

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอนาทม จังหวัดสุรินทร์

Development of a care model for patients with uncontrolled hypertension by applying social support in the area of Krapho Subdistrict Health Promotion Hospital, Tha Tum District, Surin Province.

(Received: August 30, 2025 ; Revised: September 15, 2025 ; Accepted: September 16, 2025)

จารุวัฒน์ สาแก้ว¹

Jaruwat sakaew¹

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอนาทม จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คน และ 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทดลองใช้รูปแบบจำนวน 35 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 - พฤษภาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และระดับความดันโลหิต สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย Paired-T test และ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่ารูปแบบที่พัฒนามาได้มี 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมทำความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว 2) กิจกรรมออกแบบแผนดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมกัน 3) ดำเนินงานและสนับสนุนต่อเนื่องโดยเฉพาะคนในครอบครัว เป็นแบบอย่าง และเป็นผู้ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) มีการติดตาม ประเมินผล และชื่นชม หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study was an action research (AR) to develop a care model for patients with uncontrolled hypertension by applying social support in the area of Krapho Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Tum District, Surin Province, based on the concept of Kemmis and McTaggart. Two purposive sample groups were selected: 1) a sample group for collecting qualitative data and developing a care model for patients with uncontrolled hypertension, purposively selecting 12 patients; and 2) 35 patients with uncontrolled hypertension. They participated in the research process at Krapho Subdistrict Health Promoting Hospital between March - May 2025. Quantitative and qualitative data were collected from questionnaires and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and blood pressure levels and inferential statistics were analyzed using Paired-T test and Wilcoxon Signed-Rank Test. The developed model consisted of four activities: 1) activities to understand patient and family problems; 2) activities to design a care plan for patients, families, communities, and public health personnel together; 3) ongoing operations and support, especially family members, as role models and facilitators in behavior change; and 4) follow-up, evaluation, and appreciation.

Keywords: uncontrolled hypertension, model development, health care, social support

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอนาทม จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการตายหรือเกิดทุพพลภาพในผู้ป่วย โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,300 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจและหลอดเลือด และคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.58 พันล้านคน โดยในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ ถึงเกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้าน จากกระบวนรายงานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมของประเทศ ปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7 ล้านคน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีจำนวนมากถึง 2.8 ล้านคน¹

สำหรับจังหวัดสุรินทร์ ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 120,029, 125,699 และ 131,139 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 8,981.96 , 9,133.58 และ 9,551.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับจำนวนเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,346, 4,862 และ 3,747 ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 250.39 , 353.28 และ 272.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² อำเภอนาทม ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11,919, 9,982 และ 10,155 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 12,695.45, 10,439.13 และ 10,667.24 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จำนวนเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 248,283

และ 290 คนตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 264.16, 295.96 และ 304.63 ต่อแสนประชากรตามลำดับ³ สำหรับตำบลกระโพ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 423 , 453 และ 466 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 7934.72, 8398.22 และ 8765.99 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จำนวนเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15, 13 และ 16 คนตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 281.37, 241.01 และ 300.98 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 117 คน⁴ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นในทุกระดับจึงได้สำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มาใช้บริการในเขตรับผิดชอบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 55 คน พบว่าโดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม เครื่องปรุงรส เป็นประจำมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 70.5 การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 43.7 การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน คิดเป็นร้อยละ 72.8 การออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 75.3 การเกิดความเครียดและการจัดการความเครียด ร้อยละ 55.8 การมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 47.6 จากพฤติกรรมดังกล่าวหากปล่อยให้เกิดขึ้นในระยะเวลายาวนานจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ได้แก่ น้ำหนักเกิน/ อ้วนลงพุง ภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการจัดการความเสี่ยง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรัง⁵ และถ้าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองอยู่ในระดับปกติได้⁶ นอกจากนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการ

สนับสนุนทางสังคม โดยคนในครอบครัว อาสาสมัคร สาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง⁷

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยเหตุผลข้างต้น เนื่องจากพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูง ยังต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากคนในครอบครัว อาสาสมัคร สาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด Kemmis and McTaggart⁸ ออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยเทคนิคการมีส่วนร่วม โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ Plan (วางแผน), Act (ปฏิบัติ), Observe (สังเกต), Reflect (สะท้อนผล) ดำเนินการในระหว่าง 1 มีนาคม

2568 – 30 พฤษภาคม 2568 รวม 3 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลท่าตูม ในรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ปี 2567 จำนวน 6 หมู่บ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 117 คน

กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คนประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านตัวแทนผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบคลินิกNCDs รพ. ท่าตูม พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. ประธานอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนสมาชิก อบต. ตัวแทน Caregiver (CG) ตำบลกระโพ ประธานโรงเรียน เบาหวานวิทยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ

กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลท่าตูม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้สูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.73 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าPower เท่ากับ 0.95 จากการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน⁶ จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการ และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน จำนวน 8 ข้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลกระโพ อำเภอดำรงวิทยารัษฎานุบำรุง จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมข้อความ (Open-ended)

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ

การสร้างแบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร จากตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องเชิงทฤษฎีและภาษาที่ใช้ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยการหาความตรง และครอบคลุมตามเนื้อหา และโครงสร้างที่ต้องการจะวัดของแบบสอบถาม แต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งชุด จากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนในเขตพื้นที่ตำบลบะ อำเภอดำรงวิทยารัษฎานุบำรุง จังหวัดสุรินทร์ แล้วนำข้อมูล นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder-Richardson Procedure-20 และ Cronbach's

Alpha Coefficient ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับว่าเครื่องมือมีคุณภาพ ความเชื่อมั่นที่สูงกว่า 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยง¹⁰ โดยค่าความเชื่อมั่นจากการทดลองใช้เครื่องมือ ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม ค่าความเชื่อมั่น 0.79 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. ผู้วิจัยจะสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวทีประชุมฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ
3. ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย
4. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)) สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย
5. ออกแบบ พัฒนาเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Plan) สัปดาห์ที่ 1,2

1. จัดสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ คณะทำงานร่วมกับผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที⁹ ระบุนโยบายหลักของผู้ป่วยที่ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เช่น ขาดความรู้ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

2. การสังเคราะห์ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นำข้อมูลจาก การสนทนากลุ่มย่อยร่วมกับข้อมูลรอง เช่น รายงานสุขภาพผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลจากคลินิกโรคเรื้อรัง

3. การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงร่วมกัน เช่น การสร้างกลุ่มสนับสนุน การจัดการอบรมให้ความรู้ การติดตามผ่านระบบการดูแล

3. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) หลังจากได้รูปแบบเบื้องต้น จะมีการกำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกันกับทีมสุขภาพและภาคีชุมชน โดยระบุกิจกรรม/ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะดำเนินการ ผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงาน ทรัพยากรที่ต้องใช้ วิธีการติดตามและประเมินผล แผนนี้จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการในระยะทดลองใช้ (Implementation) และสามารถปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากภาคีชุมชนได้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติการ (Act) สัปดาห์ที่ 3,4 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด ได้แก่:

1. กิจกรรมการให้ความรู้: จัดอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา การดูแลตนเอง

2. กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน: จัดกลุ่มผู้ป่วยและคนในครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ

3. กิจกรรมติดตามสุขภาพ: ใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านประจำทุกสัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ หรือแอปพลิเคชัน เช่น ไลน์กลุ่ม และ Google sheet

4. การสร้างเครือข่ายผู้ดูแล: ให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเป็นผู้ช่วยดูแล เตือนการรับประทานยา และติดตามการปฏิบัติตัว “Care Hypertension”

5. การติดตามการดำเนินการตามแผน ใช้แบบประเมินและบันทึกผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

เพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล อาทิ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง

6. จัดประชุมสรุปรายงานความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นประจำทุก 1 เดือน เพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน ระบุปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันปรับปรุงแก้ไขแนวทางการปฏิบัติงานระหว่างทาง เพื่อให้รูปแบบการดูแลมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 3: การสังเกต (Observe) เดือนที่ 2 และ 3 ในขั้นตอนของการสังเกตการณ์นี้ เป็นการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจริง การทดลองใช้ในพื้นที่จริงนี้จะช่วยให้เห็นถึงข้อดี ข้อจำกัด และความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นในทางปฏิบัติ ทำให้สามารถปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบท ได้อย่างแท้จริง การประเมินผลหลังการดำเนินการ หลังจากการนำรูปแบบไปใช้ระยะหนึ่ง โดยใช้วิธีการ ดังนี้:

1. วัดระดับความดันโลหิตเป็นระยะ (ก่อน, ระหว่างการทดลองและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแล)

2. ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยรับรู้ผ่านแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์

3. สังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร

4. การติดตามเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 4: การสะท้อนผล (Reflect) เดือนที่ 3 ภายหลังจากการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สรุปผลและถอดบทเรียน ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. จัดการประชุมร่วมกับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อนำผลการติดตามมาทบทวนและประเมินผล
2. วิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล เช่น ระดับความดันโลหิตที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย
3. ปรับปรุงรูปแบบการดูแลตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทั่วไป หากเป็นข้อมูลแบบกลุ่ม (categorical data) จะนำเสนอข้อมูลด้วยจำนวนและค่าร้อยละ (Percentage) หากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติจะนำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจะนำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) พร้อมค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ เปรียบเทียบคะแนนระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังดำเนินการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติ Paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.101/25

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ในปี 2567 (เดือนมกราคม) ทั้งสิ้นจำนวน 117 คน (ร้อยละ 27.11) ในหมู่บ้าน 6 หมู่บ้าน

เชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปว่าประชาชนบางครอบครัวอยู่ตามลำพัง ทำงานหนัก และขาดการดูแลสุขภาพตนเอง บุตรหลานไปทำงานต่างถิ่น และเมื่อเจ็บป่วยไม่มีคนช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ด้านการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีความเค็มสูง ขาดการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายเสมอ การจัดการความเครียด ตลอดจนการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพราะเชื่อว่ารับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว จะทำให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และเมื่อความดันโลหิตลดลงก็จะละเลยต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทางสาธารณสุข

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 64 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก (ร้อยละ 82.9) มีรายได้น้อย และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 10 ปี (ร้อยละ 40) อาศัยอยู่กับคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.9) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 24.4

1. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิต ($n=35$) หลังจากการศึกษา พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยนี้สามารถลดค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างค่าเฉลี่ย 7.34 ช่วงความเชื่อมั่น 95% คือ 3.30 - 11.39) ในขณะที่ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน แต่การลดลงนี้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n=35$) จากการศึกษา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Median = 100, IQR = 100-100) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Median = 4.88, IQR = 4.76-4.96) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Median = 5.00, IQR = 4.81-5.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n=35$) จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในระดับมาก และแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.6 แสดงการกระจายตัวของผู้ป่วยในแต่ละระดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยการกระบวนกร PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ Plan (วางแผน), Act (ปฏิบัติ), Observe (สังเกต), Reflect (สะท้อนผล) ผลการศึกษาดังนี้

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพในเดือนมกราคม 2567 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 466 คน คิดเป็น 8,765.99 ต่อแสนประชากร กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ ทั้งหมด 349 คน ร้อยละ 74.89 และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 117 คน ร้อยละ 25.11 จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 80⁴ และเมื่อเจ็บป่วยไม่มีคนช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ยังทำงานหนัก ทำนา เลี้ยงสัตว์ ด้านการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีความเค็มสูง เครื่องปรุงรส ขาดการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายเสมอ การจัดการความเครียด ตลอดจนการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักในการควบคุมระดับความดันโลหิต และมีความเชื่อว่ารับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว จะทำให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และเมื่อความดันโลหิตลดลงก็จะละเลยต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย และ บุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ บริบทของพื้นที่ สภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน การดูแลของเพื่อนบ้าน ชุมชน และปัญหาที่เกิดขึ้น การพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมของภาครัฐและชุมชนท้องถิ่น และหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่เหมาะสมตามบริบท

การปฏิบัติตามแผนงานและกิจกรรมตาม รูปแบบที่เหมาะสมแบ่งออกเป็น 4 กิจกรรม 1) กิจกรรมทำความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ประเมิน

สุขภาพ พฤติกรรม และความรู้ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการให้ข้อมูลและสร้างความตระหนักร่วมกันถึงความสำคัญของการควบคุมโรค จัดเวทีสะท้อนปัญหา ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับรู้ถึงปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน 2) กิจกรรมออกแบบแผนดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมกัน ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา โครงการลดเค็ม หรือจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3) ดำเนินงานและสนับสนุนต่อเนื่องโดยเฉพาะคนในครอบครัว เป็นแบบอย่างและเป็นผู้ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อาหาร การออกกำลังกาย การงดบุหรี่/สุรา) จัดยา และพาไปพบแพทย์ สำหรับในส่วนชุมชนให้มีการจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น เมนูอาหารลดเค็ม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เยี่ยมบ้านติดตามผล และ 4) มีการติดตาม ประเมินผล และชื่นชม รวบรวมข้อมูลสุขภาพ ประเมินความก้าวหน้า ปรับปรุงแผนและให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืนในการดูแลตนเอง

ผลการดำเนินการและประเมินผลการใช้รูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.60 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 64 ปี (SD.=63.7) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.90 มีรายได้ไม่น้อยเฉลี่ย 2,000 บาท ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 10 ปี ร้อยละ 40.00 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.90

ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในระดับมากที่สุด และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.6 การดูแลสุขภาพตนเอง

การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Median = 100, IQR = 100-100) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Median = 4.88, IQR = 4.76-4.96) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Median = 5.00, IQR = 4.81-5.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตของตนเองอยู่ในระดับปกติได้ ¹¹

การสะท้อนผล ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ตามรูปแบบ 4 ขั้นตอน ผ่านการประชุมผู้นำชุมชนในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทางสาธารณสุข และตัวแทนผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนพื้นที่ตำบลกระโพ ที่ผู้วิจัยนำเสนอผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และไม่มีผู้ดูแลเป็นข้อจำกัด และเป็นจุดอ่อนที่ต้องวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ จากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart พบว่ารูปแบบที่พัฒนามาได้มี 4 กิจกรรม คือ 1.กิจกรรมทำความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว 2.กิจกรรมออกแบบแผนดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมกัน 3.ดำเนินงานและสนับสนุนต่อเนื่องโดยเฉพาะคนในครอบครัว เป็นแบบอย่างและเป็นการช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. มีการติดตาม ประเมินผล และชื่นชม

การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$)⁷ การสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลให้ ความดันโลหิตลดลง ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ที่พัฒนาขึ้น และนำไปใช้ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในระดับปกติ¹²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้เกิดประสิทธิภาพจำเป็นต้องให้การสนับสนุนจากคนในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดการด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ไม่มีคนช่วยเหลือดูแลมี

แนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการโรค และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ทันต่อเวลา

2. ควรจัดตั้งกลุ่ม ชมรม หรือศูนย์สุขภาพเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ(NCDs)ในชุมชน และส่งเสริมกิจกรรมสร้างสุขภาพให้ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี สิ่งที่สำคัญยิ่งต้องขอบพระคุณนายราธิป เพิ่มผล สาธารณสุขอำเภอท่าตูม หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลท่าตูม บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยดี ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายสุขภาพ ท่านัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลกระโพทุกท่าน ที่ได้สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ข้อมูล สถิติการตาย / ป่วย โรคไม่ติดต่อ 2567 [Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2567). ฐานข้อมูล HDC 2567 [Available from: <https://sm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
3. โรงพยาบาลท่าตูม.(2567). ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 2567
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ.(2567). ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ. 2567.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล.2565
6. นันทนภัส สุขใจ ธีรฐนีย์ ธนเศรษฐ.(2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน. วารสารวิชาการ สคร 9 นครราชสีมา. 2565;28.
7. อัจฉรา ชันทสนธิ์ บวรลักษณ์ ทองทวี ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิตตระกูล.(2564). ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. 2564.
8. Kemmis S, McTaggart R.(2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. Dordrecht: Springer.
9. ปัญญา ธีระวิทย์เลิศ. (2559). เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ที่มีประสิทธิภาพ. วารสารสถาบันวิจัยญาณสงวร. 7:258.
10. ประภาเพ็ญ สุวรรณ.(2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์.

11. รุ่งพิทยา คณะช่าง บรรณกร เสือสิงห์ และอรุณี เสือสิงห์.(2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. ประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่2.
12. นันทน์กัศ สุขใจ ราษฎร์นีย์ ธนเศรษฐ. (2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน.
วารสาร สคร 9 2564;28.