ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุภาพ และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

The effects of self-management program on health promotion behavior , blood pressure among possible hypertension who come to receive an annual health check-up service at Health Center 2 Phitsanulok

ศุกร์สกาว เขียนนุกูล
อมรรัตน์ เนียมสวรรค์
รัชดาวรรณ บุญมีจิว
เบญจวรรณ ทับบุรี
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหา ที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ จากการสำรวจ ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรประมาณ ๑.๒๘ พันล้านคนที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๗๙ ปีทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เพิ่มขึ้นเป็น ๑.๕๖ พันล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ (World Health Organization , ๒๐๒๓) ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ ๕๗ ล้านปีหรือ คิดเป็นร้อยละ ๓.๗ ของ DALYs จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน (WHO, ๒๐๑๓) ในประเทศไทย จากรายงานฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖.๘ ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒ แสนคน ส่วนในปี ๒๕๖๖ ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน ๕๐๗,๑๐๔ คน (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) ในเขตสุขภาพที่ ๒ ปี ๒๕๖๕ , ๒๕๖๖ , ๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ๔๙๔,๙๖๑ , ๕๐๕,๓๙๕ , ๕๐๘,๖๓๒ คน ตามลำดับ (HDC, ๒๕๖๗) และจากการรายงานสรุปผลการดำเนินงาน ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก วัยทำงาน ๓ ปี ย้อนหลัง พบมีผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๓๐-๑๓๙ mmHg/๘๕-๘๙ mmHg ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ จำนวน ๓๕ คน ร้อยละ ๘.๗๕ , จำนวน ๗๓ คน ร้อยละ ๑๘.๒๕ และจำนวน ๘๒ คน ร้อยละ ๒๐.๐๕ ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒, ๒๕๖๒) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

โรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆตามมาหลายประการ ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ค่อยๆเกิดความผิดปกติขึ้นทีละน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง หัวใจ ไต และ ตา เช่น หัวใจล้มเหลวหรือหัวใจวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น ๓ เท่า มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น ๖ เท่าและมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเพิ่มขึ้น ๗ เท่า นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ขาดสมดุลในการดำเนินชีวิต ขาดความหวังและขาดเป้าหมายในชีวิต (Panasakulkan & Muksiritipanun, ๒๐๑๕) และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่าง ๆ อันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องมีการดูแลและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการที่สำคัญ คือ การลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากร การดำเนินงานเชิงรุก สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรค โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก ๓อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ ๒ส. (ไม่สูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา) ในการลดการเกิดโรคเรื้อรัง อ.ที่ ๑ คือ อาหาร รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ ครบทั้ง ๕ หมู่ ลดความหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้น้ำมันซ้ำๆหลายๆ ครั้ง รับประทานอาหารที่หลากหลาย อ.ที่ ๒ คือ ออกกำลังกาย ทำให้แข็งแรง อายุยืน โดยออกกำลังกายครั้งละ ๓๐ นาที และทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓-๕ วัน อ.ที่ ๓ คือ อารมณ์ เลือกวิธีที่ถนัด น่าสนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน ลดความเครียด มีความสุข เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ พักผ่อนนอนหลับ ปลูกต้นไม้ พูดคุยพบปะกับเพื่อน เป็นต้น ส.ที่ ๑ คือ ลดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ ส.ที่ ๒ คือ ลดการดื่มสุรา การดื่มสุราทำให้ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) ซึ่งมีการศึกษาที่นำหลัก ๓อ.๒ส. มาใช้ ของสำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม (๒๕๖๒) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก ๓อ.๒ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมประชากรกลุ่มเสี่ยงรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.๐๐๑ , <.๐๐๑ และ <.๐๐๑ ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระดับไตรกลีเซอไรด์ ดัชนีมวลกาย และรอบเอว น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.๐๐๑ , .๐๐๙ , <.๐๐๑ , <.๐๐๑ , <.๐๐๑ ตามลำดับ

แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลิค-บายส์ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีความเชื่อว่า ไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจากตัวของบุคคลนั้นเอง กล่าวคือ บุคคลมีบทบาทหลักในการรับผิดชอบและดูแลจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองนี้ ประกอบด้วย ๑.การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) ๒.การติดตามตนเอง (self-monitoring) ๓. การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ ๔. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีหลายการศึกษาที่นำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลิค-บายส์ มาใช้ ดังเช่นการศึกษาของนุสบา สันหละ (๒๕๖๔) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองตามเคนเฟอร์และเกลิค-บายส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการ

ควบคุมระดับความดันโลหิต (x= ๒.๗๗ , SD = ๐.๑๓) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (x = ๒.๕๑ , SD = ๐.๒๓) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = - ๔.๑๕๕ , p-value < ๐.๐๐๑) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพาภรณ์ จันทร์ศรี และคณะ (๒๕๖๓) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลิค-บายส์ เช่นกัน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean = ๒.๕๒, SD=.๑๗๓) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean = ๒.๑๕ , SD = .๓๖๖) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean=๒.๐๔, SD= .๒๑๙) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.๐๐๑ (p-value <.๐๐๐) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิคและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.๐๐๑ (p-value <.๐๐๐)

โปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเคนเฟอร์เกลิค-บายส์ (Kanfer and Gaelick-Buys, ๑๙๘๘) ได้แก่ ขั้นที่ ๑ การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) ให้กลุ่มเป้าหมาย ตั้งเป้าหมายโดยให้เลือกเป้าหมายที่ต้องการปรับจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ขั้นที่ ๒ การติดตามตนเอง (self-mornitoring) ติดตามกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายที่จะเปลี่ยน ขั้นที่ ๓ การประเมินตนเอง (self-evaluation) ประเมินตนเองบันทึกผล เปรียบเทียบผลกับเป้าหมายที่ระยะ ๑ เดือนและ ๖ เดือน เปรียบเทียบผลระดับความดันโลหิต (Home BP) ขั้นที่ ๔ การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) ให้รางวัลกับตนเองเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย ร่วมกับการให้ความรู้ตามหลัก ๓อ.๒ส. อ.ที่ ๑ คือ อาหาร รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ ครบทั้ง ๕ หมู่ ลดความหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ รับประทานอาหารหลากหลาย อ.ที่ ๒ คือ ออกกำลังกาย การออกลังกายทำให้แข็งแรง อายุยืน โดยออกกำลังกายครั้งละ ๓๐ นาที และทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓-๕ วัน อ.ที่ ๓ คือ อารมณ์เลือกวิธีที่ถนัด สนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน ลดความเครียด มีความสุข เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ นอนหลับพักผ่อน ปลูกต้นไม้ พูดคุยพบปะกับเพื่อน เป็นต้น ส.ที่ ๑ คือ ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจขาดเลือดหลอดเลือดหัวใจตีบ ส.ที่ ๒ คือ ลดดื่มสุรา การดื่มสุรา ทำให้ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจ (สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม, ๒๕๖๒) เป็นผลนำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรค โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งสามารถป้องกันได้ การบริหารจัดการโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการจัดให้มีบริการดูแลรักษาภายหลังการเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียวไม่อาจลดภาระผู้ป่วย/ครอบครัวและสังคมในระยะยาว ดังนั้น การป้องกันก่อนการเกิดโรคเป็นเรื่องที่จำเป็นที่จะต้องทำควบคู่กันไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๙) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ ณัฐสิทธิ์ สินโท และคณะ (๒๕๖๕) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในวัยทำงานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ และด้านสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดี ด้านการรับประทานอาหาร

ด้านการดื่มน้ำ ด้านการพักผ่อน อยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายมีค่าต่ำสุด และผลพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดี

ทั้งนี้สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจาก ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของโรคมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเผชิญกับภาวะเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน และที่สำคัญ คือ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ทั้งในภาวะปกติ และยามเจ็บป่วย ดังนั้น จากการศึกษาข้อมูลทั้งในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้ ซึ่งอาจจะนำไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีการกระตุ้นและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้ด้วยตนเอง โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีการประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

๑. โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

๒. โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อระดับความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

๒. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมุติฐานงานวิจัย

๑. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

๒. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

๑. โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความรับผิดชอบที่จะแก้ไขสถานการณ์ปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, ๑๙๘๘) เป็นระยะเวลา ๖ เดือน ดังนี้

ระยะที่ ๑

๑. ประเมินพฤติกรรมและวัดระดับความดันโลหิต

๒. การให้ความรู้

๒.๑ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

๒.๒ การให้ความรู้ตามหลัก ๓อ.๒ส.

๒.๓ ให้กลุ่มตัวอย่างดูผลระดับความดันโลหิตของตนเอง

๒.๔ อธิบายค่าปกติของระดับความดันโลหิต (๑๒๐-๑๒๙ มิลลิเมตรปรอท/๘๐-๘๔ ,มิลลิเมตรปรอท)

๒.๕ ให้ระบุปัญหาพฤติกรรมสุขภาพตนเองในสมุดคู่มือเส้นทางสู่สุขภาพดี

๓.การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) ลดระดับความดันโลหิต

ระยะที่ ๒ การจัดการตนเอง

๑.การติดตามตนเอง (self-mornitoring) ติดตามระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง

๒.การประเมินตนเอง (self-evaluation) ประเมินผลความดันโลหิตเทียบกับค่าเป้าหมายและค่าปกติของระดับความดันโลหิต

๓.การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) ให้รางวัลกับตนเองเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย

ระยะที่ ๓ การประเมินผล

๑. ติดตามทางโทรศัพท์

๒. ติดตามทาง Appication Line

๒. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามหลัก อาหาร, ออกกำลังกาย , อารมณ์ และไม่สูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา (๓อ.๒ส.)

๓. กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้รับบริการที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ ๑๓๐-๑๓๙ มิลลิเมตรปรอท/๘๕-๘๙ มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย เปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก ในวันและเวลาราชการ

ขั้นดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา ๒๔ สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ ขั้นตอนเสริมสร้างโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง (ระยะเวลา ๔๐ นาที)

๑. ประเมินพฤติกรรมและวัดระดับความดันโลหิต (ใช้เวลา ๑๐ นาที)

๑.๑ ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเรียงลำดับแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเครียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเอง และวัดระดับความดันโลหิต

๒. การให้ความรู้ และการตั้งเป้าหมาย (goal-setting) (ใช้เวลา ๓๐ นาที) (รายละเอียดเอกสารแนบท้ายตามโปรแกรมการจัดการตนเอง)

๒.๑ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง , ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง ๒.๒ ให้ความรู้การลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก ๓อ.๒ส. ให้กลุ่มตัวอย่างดูผลระดับความดันโลหิตของตนเอง

๒.๓ อธิบายค่าปกติของระดับความดันโลหิต (๑๒๐-๑๒๙ มิลลิเมตรปรอท/๘๐-๘๔ มิลลิเมตรปรอท) และอธิบายให้ทราบว่าระดับความดันโลหิตขิงกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับใด และให้ระบุปัญหาพฤติกรรมสุขภาพตนเองในคู่มือเส้นทางลดความเสี่ยงความดันโลหิตสูง

๒.๔ ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายตามหลัก ๓อ.๒ส. คือ อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์ และ ลดสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการลดระดับความดันโลหิต

๒.๕ ให้กลุ่มตัวอย่างให้แรงเสริมตนเอง โดยลงบันทึกให้รางวัลกับตนเองเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ ๑-๒๔ กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน

โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร , ออกกำลังกาย , อารมณ์ และลดสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

๓. การติดตามตนเอง (self-mornitoring)

๓.๑ ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกระดับความดันโลหิตลงในคู่มือเส้นทางลดความเสี่ยงความดันโลหิตสูง เดือนละ ๑ ครั้ง

๑.๒กลุ่มตัวอย่างส่งผลระดับความดันโลหิตทางแอพพลิเคชั่นไลน์ทุก ๑ เดือน

๒. การประเมินตนเอง (self-evaluation)

๔.๑ กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมตนเองที่ตั้งเป้าหมายไว้

๔.๒ กลุ่มตัวอย่างประเมินผลระดับความดันโลหิตเทียบกับค่าเป้าหมายและค่าปกติของระดับความดันโลหิต

๕. การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement)

๕.๑ กลุ่มตัวอย่างให้รางวัลกับตนเอง เมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมาย

สัปดาห์ที่ ๒๔ (๖ เดือน)

การติดตามและประเมินผล

นัดหมายกลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและวัดระดับความดันโลหิตสูง แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ผู้วิจัยจึงติดตามและประเมินผลผ่านทางโทรศัพท์และแอพพลิเคชั่นไลน์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผล ก่อน-หลัง (One group pre – post design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๒ คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามความสมัครใจ ระยะเวลาในศึกษาและเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๓ ถึง เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมระยะเวลา ๖ เดือน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

ประชากรที่ศึกษา

ผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๕๙ ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ที่ได้รับการประเมินความดันโลหิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก จำนวน ๓๒ คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๕๙ ปี ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ในระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ ๑๓๐-๑๓๙ มิลลิเมตรปรอท /๘๕-๘๙ มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน ๓๒ คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

๑. ผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพประจำปี มีอายุระหว่าง ๑๘-๕๙ ปี มีระดับความดันโลหิตตัวบน ๑๓๐-๑๓๙ มิลลิเมตรปรอท และหรือ มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ๘๕-๘๙ มิลลิเมตรปรอท และทั้งสองตัวน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท (คือเข้าเกณฑ์ค่าใดค่าหนึ่งหรือทั้งสองค่าก็ได้ แต่ต้อง < ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท)

๒. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี

๓. สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ใช้สมาร์ทโฟนได้

๔. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

๑. เป็นผู้มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หรืออยู่ระหว่างการเจ็บป่วยที่เป็นอันตราย รวมถึงโรคหรือสภาวะร่างกายที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต

๒. ได้รับยาหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม สมุนไพรที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต ได้แก่ กระเทียม , กระเจี๊ยบแดง , มะรุม , ขึ้นฉ่าย , อบเชย , ป่าช้าเหงา , ขิง และอื่นๆพิจารณาเป็นรายๆ

๓. ประเมินระดับความเครียด อยู่ในระดับสูงมาก (≥ ๑๐ คะแนน)

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

๑. เจ็บป่วยนอน รพ. ในระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ

๒. ปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

๑.๑ โปรแกรมการจัดการตนเอง

๑.๒ คู่มือเส้นทางลดความเสี่ยงความดันโลหิตสูง

๒.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๒.๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ , อายุ , สถานภาพสมรส , ระดับการศึกษา ,อาชีพ , รายได้ , ดัชนีมวลกาย , โรคประจำตัว , ญาติสายตรงท่านมีใครเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

๒.๒ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (ปรับปรุงจากแบบประเมิน ตาม ๓อ.๒ส. ของประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี ๒๕๖๑ ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข)

๒.๓ แบบประเมินความเครียด ของ กรมสุขภาพจิต

๒.๔ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล

๒.๕ โทรศัพท์เคลื่อนที่

๒.๖ แอพพลิเคชั่นไลน์

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุภาพ และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง มีนาคม ๒๕๖๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ ๒ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

<u>ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง</u>

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= ๓๒)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
๑. เพศ		
ชาย	๑๓	๔๐.๖๓
หญิง	๑๙	๕๙.๓๗
๒. อายุ		
๑๘-๒๕	๐	๐.๐๐
๒๖-๓๕	๙	๒๘.๑๓
๓๖-๔๕	๑๐	๓๑.๒๕
๔๖-๕๙	๑๓	๔๐.๖๒

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
๓.สถานภาพสมรส		
โสด	๗	๒๑.๘๘
สมรส/คู่	๒๒	๖๘.๗๕
หม้าย/หย่าร้าง	๓	๙.๓๗
๔. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	๐	๐.๐๐
ประถมศึกษา	๔	๑๒.๕๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๓	๙.๓๘
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	๓	๙.๓๗
อนุปริญญา/ปวส.	๑๖	๕๐.๐๐
ปริญญาตรี	๖	๑๘.๗๕
สูงกว่าปริญญาตรี	๐	๐.๐๐
๕.อาชีพ		
เกษตรกรรม	๔	๑๒.๕๐
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	๒	๖.๒๕
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	๑๙	๕๙.๓๗
รับจ้าง	๗	๒๑.๘๘
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/ทำงาน บ้าน	๐	๐.๐๐
อื่นๆ	๐	๐.๐๐
๖. รายได้		
ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท	๐	๐.๐๐
๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาท	๖	๑๘.๗๕
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท	๒	๖.๒๕
๑๕,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๒๐	๖๒.๕๐
๓๐,๐๐๑-๔๕,๐๐๐ บาท	๔	๑๒.๕๐
๔๕,๐๐๑-๖๐,๐๐๐ บาท	๐	๐.๐๐
๖๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป	๐	๐.๐๐
๗. BMI		
น้อยกว่า ๑๘.๕	๓	๙.๓๘
๑๘.๕-๒๒.๙ (ปกติ)	๑๐	๓๑.๒๕
๒๓.๐-๒๔.๙ (น้ำหนักเกิน/ท้วม)	๑๐	๓๑.๒๕
๒๕.๐-๒๙.๙ (อ้วน)	๙	๒๘.๑๒
มากกว่า ๓๐ (อ้วนมาก)	๐	๐.๐๐

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
๘. โรคประจำตัว		
มี	๓	๙.๓๗
ไม่มี	๒๙	๙๐.๖๓
๙. ญาติสายตรงของท่านมีใครเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
มี	๑๘	๕๖.๒๕
ไม่มี	๑๔	๔๓.๗๕

จากตารางที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๙.๓๗ ช่วงอายุ ๔๖-๕๙ ปี ร้อยละ ๔๐.๖๒ , สถานภาพสมรส สมรส/คู่ ร้อยละ ๖๘.๗๕ ระดับการศึกษา อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ ๕๐ , ประกอบอาชีพ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๕๙.๓๗ มีรายได้ ๑๕,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๖๒.๕๐ ดัชนีมวลกายปกติและน้ำหนักเกินเท่ากัน ร้อยละ ๓๑.๒๕ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๙๐.๖๓ และมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๖.๒๕

<u>ส่วนที่ ๒ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต</u>

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n=๓๒)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร					
ก่อนทดลอง	๓.๕๑	.๓๕	ดี		
				-๓.๐๑	.๐๑
หลังทดลอง	๓.๕๗	.๓๑	ดี		
ด้านออกกำลังกาย					
ก่อนทดลอง	๒.๔๓	.๖๑	น้อย		
				-๔.๗๙	.๐๐๑
หลังทดลอง	๒.๘๙	.๘๘	ปานกลาง		

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	p-value
ด้านอารมณ์					
ก่อนทดลอง	๓.๐๙	๑.๓๒	ปานกลาง		
				๐.๕๒๓	.๑๖
หลังทดลอง	๓.๒๑	๑.๔๐	ปานกลาง		
ด้านการสูบบุหรี่และสุรา					
ก่อนทดลอง	๔.๕๖	.๖๐	ดีมาก		
				-๒.๑๐๔	.๐๕
หลังทดลอง	๔.๖๘	.๔๘	ดีมาก		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม					
ก่อนทดลอง	๓.๔๐	.๓๙	ปานกลาง		
				-๖.๔๑	.๐๐๑
หลังทดลอง	๓.๕	.๔๐	ดี		

p-value < ๐.๐๕ คือการมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ ๒ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-๖.๔๑ , *p* = .๐๐๑) โดยเมื่อจำแนกพฤติกรรมรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง โดยพบว่า ด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (t=-๓.๐๑, *p* = .๐๑) ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-๔.๗๙ , *p*=.๐๐๑) และด้านการสูบบุหรี่และสุรา มีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (t=-๒.๑๐๔, *p*=.๐๕) ส่วนด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๐.๕๒๓, *p*=.๑๖๑)

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	ก่อนการทดลอง (n=๓๒)		หลังการทดลอง (n=๓๒)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
ดี	๑๖	๕๐.๐๐	๒๒	๖๘.๗๕
ปานกลาง	๑๖	๕๐.๐๐	๑๐	๓๑.๒๕
น้อย	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
ปรับปรุง	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐

จากตารางที่ ๓ พบว่า ก่อนการทดลองระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและดี เท่ากัน ร้อยละ ๕๐ และหลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับดี เพิ่มมากขึ้นเป็น ร้อยละ ๖๘.๗๕ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลางลดลงเป็น ๓๑.๒๕

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	ก่อนการทดลอง (n=๓๒)		หลังการทดลอง (n=๓๒)		t	P-Value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความดันซิสโตลิก	๑๓๑.๕๖	๕.๖๓	๑๒๗.๙๒	๖.๔๕	๒.๖๙	.๐๑
ความดันไดแอสโตลิก	๘๔.๖๓	๔.๗๓	๘๑.๗๕	๖.๔๒	๒.๑๒	.๐๕

p-value < ๐.๐๕ คือการมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ ๔ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๖๙ p = .๐๑) และ ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๑๒ p = .๐๕)

ตารางที่ ๕ เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

การเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง (n=๓๒)		หลังการทดลอง (n=๓๒)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลดลงจนปกติ (SBP ๑๒๐-๑๒๙ และ/หรือ DBP ๘๐-๘๔)	๐	๐	๑๒	๓๗.๕
เสี่ยงความดันโลหิตสูง (SBP สูงกว่าปกติ ๑๓๐-๑๓๙และ/หรือ DBP๘๕-๘๙	๓๒	๑๐๐	๒๐	๖๒.๕
วินิจฉัยความความดันโลหิตสูง (SBP ๑๔๐-๑๕๙และ/หรือ DBP ๙๐-๙๙)	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐

จากตารางที่ ๕ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีผลของระดับความดันโลหิต ส่วนใหญ่ยังเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๒.๕ และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงจนปกติ ร้อยละ ๓๗.๕

สรุปผลการวิจัย

๑. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๙.๓๗ ช่วงอายุ ๔๖-๕๙ ปี ร้อยละ ๔๐.๖๒ , สถานภาพสมรส สมรส/คู่ ร้อยละ ๖๘.๗๕ ระดับการศึกษา อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ ๕๐ , ประกอบอาชีพ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๕๙.๓๗ มีรายได้ ๑๕,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๖๒.๕๐ ดัชนีมวลกายปกติและน้ำหนักเกินเท่ากัน ร้อยละ ๓๑.๒๕ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๙๐.๖๓ และ
มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๖.๒๕

๒. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-๖.๔๑ , p = .๐๐๑) โดยเมื่อจำแนกพฤติกรรมรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงโดยจะพบว่า ด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (t=-๓.๐๑, p = .๐๑) ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-๔.๗๙ , p=.๐๐๑) และด้านการสูบบุหรี่และสุรา มีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (t=-๒.๑๐๔, p=.๐๕) ส่วนด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๐.๕๒๓, p=.๑๖๑)

๓. ก่อนการทดลองระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและดี เท่ากัน ร้อยละ ๕๐ และหลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับดีเพิ่มมากขึ้นเป็น ร้อยละ ๖๘.๗๕ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลางลดลงเป็น ๓๑.๒๕

๔. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๖๙ p = .๐๑) และ ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๑๒ p = .๐๕)

๕. หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีผลของระดับความดันโลหิต ส่วนใหญ่ยังเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๒.๕ และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงจนปกติ ร้อยละ ๓๗.๕

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุภาพ และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ ๑ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-๖.๔๑ , p = .๐๐๑) โดยเมื่อจำแนกพฤติกรรมรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง โดยพบว่า ด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (t=-๓.๐๑, p = .๐๑) ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-๔.๗๙ , p=.๐๐๑) และด้านการสูบบุหรี่และสุรา มีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (t=-๒.๑๐๔, p=.๐๕) ส่วนด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๐.๕๒๓, p=.๑๖๑)

โรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (อัจฉรา ปุราคม, ๒๕๕๘) ก่อนการทดลองระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลางและดี เท่ากัน ร้อยละ ๕๐ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก ๓อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ ๒ส. (ไม่สูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา) ในการลดการเกิดโรคเรื้อรังซึ่ง อ.ที่ ๑ คือ อาหาร รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ ครบทั้ง ๕ หมู่ ลดความหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ รับประทานอาหารหลากหลาย อ.ที่ ๒ คือ ออกกำลังกาย ทำให้แข็งแรง อายุยืน โดยออกกำลังกายครั้งละ ๓๐ นาทีและทำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓-๕ วัน อ.ที่ ๓ คือ อารมณ์เลือกวิธีที่ถนัด สนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน ลดความเครียดมีความสุข เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ นอนหลับพักผ่อน ปลูกต้นไม้ พูดคุยพบปะกับเพื่อนเป็นต้น ส.ที่ ๑ คือ ลดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจขาดเลือดหลอดเลือดหัวใจตีบ ส.ที่ ๒ คือ ลดการดื่มสุรา การดื่มสุรา ทำให้ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจ (สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม, ๒๕๖๒) ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการตนเองที่จัดขึ้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์เกลิค-บายส์ (Kanfer and Gaelick-Buys, ๑๙๘๘) ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมจะเน้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน ประกอบกับ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบ อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ ๕๐ และประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๕๙.๓๗ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมจะเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกับผู้วิจัย โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักต่อโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ มีการกำหนดเป้าหมาย (goal-setting) ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการกำหนดเป้าหมายนั้น จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามมากขึ้น และมีความพยายามในช่วงเวลาที่ยาวนานขึ้น การติดตามตนเอง (self-mornitoring) ติดตามบันทึกระดับความดันโลหิต การ

ประเมินตนเอง (self -evaluation) ประเมินผลความดันโลหิตเทียบกับค่าเป้าหมายและค่าปกติของ ระดับความดันโลหิต

การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเอง อันจะเป็นการสร้างแรงจูงใจ เสริมแรงทางบวกทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ ช่วยสนับสนุนให้เกิดความยินยอมร่วมมือในปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องต่อไป หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับดี เพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ ๕๐.๐๐ เป็น ร้อยละ ๖๘.๗๕ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลาง ลดลงจากร้อยละ ๕๐.๐๐ เป็น ๓๑.๒๕ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพาภรณ์ จันทร์ศรี , กนกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล (๒๕๖๓) ได้ทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=๒.๕๒, SD=.๑๗๓) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (Mean=๒.๑๕, SD=.๓๖๖) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean=๒.๐๔, SD=.๒๑๙) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.๐๐๑ ชี้ให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

สมมุติฐานข้อที่ ๒ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๖๙ p = .๐๑) และ ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๑๒ p = .๐๕)

การส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, ๑๙๘๘) นั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทราบพฤติกรรมที่เสี่ยง นำไปสู่การตั้งเป้าหมาย และติดตามวัดระดับความดันโลหิต การเสริมแรงตนเองเพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้และต่อเนื่อง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบต่างๆ และการปฏิบัติตามหลัก ๓อ.๒ส. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ทำให้ตระหนักถึงผลกระทบต่างๆที่ตามมา ส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๖๙ p = .๐๑) และ ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=๒.๑๒ p = .๐๕) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา สิทธิวัง ศิวพร อึ้งวัฒนา และ เดชา ทำดี (๒๕๖๓) ได้วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.๐๕)

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ๑.การตั้งเป้าหมาย (goal-setting**)** ๒.การติดตามตนเอง (self-mornitoring) ๓.การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ ๔.การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) อย่างต่อเนื่อง การประเมินตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ วิเคราะห์ หาสาเหตุค้นหาปัญหาของตนเองนำไปสู่การวางแผนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถเสริมแรงตนเองได้ อีกทั้งการเสริมแรงทำให้มีการจัดการตนเองได้อย่าง

ต่อเนื่องเกิดความเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังเพิ่มคุณภาพในการให้บริการทางสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่ต้องการการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๑ ควรกำหนดเป็นแนวทางให้แก่พยาบาล , พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

๑.๒ ควรจัดให้มีบริการด้านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ๓อ.๒ส. เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย NCD

๒. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

๒.๑ ควรมีการเพิ่มให้ครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

๒.๒ ควรมีการใช้ค่าระดับความดันโลหิต ที่ได้จากการบันทึกผล นำมาวางแผนเพื่อประเมินการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และประเมินการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๒.๓ ควรเพิ่มรูปแบบการกำกับติดตามกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือก

๓. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๓.๑ ควรมีการศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะเวลา ๑ ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว

๓.๒ ควรเพิ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง

๓.๓ ควรมีการนำผลของโปรแกรมส่งเสริมการจดัการตนเองไปศึกษาซ้ำ ในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖, ๑๑ พฤษภาคม). ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว https://ddc.moph.go.th/odpc๙/news.php?news=๓๔๐๒๖&deptcode=odpc๙&news_view=๗๒๒๒๙๙

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) *กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. *แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม ๓อ.๒ส. ของประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี ๒๕๖๑.* https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/๒๐๑๘๐๖๒๗๑๒๔๖๑๓.pdf

ขนิษฐา สารีพล และปัทมา สุจริต. (๒๕๕๘). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, ๓๓*(๓), ๑๑๐-๑๑๖.

จรณิต แก้วกังวาล และประตาป สิงหศิวานนท์. (๒๕๖๑). *ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก.* ใน พรรณี ปิติสุทธิธรรม และชยันต์ พิเชียรสุนทร. (น. ๑๐๗-๑๔๐).

ชลการ ชายกุล. (๒๕๕๗). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุ.* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. คลังปัญญามหาวิทยาลัยศรีนครินทร์. https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/๒๐๑๐/๙๖๔๗/๑/๓๘๗๘๐๔.pdf

ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, และสราญรัตน์ ลัทธิ, (๒๕๖๒, ๑๗ พฤษภาคม). *ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี ๒๕๖๒,* สำนักสารนิเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/๒/๐๗/๑๒๗๑๗๘/

ณัฐสิทธิ์ สินโท, วิโรจน์ คาแก้ว, อิสรา จุมมาลี และธารินี ศรีศักดิ์นอก. (๒๕๖๕). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, ๑๕*(๓), ๙๙-๑๑๓.

ธนวรรธณ์ อิ่มสมบูรณ์. (๒๕๔๖). “พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ”. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ ๓. นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

นุสบา สันหละ. (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตอพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, ๑*(๑), ๒๗-๓๙.

พาภรณ์ จันทร์ศรี, กนกพร นทีธนสมบัติ, และทวีศักดิ์ กสิผล. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, ๖(๒), ๕๘-๖๘.

เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาศุขะ, และทศพร คำผลศิริ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, ๓๙(๔), ๑๒๔-๑๓๗

พีระ บูรณะกิจเจริญ. (๒๕๕๓). *ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. หมอชาวบ้าน.

ทศพร คำผลศิริ. (๒๕๖๑). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมผู้สูงอายุ. ใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ , และ ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ (บ.ก.), การพยาบาลผู้สูงอายุ (น. ๘๙-๑๐๔). บริษัท สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.

รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล และศศิธร รุจนเวช. (๒๕๕๙). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์นาวี. ๓๕*(๔), ๓๐๖-๓๕๙.

รัฏฐธุรินีย์ ธนเศรษฐ. (๒๕๖๑). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน. *วารสารวิชาการ สคร. ๙ ปี,* ๒๔(๒), ๑๐๐-๑๑๑.

วิชยา เห็นแก้ว, เบญจมาศ ถาดแสง, มณี กิติศรี, และฉัตรชัย ไวยะกา. (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, ๔๔(พิเศษ), ๖๐-๗๐.

ศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาส ชิณวงศ์. (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ ๕ เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,* ๔๑(๔), ๗๔-๘๕.

ศิริวัฒน์ วงค์พุทธคำ. (๒๕๕๑). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, ๓๖(๓), ๑๒๕-๑๓๖.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, (๒๕๖๒). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒*. บริษัท ทริค ธิงค์.

สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนาม, และเดชา ทำดี. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดัน โลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาล*, ๔๗(๒), ๘๕-๙๗.

สันติ ธรรมชาติ. (๒๕๔๕). *สุขภาพจิตในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในงาน ของผู้บริหารธนาคารออมสิน สำนักงานใหญ่* [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๙). *คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ การบริหารบริการโรคเรื้อรัง เล่ม ๔*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐. https://bit.ly/๒WcR๕zM

สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม. (๒๕๖๒). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก ๓อ. ๒ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. *วารสารราชพฤกษ*, ๑๗(๒), ๙๕-๑๐๔.

อนุสรา กันทาอ้าย. (๒๕๕๕). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กด้อยโอกาส จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัจฉรา ปุราคม. (๒๕๕๘). *การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ.* พริ้นติ้งกรุ้ป

American Heart Association. (๒๐๒๓, May ๓๑). What are the Symptoms of High Blood Pressure?. https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/why-high-blood-pressure-is-a-silent-killer/what-are-the-symptoms-of-high-blood-pressure

American Heart Association. (๒๐๒๐). Clinical practice guidelines ๒๐๒๐ International Society of Hypertension Global Hypertension practice guidelines. *Hypertension*, *๗๕*, ๑๓๓๔-๑๓๕๗.

Aronow, W.S., Fleg, J.L., Pepine, C.J., Artinian, N.T., Bakris, G., Brown, A.S., et al. (๒๐๑๑). ACCF/AHA ๒๐๑๑ expert consensus document on hypertension in the elderly: A report Of The American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, *๕๗*(๒๐), ๒๐๓๗-๒๑๑๔.

Benetos, A., Petrovic, M., & Strandberg, T. (๒๐๑๙). Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circulation Research*, *๑๒๔*(๗), ๑๐๔๕-๑๐๖๐.

Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (๑๙๘๕). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Journal for the Association for Persons with Severe Handicaps*, *๑๐*(๔), ๒๐๐-๒๐๘.

Delavar, F., Pashaeypoo, S., & Negarandeh, R. (๒๐๒๐). The effects of self-management educationtailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial *Patient Education and Counseling*, *๑๐๓*(๒), ๓๓๖-๓๔๒. https://doi.org/๑๐.๑๐๑๖/j.pec.๒๐๑๙.๐๘.๐๒๘.

Duygu, K., & Gurdogan, P. E. (๒๐๒๒). The Effect of Self-Management Support on Knowledge Level, Treatment Compliance and Self-Care Management in Patients With Hypertension. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, *๓๙*(๓).๑๔-๒๓. https://doi.org/๑๐.๓๗๔๖๔/๒๐๒๐.๓๙๓.๕๔๓.

Gill, R., & Goldstein, S. (๒๐๒๐). *Evaluation and Management of Perioperative Hypertension*. Statearls.

Huai, P., Xun, H.,Reilly, H. K., Wang, Y., Ma, W., & Xi, B. (๒๐๑๓). Physical activity and risk of hypertension: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertesion*, *๖๒*(๖), ๑๐๒๑-๑๐๒๖.

Health Data Center. (๒๕๖๗, ๑๒ เมษายน). *อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=๖a๑fdf๒๘๒fd๒๘๑๘๐eed๗d๑cfe๐๑๕๕e๑๑&id=๖b๙af๔๖d๐cc๑๘๓๐d๓bd๓๔๕๘๙c๑๐๘๑c๖๘

Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (๑๙๘๘). *Self-management methods. Ihelping people change*. In Kanfer F.H. & Goldstein A.P. (Eds.), (pp.๒๘๓-๒๓๘). Pergamon.

Rensis Likert. ๑๙๓๒ cited in Black and Champion. ๑๙๗๖ : ๑๘๖

Nguyen, Q. T., Anderson, S. R., Sanders, L., & Nguyen, L. D. (๒๐๑๒). Managing hypertension inthe elderly: A common chronic disease with increasing age. *American Health & Drug Benefits*, ๕(๓), ๑๔๖-๑๕๓.

National Institutes of Health. (๒๐๐๓). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. NIH Publication.

Oliveros, E., Patel , H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, A. K. (๒๐๒๐). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology,* ๔๓(๒), ๙๙-๑๐๗.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (๒๐๐๖). Health promotion in nursing practice. (๕th ed.). Pearson education.

Pender, N. J. (๑๙๙๖). *Health promotion in nursing practice*. (๓rd ed.). Appleton & Lange.

Redman, L., & B. K. (๒๐๐๔). *Patient self-management of chronic disease: The Health care provider's challenge*. Jones & Bartlett.

Panasakulkan, S., & Muksiritipanun, P. (๒๐๑๕). Hypertension and aging. *Ageing Research Reviews*, ๒๖, ๙๖–๑๑๑. https://doi.org/๑๐.๑๐๑๖/j.arr.๒๐๑๕.๐๑.๐๐๗.

World Health Organization. (๒๐๒๓, ๑๖ March). *Hypertension.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.

World Health Organization . (๒๐๑๓). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.