย 62.90±9.71 และ 65.60±7.87 ปี (p = .241) ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 9.40±4.21 และ 8.23±5.95 ปี (p = .385) และมีโรคเบาหวานร่วมร้อยละ 26.67 และ 23.33 (p = .766) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 53.33) และคู่สมรส (ร้อยละ 30.00) อายุเฉลี่ย 46.50±9.33 และ 49.00±12.78 ปี (p = .390) ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การไม่พบความแตกต่างไม่ได้พิสูจน์ว่าทั้งสองกลุ่มสมดุลกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่ม (n = 30 ต่อกลุ่ม)

| ข้อมูล | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | p-value |
|---|---|---|---|
| ผู้ป่วย: เพศหญิง, จำนวน (ร้อยละ) | 19 (63.33) | 20 (66.67) | .787 |
| ผู้ป่วย: อายุ (ปี), $\bar{x}$±S.D. | 62.90±9.71 | 65.60±7.87 | .241 |
| ผู้ป่วย: ระยะเวลาที่ป่วย (ปี), $\bar{x}$±S.D. | 9.40±4.21 | 8.23±5.95 | .385 |
| ผู้ป่วย: มีโรคเบาหวานร่วม, จำนวน (ร้อยละ) | 8 (26.67) | 7 (23.33) | .766 |
| ผู้ดูแล: เพศหญิง, จำนวน (ร้อยละ) | 21 (70.00) | 20 (66.67) | .781 |
| ผู้ดูแล: อายุ (ปี), $\bar{x}$±S.D. | 46.50±9.33 | 49.00±12.78 | .390 |
| ผู้ดูแล: ความสัมพันธ์ - บุตร | 16 (53.33) | 16 (53.33) | 1.000 |
| ผู้ดูแล: ความสัมพันธ์ - คู่สมรส | 9 (30.00) | 9 (30.00) | |
| ผู้ดูแล: ความสัมพันธ์ - อื่น ๆ | 5 (16.67) | 5 (16.67) | |

### 1.2 สถานการณ์และปัญหาการดูแล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน 1,850 คน การสนทนากลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล 12 คู่ และบุคลากรสุขภาพ 8 คน พบว่าในปีงบประมาณ 2568 ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 58.40 และพบปัญหาหลัก 4 ประการ (วิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย) ได้แก่ 1) ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการวัดความดันโลหิตที่บ้านและการสังเกตอาการผิดปกติ 2) ผู้ป่วยลืมหรือหยุดยาเองและไม่มีผู้กำกับการกินยา 3) อาหารที่ครอบครัวปรุงยังมีโซเดียมสูง และ 4) ขาดช่องทางติดตามและปรึกษาบุคลากรระหว่างนัด

## 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล

### 2.1 รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทฤษฎีการดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับครอบครัว 2) การเสริมความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแล 3) การสนับสนุนและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน และ 4) การประเมินผลและสะท้อนคิด โดยจัดเป็นโปรแกรม 12 สัปดาห์ กิจกรรมกลุ่มและเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8 และ 12 ส่วนสัปดาห์ที่ 5, 7 และ 9-11 ติดตามทางโทรศัพท์หรือกลุ่ม LINE สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 โปรแกรมเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 12 สัปดาห์**

| สัปดาห์ที่ | กิจกรรม/เนื้อหา | เครื่องมือที่ใช้ | ระยะเวลา | เหตุผลทางวิชาการ |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ประเมินปัญหา ตั้งเป้าหมายความดันโลหิตร่วมกับครอบครัว สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงบทบาทผู้ดูแล | แบบประเมิน แผนการดูแลรายครอบครัว | 60 นาที | การมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังอำนาจ[9] |
| 2 | ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และอาการเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาล | คู่มือ สื่อวิดีโอสั้น | 60 นาที | ความรู้เป็นพื้นฐานของความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น[10] |
| 3 | ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้านและการบันทึกลงสมุด | เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล สมุดบันทึก | 60 นาที | ประสบการณ์ตรงเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง[11,12] |
| 4 | การใช้ยาและการกำกับการกินยา ฝึกจัดยารายสัปดาห์ | กล่องจัดยา ตารางยา | 45 นาที | การกินยาสม่ำเสมอเป็นหัวใจของการควบคุมความดันโลหิต[7,8] |
| 6 | อาหารลดโซเดียม การอ่านฉลากโภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม | ชุดอาหารตัวอย่าง ฉลากโภชนาการ | 90 นาที | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางเวชปฏิบัติ[7,8] |
| 8 | เยี่ยมบ้านและแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัว สะท้อนคิดประสบการณ์ | แบบเยี่ยมบ้าน กลุ่ม LINE | 45 นาที | การสนับสนุนต่อเนื่องในบริบทจริงเสริมความมั่นใจ[11] |
| 12 | ประเมินผล สรุปบทเรียน ชื่นชมความสำเร็จ และวางแผนดูแลต่อเนื่อง | แบบประเมิน สมุดบันทึก | 60 นาที | ทบทวนผลและคงพฤติกรรมให้ยั่งยืน[9] |

### 2.2 การตรวจสอบคุณภาพและการทดลองใช้รูปแบบ

รูปแบบได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80-1.00 ทดลองใช้กับคู่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 6 คู่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และปรับลดเนื้อหาสัปดาห์ที่ 6 ให้เหมาะกับเวลาของผู้สูงอายุก่อนนำไปใช้จริง

## 3. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล

### 3.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพิ่มขึ้น 23.84 คะแนน, 95% CI 21.13-26.55; $t(29) = 17.97$, $p < .001$, $dz = 3.28$) ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 13.23 mmHg (95% CI 10.29-16.17; $t(29) = -9.20$, $p < .001$, $dz = -1.68$) และไดแอสโตลิกลดลง 8.50 mmHg (95% CI 6.48-

10.52; t(29) = -8.62, p < .001, dz = -1.57) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้น 3.50 คะแนน (95% CI 0.85-6.15; t(29) = 2.70, p = .011, dz = 0.49) ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 3.80 mmHg (95% CI -7.67 ถึง 0.07; p = .054) และไดแอสโตลิกลดลง 0.70 mmHg (95% CI -3.09 ถึง 1.69; p = .553) ซึ่งช่วงความเชื่อมั่นยังครอบคลุมทั้งค่าที่ไม่เปลี่ยนแปลงและการลดลงที่มีความหมายทางคลินิก จึงไม่สามารถสรุปว่าความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง ดังแสดงในตารางที่ 3 (ค่า t ของการเปลี่ยนแปลงคำนวณจากผลต่าง หลัง - ก่อน)

**ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้ป่วย ก่อน-หลังได้รับรูปแบบ จำแนกตามกลุ่ม (n = 30 ต่อกลุ่ม; Paired t-test)**

| ตัวแปร | กลุ่ม | ก่อน ($\bar{x}$±S.D.) | หลัง ($\bar{x}$±S.D.) | ผลต่าง (95% CI) | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| สมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล (คะแนนเต็ม 100) | ทดลอง | 61.63±7.88 | 85.47±7.38 | 23.84 (21.13-26.55) | 17.97 | < .001* |
| | ควบคุม | 63.07±7.79 | 66.57±6.00 | 3.50 (0.85-6.15) | 2.70 | .011* |
| ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg) | ทดลอง | 151.60±9.45 | 138.37±10.14 | -13.23 (-16.17 ถึง -10.29) | -9.20 | < .001* |
| | ควบคุม | 150.77±9.25 | 146.97±8.97 | -3.80 (-7.67 ถึง 0.07) | -2.01 | .054 |
| ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg) | ทดลอง | 90.33±5.74 | 81.83±5.99 | -8.50 (-10.52 ถึง -6.48) | -8.62 | < .001* |
| | ควบคุม | 88.03±6.82 | 87.33±6.05 | -0.70 (-3.09 ถึง 1.69) | -0.60 | .553 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ก่อนการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มทั้งสมรรถนะและความดันโลหิต (p = .163-.731) แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเริ่มต้นของกลุ่มทดลองสูงกว่า 2.30 mmHg (d = 0.36) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มควบคุม 18.90 คะแนน (95% CI 15.42-22.38; p < .001, d = 2.81) ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 8.60 mmHg (95% CI 3.65-13.55; p = .001, d = 0.90) และไดแอสโตลิกต่ำกว่า 5.50 mmHg (95% CI 2.39-8.61; p = .001, d = 0.91) เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงจากก่อนเป็นหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นมากกว่า 20.34 คะแนน (95% CI 16.63-24.05; p < .001) ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่า 9.43 mmHg (95% CI 4.68-14.18; p < .001) และไดแอสโตลิกลดลงมากกว่า 7.80 mmHg (95% CI 4.74-10.86; p < .001) ซึ่งทุกการเปรียบเทียบผ่านเกณฑ์ .0125 และเมื่อปรับค่าก่อนการทดลองด้วย ANCOVA ผลยังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยสมรรถนะสูงกว่า 19.54 คะแนน ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่า 9.05 และ 6.69 mmHg ตามลำดับ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 4

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No.5 September – October 2026



**ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล และความดันโลหิตของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 30 ต่อกลุ่ม; Independent t-test)**

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง ($\bar{x}$±S.D.) | กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$±S.D.) | ผลต่างระหว่างกลุ่ม (95% CI) | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| สมรรถนะ ก่อน (คะแนนเต็ม 100) | 61.63±7.88 | 63.07±7.79 | -1.43 (-5.49 ถึง 2.62) | -0.71 | .482 |
| สมรรถนะ หลัง | 85.47±7.38 | 66.57±6.00 | 18.90 (15.42-22.38) | 10.88 | < .001* |
| ความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อน (mmHg) | 151.60±9.45 | 150.77±9.25 | 0.83 (-4.00 ถึง 5.66) | 0.35 | .731 |
| ความดันโลหิตซิสโตลิก หลัง (mmHg) | 138.37±10.14 | 146.97±8.97 | -8.60 (-13.55 ถึง -3.65) | -3.48 | .001* |
| ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อน (mmHg) | 90.33±5.74 | 88.03±6.82 | 2.30 (-0.96 ถึง 5.56) | 1.41 | .163 |
| ความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลัง (mmHg) | 81.83±5.99 | 87.33±6.05 | -5.50 (-8.61 ถึง -2.39) | -3.54 | .001* |
| การเปลี่ยนแปลงสมรรถนะ (หลัง - ก่อน) | 23.84±7.27 | 3.50±7.10 | 20.34 (16.63-24.05) | 10.97 | < .001* |
| การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg) | -13.23±7.88 | -3.80±10.35 | -9.43 (-14.18 ถึง -4.68) | -3.97 | < .001* |
| การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg) | -8.50±5.40 | -0.70±6.39 | -7.80 (-10.86 ถึง -4.74) | -5.11 | < .001* |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### 3.3 การควบคุมความดันโลหิต

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (<140/90 mmHg) 18 คน (ร้อยละ 60.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งควบคุมได้ 8 คน (ร้อยละ 26.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่าง 33.33 จุดร้อยละ, 95% CI 8.26-53.17; $\chi^2(1) = 6.79$, $p = .009$; OR = 4.13, 95% CI 1.39-12.27) ผลทดสอบแบบแน่นอนของฟิชเชอร์ให้ผลสอดคล้องกัน ($p = .018$) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 30 ต่อกลุ่ม; Chi-square test)**

| สถานะการควบคุมความดันโลหิต | กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) | ผลต่าง จุดร้อยละ (95% CI) | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ควบคุมได้ (<140/90 mmHg) | 18 (60.00) | 8 (26.67) | 33.33 (8.26-53.17) | 6.79 | .009* |
| ควบคุมไม่ได้ | 12 (40.00) | 22 (73.33) | | | |

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 58.40 เป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของประเทศและของโลกที่การควบคุมความดันโลหิตยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย[1,4] ปัญหาสำคัญที่พบคือผู้ดูแลขาดทักษะการวัดความดันโลหิต การกำกับการกินยา และการควบคุมโซเดียมในอาหาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในครอบครัวทุกวันและผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถทำได้เพียงลำพัง เป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองที่ระบุว่าเมื่อความสามารถของผู้ป่วยไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแล ต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยเสริม[10] ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่าการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้[13-15]

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งตรงกับหลักการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการตัดสินใจ[9] การฝึกทักษะจริง เช่น การวัดความดันโลหิตที่บ้านและการจัดยา ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล[11] และการติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์ กลุ่ม LINE และการเยี่ยมบ้านทำให้ครอบครัวมีที่ปรึกษาระหว่างนัด รูปแบบผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่า IOC 0.80-1.00 แสดงถึงความเหมาะสมด้านเนื้อหา แต่ยังไม่ใช่หลักฐานด้านประสิทธิผลหรือความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลชุมชน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสมรรถนะสูงขึ้นและมีความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (สมรรถนะต่างกัน 18.90 คะแนน ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่างกัน 8.60 และ 5.50 mmHg) และมีสัดส่วนผู้ควบคุมความดันโลหิตได้สูงกว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยที่พบว่าการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองร่วมกับการสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยกินยาและปรับพฤติกรรมดีขึ้น[12] ขนาดความต่างของความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างกลุ่ม (8.60 mmHg) ค่อนข้างมากสำหรับการแทรกแซงด้านพฤติกรรม ซึ่งอาจสะท้อนทั้งผลของรูปแบบและอคติจากการไม่สุ่ม เมื่อเทียบกับการวิเคราะห์อภิมานข้อมูลรายบุคคลซึ่งพบว่าการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 3.2 mmHg (95% CI 1.6-4.9) ที่ 12 เดือน และการติดตามด้วยตนเองเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการสนับสนุนร่วมไม่สัมพันธ์กับความดันโลหิตที่ลดลง[22] ผลต่างในการศึกษานี้จึงสูงกว่าที่พบในงานวิจัยแบบสุ่มขนาดใหญ่ ส่วนคะแนนสมรรถนะที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม (3.50 คะแนน) อาจเกิดจากการได้รับบริการตามปกติ การรับรู้ว่าตนอยู่ในการศึกษา หรือ regression to the mean[23,25]

**ข้อจำกัดของการวิจัย** ได้แก่ 1) ไม่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง และจัดกลุ่มตามเขตพื้นที่ ผลจึงอาจถูกรบกวนจากความต่างระหว่างพื้นที่ 2) พื้นฐานของสองกลุ่มไม่

Nexus of Thai Health Sciences
Vol. 1 No.5 September – October 2026



เท่ากันทั้งหมด (ความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลองสูงกว่า 2.30 mmHg) และการปรับค่าก่อนการทดลองด้วย ANCOVA ประมาณจากสถิติสรุป ยังไม่ได้วิเคราะห์จากข้อมูลดิบ 3) ไม่ได้คำนึงถึงความสัมพันธ์ภายในกลุ่มตามเขตพื้นที่ (clustering)[24] 4) ผู้วัดความดันโลหิตอาจทราบกลุ่มของผู้ป่วย 5) ประเมินสมรรถนะด้วยแบบรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบตามที่คาดหวัง 6) ดำเนินการในโรงพยาบาลเดียวและขนาดตัวอย่างไม่ใหญ่ จึงขยายผลได้จำกัด และ 7) ติดตามผลเพียง 12 สัปดาห์ จึงยังไม่ทราบผลระยะยาว

## สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการเสริมสมรรถนะครอบครัวและผู้ดูแล โรงพยาบาลไชโย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินและตั้งเป้าหมายร่วมกัน การเสริมความรู้และทักษะผู้ดูแล การสนับสนุนและติดตามต่อเนื่อง และการประเมินผลและสะท้อนคิด ดำเนินการเป็นโปรแกรม 12 สัปดาห์ หลังใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีสมรรถนะสูงกว่า ความดันโลหิตต่ำกว่า และควบคุมความดันโลหิตได้สัดส่วนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม การจัดกลุ่มไม่ได้สุ่มและพื้นฐานของสองกลุ่มไม่เท่ากันทั้งหมด จึงตีความผลเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับประสิทธิผลของรูปแบบ ยังไม่ใช่ข้อสรุปเชิงเหตุและผล

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ต่อในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลไชโยในลักษณะนำร่อง พร้อมประเมินผลซ้ำ

1.2 ควรอบรมพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ดำเนินกิจกรรมตามคู่มือ และกำกับคุณภาพการดำเนินกิจกรรม

1.3 ก่อนขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายอำเภอไชโย ควรทดลองในหน่วยบริการที่บริบทต่างกัน และประเมินต้นทุนและภาระงาน

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาแบบสุ่มระดับกลุ่ม (cluster randomized controlled trial) ในหลายพื้นที่ และคำนวณขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึง design effect

2.2 ควรติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน และวิเคราะห์โดยปรับค่าก่อนการทดลอง

2.3 ควรประเมินผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต ภาระของผู้ดูแล และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการและบุคลากรโรงพยาบาลไชโยที่ให้ความร่วมมือ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension 2025: high stakes - turning evidence into action. Geneva: World Health Organization; 2025.
2. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol. 2020;16(4):223-37.

3. Aekplakorn W, editor. Thai National Health Examination Survey VI (2019-2020). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)

4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (Thailand). World Hypertension Day 2025 campaign [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025 [cited 2026 Oct 29]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=52652&deptcode=brc&news_views=1507 (in Thai)

5. Department of Health, Ministry of Public Health (Thailand). Situation of the Thai elderly population [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2023 [cited 2026 Oct 30]. Available from: https://eh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-23/download/?did=214511&id=109527 (in Thai)

6. Ministry of Public Health (Thailand). Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2026 Oct 30]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th (in Thai)

7. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2019. (in Thai)

8. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-57.

9. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1991;16(3):354-61.

10. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

11. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.

12. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The effect of self-monitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: a systematic review and meta-analysis. Am J Hypertens. 2015;28(10):1209-21.

13. Supaphan S. Effects of family–patient collaboration on self-care behavior modification among patients with uncontrolled hypertension in the responsibility area of Phu Sing Hospital, Si Sa Ket Province. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2023;8(3):427-36. (in Thai)

14. Jitrawang R. Development of health care guidelines for older adults with hypertension through family and community participation in Na Khu Subdistrict, Na Khu District, Kalasin Province. Journal of Research and Health Innovative Development. 2024;5(1):44-52. (in Thai)

15. Surangsee S. Community-based hypertension care programs delivered by families and village health volunteers in Thailand: a systematic review. Journal of Interdisciplinary Health. 2026;8(1):1-14. (in Thai)

16. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N; TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. Am J Public Health. 2004;94(3):361-6. doi:10.2105/AJPH.94.3.361

17. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-51. doi:10.1097/ACM.0000000000000388

18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.

19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

20. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ. 2014;348:g1687. doi:10.1136/bmj.g1687

21. Vickers AJ, Altman DG. Statistics notes: analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. BMJ. 2001;323(7321):1123-4. doi:10.1136/bmj.323.7321.1123

22. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: a systematic review and individual patient data meta-analysis. PLoS Med. 2017;14(9):e1002389. doi:10.1371/journal.pmed.1002389

23. Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: what it is and how to deal with it. Int J Epidemiol. 2005;34(1):215-20. doi:10.1093/ije/dyh299

24. Donner A, Klar N. Design and analysis of cluster randomization trials in health research. London: Arnold; 2000.

25. Anosri C. Results of development of community infectious disease surveillance network of Khamin Subdistrict, Mueang District, Kalasin Province. THSF [Internet]. 2026 Oct. 19 [cited 2026 Oct. 29];1(1):18-33. Available from: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/THSF/article/view/8481