

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effects of Self - Management Program among uncontrolled hypertension patients, Lab
Lae Hospital, Uttaradit Province

(Received: January 13,2024 ; Revised: February 21,2024 ; Accepted: February 25,2024)

อภิญา อุบลสะอาด¹
Apinya Ubolsaad¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมที่ใช้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 12 สัปดาห์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effect of a self-management program on blood pressure control behaviors among hypertensive patients. The self-management program proposed by the concept of Kanfer and Gaelick-Buys. 30 participants were recruited by purposive sampling. Participants were diagnosed as hypertensive at Lab Lae Hospital, Uttaradit Province. The research instruments were a self-management program and the behavioral questionnaire for controlling blood pressure. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t test.

The results showed the mean scores of health behavior of hypertensive patients in the experimental group after received the program higher than before received the program and significantly at the level 0.05. Blood pressure values of hypertensive patients in the experimental group after received the program has a lower value than before received the program and significantly at the level 0.05.

Keywords: Self-management program, Uncontrolled hypertensive patients, Health behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรง เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.28 พันล้านคน¹ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน (World Hypertension League, 2020) สำหรับ

ในประเทศไทยรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า อัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 13.1, 14.1, 14.2, 14.8 และ 15.1 ต่อแสนประชากร² สำหรับจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี 2562 - 2565 เท่ากับ 5.56, 5.65 และ 3.14 ต่อแสนประชากร³ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินและการรักษาโรค

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลับแล

ความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา ฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8: JNC 8) กำหนดเกณฑ์การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมโดยความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตร/ปรอท ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตร/ปรอท กลุ่มผู้ป่วยโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคไตให้มีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 160 มิลลิเมตร/ปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตร/ปรอท³ ปัจจัยส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจากการมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ได้แก่ กิจกรรมทางกายน้อยลงรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมและไขมันสูง มีความเครียดสะสม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองและโรคไต และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสียชีวิต ร้อยละ 73.79⁴ ซึ่งแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อาทิ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงจำเป็นต้องหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ³

แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L.)⁵ มีกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเองและ

การเสริมแรงตนเองที่เป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีบุคลากรทีมสุขภาพทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องยากเพราะเป็นนพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเคยชินและเป็นเรื่องปกติของชีวิต จึงจำเป็นต้องมีกลวิธีหรือเทคนิคมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของรัฐริณีย์ ธนเศรษฐ์⁶ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L.)⁵ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และการศึกษาของสายฝน วรรณขาว⁷ ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังทดลองสัปดาห์ที่ 7 และสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนทดลอง เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ⁸ จะเห็นว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่การพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ จึงนำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนแฟร์และกาลิคบายส์ (Kanfer, F. H & Gaelick-Buys, L.)⁵ มาเป็นแนวคิดในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่กำหนด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังเข้าร่วมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest - posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลับแล ที่ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-180/99 มิลลิเมตร/ปรอท ในรอบ 3

เดือนที่ผ่านมาและได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2566 จำนวน 265 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการพิจารณาค่าขนาด อิทธิพลซึ่งเลือกขนาดกลาง (effect size) เท่ากับ 0.7 ค่าอำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burns & Groove, 2009) 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-180/99 มิลลิเมตร/ปรอท ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา ได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารปกติได้อ่านออกเขียนได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ เข้ารับการพักรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการวิจัย มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตที่จำเป็นต้องล้างไต โรคเอดส์ วัณโรค ทубerculosis หรือบกพร่องทางการมองเห็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรับยา/เปลี่ยนยาระหว่างการวิจัย ทубerculosis หรือความบกพร่องทางการมองเห็น

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของชนิษฐา สารีพล และปัทมา สุจริต¹¹ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ (5 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์ (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อ นั้นเลยใน 1 สัปดาห์ (0 คะแนน) เกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลแบบอันตรายภาคขึ้น ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ¹² ได้แก่ ไม่ดีมาก (0.00-1.00) ระดับไม่ดี (0.00-1.00) ระดับพอใช้ (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) และระดับดีมาก (4.01-5.00)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 12 การโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง และประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.3 สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2 เรื่อง ประกอบด้วย (1) ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาความดันโลหิตสูง (2) การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีการผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา

2.4 แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย (1) เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการปฏิบัติการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา มีลักษณะแบบเติมข้อความ (2) การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นจริงรายวัน โดยกลุ่มตัวอย่างบันทึกด้วยตนเองทุกวัน

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและตรวจสอบหาความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมืออีกครั้ง โดยนำมาหาค่าความตรงตาม เนื้อหา (content Validity Index : CVI) เมื่อได้ค่า CVI จึงนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพฯ มาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

นำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient)¹³ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาลงของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้กลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกันรับฟังความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง (1) โรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมความดันโลหิต (2) การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา (3) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ด้วยวิธีกายบริหาร และ (4) ฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 2- 11 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3, 7, 10 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลร่วมกับแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 5, 9 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นให้สมาชิก

ภายในกลุ่มเลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้แรงเสริมทางสังคม

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลโปรแกรมโดยซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการทดสอบค่าที (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ UHPO REC 088/2566 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 เพศหญิง ร้อยละ 40.0 อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 57.4 ปี อายุต่ำสุด 41 ปี อายุสูงสุด 69 ปี

นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี เท่ากัน คือ ร้อยละ 13.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.7 รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ 30,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 13.3 รายได้เฉลี่ย 11,224.33 บาท ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 42,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาล คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 76.7 รองลงมา คือ สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 13.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 6 ปี และระหว่าง 6 – 10 ปี เท่ากัน คือ ร้อยละ 36.7 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 86.7 (ไขมันในเลือด ความดันโลหิตสูง โรคไต) ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ พ่อ/แม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.0 และสามี/ภรรยาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

2.1 ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต

ไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.96, SD=.34$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับดีมาก ได้แก่ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระดับดี ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (ตารางที่ 1)

2.2 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อยู่ในระดับดีมาก ($v=4.07, SD=.34$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับดีมาก ได้แก่ การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ระดับดี ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (ตารางที่ 1)

2.3 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกรายด้านก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	3.72	.35	ดี	3.63	.30	ดี	2.275	.030 *
การออกกำลังกาย	3.15	1.21	ดี	3.58	.88	ดี	5.618	.000 *
การจัดการความเครียด	4.16	.55	ดีมาก	4.22	.45	ดีมาก	1.140	.264
การรับประทานยา	4.63	.51	ดีมาก	4.78	.29	ดีมาก	2.894	.007 *
การมาพบแพทย์ตามนัด	4.28	.78	ดีมาก	4.65	.41	ดีมาก	3.717	.001 *
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	4.58	.74	ดีมาก	4.68	.28	ดีมาก	3.261	.003 *
โดยรวม	3.96	.34	ดี	4.07	.27	ดีมาก	4.748	.000 *

3. สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

3.1 ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.7 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.3 ดัชนีมวลกายอ้วน/อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (BMI > 25 ขึ้นไป) ร้อยละ 60.0 รอบเอวน้อยกว่า 91 เซนติเมตร ร้อยละ 66.7 ความดันขณะหัวใจคลายตัว (systolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (140-159 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (160-179 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 40.0 ความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (90 - 99 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (100 - 109 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 20.0 (ตารางที่ 2)

3.2 หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ไม่สูบบุหรี่

ร้อยละ 80.0 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.7 ดัชนีมวลกายอ้วน/อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (BMI > 25 ขึ้นไป) ร้อยละ 56.7 รอบเอวน้อยกว่า 91 เซนติเมตร ร้อยละ 83.3 ความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (140-159 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (160-179 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 33.3 ความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) คือ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (90-99 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง (100-109 มิลลิเมตร/ปรอท) ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 2)

3.3 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว (เซนติเมตร) ความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) และความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ดัชนีมวลกาย (BMI)	27.05	4.01	26.70	3.76	3.269	.003 *
รอบเอว (เซนติเมตร)	86.10	7.96	85.93	7.77	2.065	.048 *
ความดันขณะหัวใจบีบตัว	157.80	9.34	148.93	8.30	8.175	.000 *
ความดันขณะหัวใจคลายตัว	90.60	11.22	89.63	9.61	3.205	.003 *

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว (เซนติเมตร) ความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) และความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดีกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา กระจ่างแก้ว บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และวันเพ็ญ ภิญญิณาสกุล¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะ

ความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า พฤติกรรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมลดลง และการศึกษาพิมพ์ใจ อุ๋นบ้าน สุมิตรพร จอมจันทร์ และณิชา ทิพย์วรรณ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งการวิจัยนี้ประยุกต์แนวความคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys⁵ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมโดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกันรับฟังความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง (1) โรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมความดันโลหิต (2) การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา (3) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหาร (4) ฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ขั้นตอนที่ 2 การจัดการตนเอง (self-management) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลร่วมกับแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง รวมทั้ง ประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะ จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มเลือกผู้ที่ สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้แรงเสริมทางสังคม

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ความดันขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) และความดันขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) ลดลง เนื่องจาก ผู้วิจัยติดตามเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น

ระยะ ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับข้อเสนอของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย³ ที่กล่าวว่า การลดน้ำหนักในผู้ป่วย ที่มี BMI >25 กก./ม.² มีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต คือ น้ำหนักที่ลดลง 1 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (ความดันโลหิตซิสโตลิก) ได้เฉลี่ย 1 มิลลิเมตร/ปรอท และการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้เฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตร/ปรอท การรับประทานอาหารแบบ DASH มีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง 8-14 มิลลิเมตร/ปรอท การจำกัดโซเดียมในอาหารมีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง 2-8 มม.ปรอท การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอมีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ลดลงเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตร/ปรอท การลดการดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิตคือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงเฉลี่ย 2-4 มิลลิเมตร/ปรอท เช่นเดียวกัน ผลการวิจัยนี้พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว (เซนติเมตร) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภลักษณ์ ทองขาว นิภา กิมสูงเนิน และรัชนิยาม จันทรา¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผลการศึกษาของรุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และวิศรา ปันทองกลาง¹⁷ ที่พบว่า ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมี

ส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี บุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น

2. ควรมีการ ศึกษาวิจัยในระยะยาว โดยอาจเพิ่มระยะเวลาการศึกษาจาก 3 เดือนเป็น 6 เดือน และปรับกิจกรรมของโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาใน

การติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของค่า ความดันโลหิตถึงความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร. นภดล เลื่อนนักรบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องการวิจัย อาจารย์พิเศษ พวงนาค ขำราชการบำนาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ให้คำแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลับแล ที่อำนวยความสะดวกอย่างดี ตลอดระยะเวลาการวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 2021 Sep 19]. Available from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>.
- สำนักโรคติดต่อ. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 66] เข้าถึงจาก: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14502&gid=1-015-005>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 66] เข้าถึงจากhttps://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 66] เข้าถึงจาก: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูงโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. เข้าถึงจาก: https://www.thaincd.com/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods*. (4th ed.). New York: Pergamonpress, 1991.
- รัฐธรรณิย์ ชนเศรษฐ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน” วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมโรคที่ 2561; 24: 100-111.
- สายฝน วรรณขาว. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์. 2562; 11: 126-141.
- สุพัตรา สิทธิวิง, ศิวพร อังวัฒนา และเดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 66] เข้าถึงจาก: [43https://www.tcithaijo.ort/index.php/TJONC/article/43/download/2626/2007](https://www.tcithaijo.ort/index.php/TJONC/article/43/download/2626/2007)
- Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1988.

10. Burns, N., & Groove, S. K. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis: Saunders Elsevier. 2009.
11. ชนิษฐา สารีพล, และปัทมา สุริต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. Journal of Nursing and Health Care; 2558. 33; 110-116.
12. Best, J. W. and Kahn J.V.. Research in Education. 7th ed. Boston, MA: Allyn and Bacon. 1993.
13. Conbarch, L. Joseph. Essential of Psychology and Education. New York: Mc-Graw Hill. 1994.
14. นิตยา กระจ่างแก้ว บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี และวันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล (2565) ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(4) 725-434.
15. พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน สุมิตรพร จอมจันทร์ และณิชา ทิพย์วรรณ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, 2564; 13: 59-72.
16. ศุภลักษณ์ ทองขาว นิภา กิมสูงเนิน และรัชนินาม จันทรา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ป่วยใหญ่ตอนต้น, 2564; 32: 73-88.
17. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และวริศรา ปั่นทองกลาง. ผลของโปรแกรมยกระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะอาด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 2565; 4: 26-40.