



ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สมบัติ ยาวิชัย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยวัดหลังการทดลองทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมและหลังโปรแกรม 3 เดือน วัดวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลน้ำชุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ กลุ่มทดลองจำนวน 40 คนเป็นผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม และกลุ่มควบคุม 40 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอ ศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการพัฒนา และปรับปรุงแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลของโปรแกรม ของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ด้วยสถิติ General linear Model repeated measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลน้ำชุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ในภาพรวมเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มในช่วงเวลาในการวัดและประเมินผลที่แตกต่าง กัน พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลต่อคะแนนการรับรู้ทุกด้านและภาพรวม พฤติกรรม การดูแลตนเองทุกด้านและภาพรวม และความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสามารถ นำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและชุมชน โดยเน้น กระบวนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนการทบทวน พฤติกรรม และกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรม ภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย, Email: sombat50yawichai@gmail.com

Effectiveness of Self-Care Promoting Behavior in Risk Reduction of Hypertensive Complication among Un-Controlled Blood Pressure Patients in Namkhum Sub-District, Srinakorn district Sukhothai Province

Sombat Yawichai¹

Abstract

This quasi-experiment with a two-group design (experimental and control) was measured at baseline, immediately after the program completion, and three months after the program. The objective was to study the effectiveness of a program that promotes self-care behaviors in reducing the risk of complications in patients with uncontrolled hypertension in Nam Khum Subdistrict, Si Nakhon District, Sukhothai Province. The sample group was obtained through simple random sampling from the registry of patients with uncontrolled hypertension. The experimental group consisted of 40 individuals who received services at Nam Khum Sub-district Health Promotion Hospital, and the control group consisted of 40 individuals from Nong Bua Sub-district Health Promotion Hospital, Si Nakhon District, Sukhothai Province. The research instrument was a developed and improved interview questionnaire. The research instrument was a developed and improved interview questionnaire. Data on the program's effectiveness were analyzed using a General Linear Model Repeated Measures ANOVA, which compared mean scores on self-care awareness, behavior, and blood pressure before, immediately after, and 3 months after the program.

The study found that the effectiveness of a program promoting self-care behaviors in reducing the risk of complications in patients with uncontrolled hypertension in Nam Khum Subdistrict, Si Nakhon District, Sukhothai Province, was significantly improved within and between groups at different measurements and evaluation times. The program had a statistically significant effect on all aspects of perceived behavior, overall self-care behavior, and blood pressure ($p < 0.05$).

The result suggested that primary caregivers of hypertensive patients can apply the hypertension health promotion program in clinical and community care, emphasizing individualized health promotion processes, patient involvement in setting goals and planning behavioral reviews, and joint monitoring and evaluation. This can lead to behavioral changes and a reduction in complications arising from uncontrolled blood pressure.

Keyword: Intervention Program, Complication, Hypertension, Preventive Behavior, Perception

¹ Nam Khum Subdistrict Health Promoting Hospital, Si Nakhon District, Sukhothai Province, Email: sombat50yawichai@gmail.com



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมาก โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิตได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๒ ว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า ๑๔๐ / ๙๐ มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ในประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 ในปี 2562-2563 ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2557 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร. 2564) สถานการณ์ความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ในปี 2567 พบว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 16.39 ในระดับเขตพบว่า มีอัตราป่วยร้อยละ 21.29 ในปี 2568 พบว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 16.65 ในระดับเขตพบว่า มีอัตราป่วยร้อยละ 21.66 ในปี 2567 พบว่าจังหวัดสุโขทัยซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตพื้นที่ และพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคือช่วงอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ 15-39 ปีตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยร้อยละ 48.5, 29.0, 14.8 และ 1.8 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยตายในปี 2559-2564 ร้อยละ 0.18, 0.28, 0.31 และ 0.24 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2568)

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบมากที่สุด และมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนไปจนถึงการเสียชีวิต การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตจากโรคหัวใจความดันโลหิตสูง การเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด 53% และการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 53% นอกจากนี้การเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง 62% มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง (WHO, 2025) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงใน ตำบลน้ำชุม อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี 2564-2567 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 40.37 41.26 และ 41.67 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราป่วยตาย คิดเป็นอัตรา 55.70 112.99 และ 169.49 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี 2565-2567 ยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 33.51 20.6 และ 26.77 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานยา และพบแพทย์ตามนัด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม, 2568) การจัดการความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ต้องอาศัยการวินิจฉัยที่แม่นยำ การคัดกรองผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกคน การเริ่มการรักษาทันทีสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมาก (>160/100) และการตรวจซ้ำทันทีสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอื่นๆ ภายในหนึ่งถึงสี่สัปดาห์ การรักษาที่ได้มาตรฐานและไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย และการติดตามความคืบหน้าอย่างเข้มงวดที่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง พื้นที่ย่อยแต่ละแห่ง และ

ระดับประเทศ (American Heart Association, 2025) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ควรเลือกกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ไม่หวานจัด ออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที ทำจิตใจให้สงบเพื่อจัดการความเครียด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา นอกจากนั้นยังต้องไปรับการตรวจรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2559) ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นการบริการระดับปฐมภูมิ และการส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญของนักสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคลและชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถบุคคลในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น จากแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีพื้นฐานจากหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรม และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (รักษนก จันทรเพ็ญ (2564) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยแบบรายบุคคลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่เกิดปัญหา การสร้างแรงจูงใจ การจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการให้คำแนะนำที่เหมาะสม และการเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ และ การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการยับยั้งการตอบสนองในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นทางอ้อม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยต้องให้รับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคในระดับที่สูงขึ้น เบญจวรรณ วงษ์รอด (2565)

ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยนำเอาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender,2011)โดยเน้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์(1983) มาจัดกระบวนการในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทุพพลภาพและเสียชีวิตได้



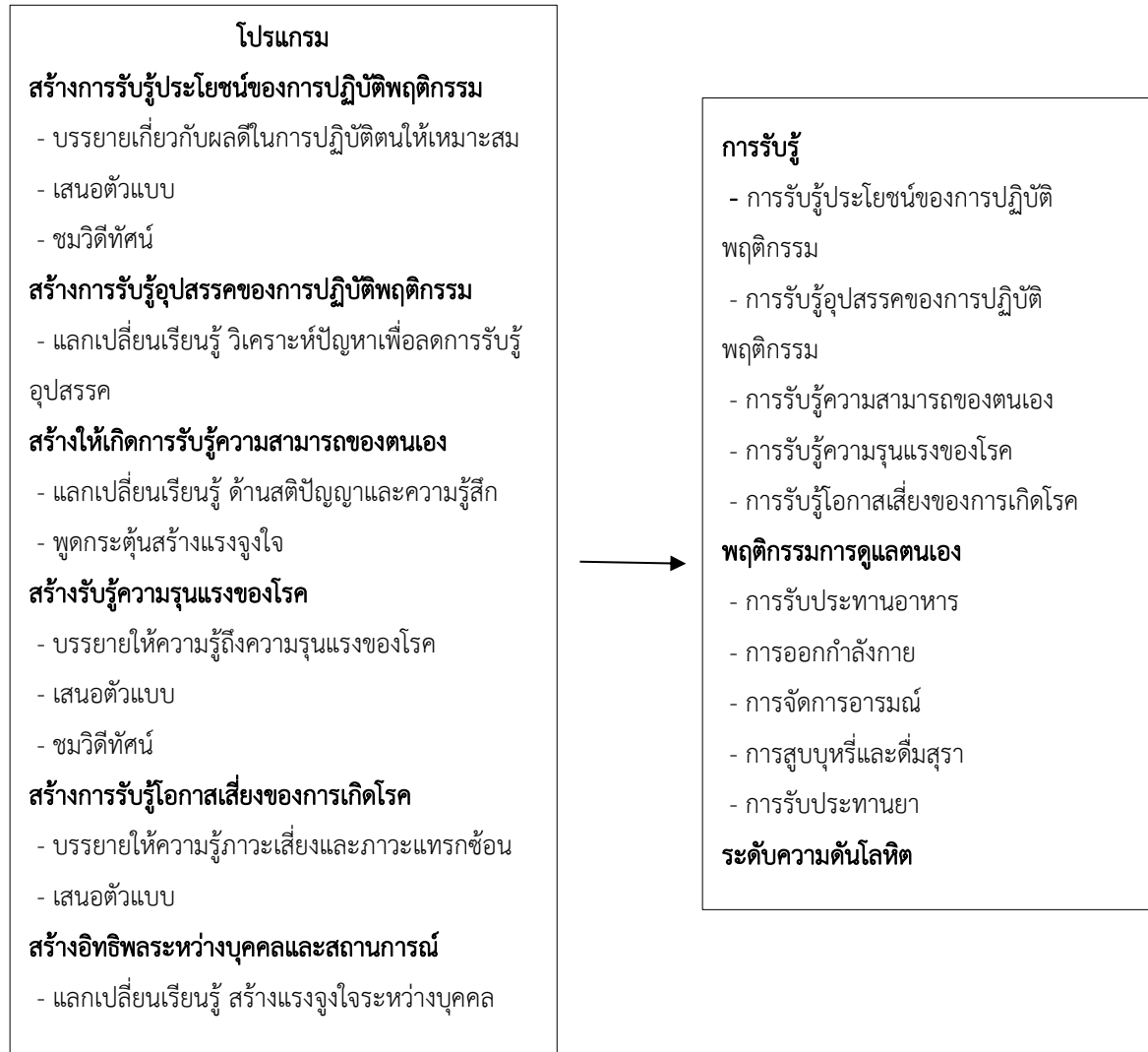
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลน้ำชุม อำเภอสรรค จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตาม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่มารับบริการ



ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย และที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม หรือการกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดขนาดความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่างสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ 0.8 ค่า Index of Effect Size เป็นค่าที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา นอกจากการคำนวณหา Effect Size ดังกล่าวแล้ว ค่าความผิดพลาดชนิดที่ 1 (Type I Error, α) เท่ากับ 0.05 และความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Type II Error, β) เท่ากับ 0.80 สัดส่วนกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 แล้วนำมาคำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ข้อมูลตารางที่ 10 ของเบญจวรรณ วงษ์รอด (2565) มาแทนค่าในสูตร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน การวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นงานวิจัยในพื้นที่ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 80 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มทดลอง : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 40 คน คัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **กลุ่มควบคุม :** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 40 คน คัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมเพื่อสร้างการรับรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และส่วนสูง

2. แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ แบ่งออกเป็น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างละ 5 ข้อรวมทั้งสิ้น 25 ข้อ ลักษณะคำถามนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบประเมินค่า โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละการรับรู้ ระหว่าง 0-5 คะแนนรวม 25 คะแนน

3. แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 11 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมการจัดการอารมณ์จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราจำนวน 3 ข้อ และพฤติกรรมการพบแพทย์และรับประทานยาจำนวน 6 ข้อรวมเป็น 36 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ 36-144 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ได้ผ่านการพิจารณาและความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาสอบถามความถูกต้องตามเนื้อหาและโครงสร้าง โดยมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1 และหลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบ ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในตำบลคลองมะพลับ อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การรับรู้ภาพรวมเท่ากับ 0.78 และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลทั่วไป ก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent T-test และ Chi-square test และเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม ของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ด้วยสถิติ General linear Model repeated measures ANOVA



การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุมัติการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย COA No. 66/2025 IRB No. 72/2025 รับรองเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนโปรแกรมพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีญาติสายตรง เป็นโรคความดันโลหิตสูง สิทธิในหลักประกันสุขภาพ โดยพบว่าทั้งอายุและระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 1 ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันช่วงบนและช่วงล่าง มีความใกล้เคียงกันและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 2

ด้านการรับรู้ภาพรวม พบว่าภายหลังโปรแกรมทันทีในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวมเท่ากับ 20.35 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 17.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมเท่ากับ 20.83 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 17.83 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3 และ ภาพที่ 1 และพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม พบว่า ภายหลังโปรแกรมทันทีในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม เท่ากับ 117.80 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 106.43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม เท่ากับ 119.75 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 107.43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 3 ความดันช่วงบนเฉลี่ย พบว่าภายหลังโปรแกรมทันทีในกลุ่มทดลองมีความดันช่วงบนเฉลี่ย เท่ากับ 138.25 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 152.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม เท่ากับ 135.38 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 150.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5 และภาพที่ 4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	18	45.00	20	50.00	0.645
หญิง	22	55.00	20	50.00	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	28	70.00	24	60.00	0.236
มัธยมศึกษา	7	17.50	5	12.50	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5	12.50	11	27.50	
สถานภาพสมรส					
โสด	4	10.00	7	17.50	0.599
สมรส	32	80.00	30	75.50	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	10.00	3	7.50	
สิทธิการรักษา					
บัตรทอง	34	85.00	30	75.00	0.178
ข้าราชการ	4	10.00	2	5.00	
ประกันสังคม	2	5.00	6	15.00	
จ่ายเงินเอง/สิทธิอื่นๆ	0	0.00	2	5.00	
ดัชนีมวลกาย					
น้อยกว่า 25	14	35.00	14	35.00	0.080
ระหว่าง 25-29.99	11	27.50	19	37.50	
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	15	37.50	7	27.50	
มีญาติสายตรงเป็นความดันโลหิตสูง					
มี	2	5.00	7	11.30	0.077
ไม่มี	38	95.00	33	88.70	
	Mean	SD	Mean	SD	
อายุ	49.50	7.968	51.03	7.492	0.381
ระยะเวลาการเป็นโรค	5.68	4.794	5.68	4.785	0.361

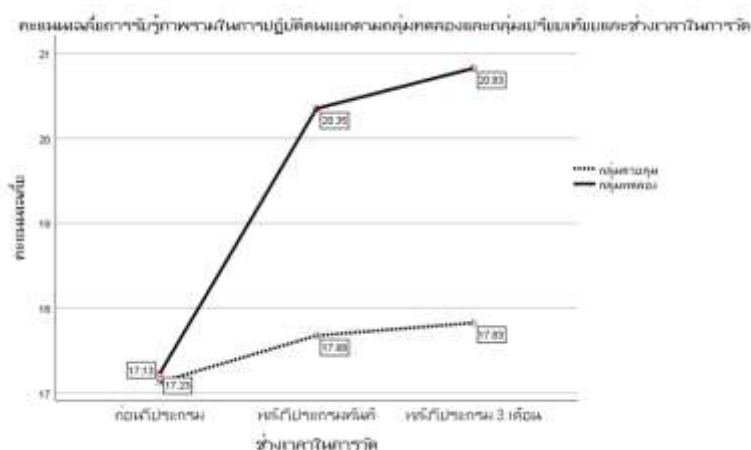


ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ พฤติกรรมและค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง(Baseline)

ตัวแปร	ช่วง คะแนนที่ เป็นไปได้	กลุ่มทดลอง(n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
		Mean	SD	Mean	SD	
การรับรู้(คะแนน)						
การรับรู้ประโยชน์	0-5	3.48	0.751	3.68	0.730	0.231
การรับรู้อุปสรรค	0-5	3.28	0.751	3.50	0.784	0.194
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0-5	3.45	0.677	3.35	0.533	0.465
การรับรู้ความรุนแรง	0-5	3.50	0.784	3.38	0.628	0.434
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0-5	3.53	0.640	3.40	0.591	0.367
การรับรู้ภาพรวม	0-25	17.23	2.537	17.13	1.977	0.485
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง(คะแนน)						
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	11-44	34.50	4.320	33.90	4.125	0.874
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	7-28	20.25	2.898	19.93	2.443	0.589
การจัดการอารมณ์	6-36	24.68	3.339	25.28	3.202	0.415
การสูบบุหรี่และดื่มสุรา	3-12	8.48	0.987	8.95	0.986	0.034
การรับทานยาและพบแพทย์ตามนัด	6-24	15.40	2.370	16.10	1.919	0.151
พฤติกรรมรวม	36-144	104.15	7.862	102.85	7.200	0.479
ความดันโลหิต(มม.ปรอท)						
ความดันโลหิตช่วงบน	-	158.73	7.274	160.45	11.335	0.495
ความดันโลหิตช่วงล่าง	-	87.38	10.273	86.28	7.075	0.478

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพรวมในการปฏิบัติตนแยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

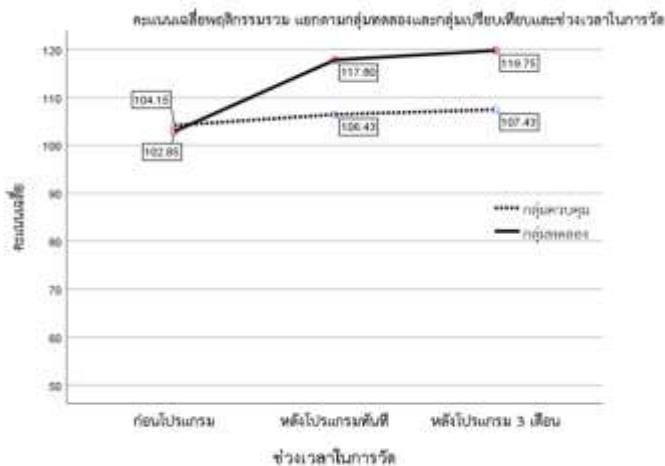
การรับรู้ภาพรวม	Parameter	B	Std. Error	t	P-value	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	Intercept	17.125	0.360	47.628	<0.001	16.409	17.841
	intervention	0.100	0.508	0.197	0.845	-0.912	1.112
หลังโปรแกรมทันที	Intercept	17.675	0.280	63.220	<0.001	17.118	18.232
	intervention	2.675	0.395	6.766	<0.001	1.888	3.462
หลังโปรแกรม 3 เดือน	Intercept	17.825	0.243	73.490	<0.001	17.342	18.308
	intervention	3.000	0.343	8.746	<0.001	2.317	3.683



ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพรวมในการปฏิบัติตนแยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

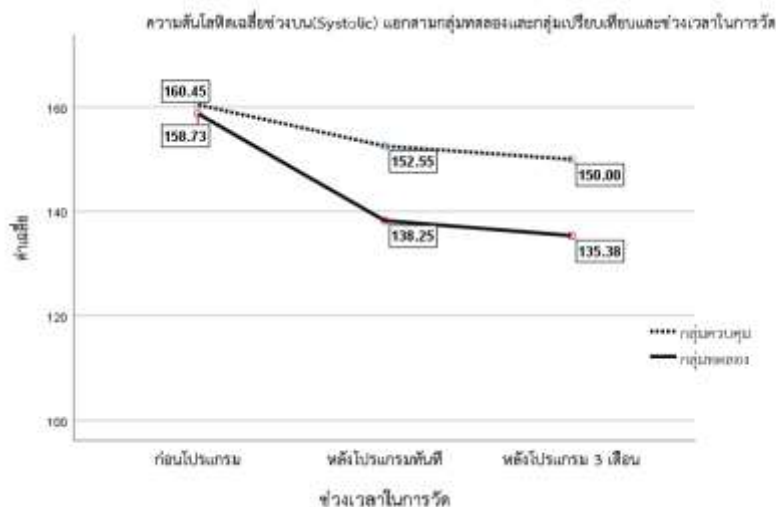
พฤติกรรมรวม	Parameter	B	Std. Error	t	P-value	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	Intercept	104.150	1.095	95.124	<0.001	101.970	106.330
	intervention	-1.300	1.548	-0.840	0.404	-4.383	1.783
หลังโปรแกรมทันที	Intercept	106.425	0.861	123.626	<0.001	104.711	108.139
	intervention	11.375	1.217	9.343	<0.001	8.951	13.799
หลังโปรแกรม 3 เดือน	Intercept	107.425	0.852	126.129	<0.001	105.729	109.121
	intervention	12.325	1.204	10.232	<0.001	9.927	14.723



ภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

ตารางที่ 5 ความดันโลหิตเฉลี่ยช่วงบน(Systolic) แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

ความดันโลหิต ช่วงบน	Parameter	B	Std. Error	t	P-value	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	Intercept	160.450	1.712	93.745	<0.001	157.043	163.857
	intervention	-1.725	2.421	-0.713	0.478	-6.544	3.094
หลังโปรแกรม ทันที	Intercept	152.550	1.363	111.911	<0.001	149.836	155.264
	intervention	-14.300	1.928	-7.418	<0.001	-18.138	-10.462
หลังโปรแกรม 3 เดือน	Intercept	150.000	1.212	123.759	<0.001	147.587	152.413
	intervention	-14.625	1.714	-8.532	<0.001	-18.037	-11.213



ภาพที่ 3 ความดันโลหิตเฉลี่ยช่วงบน(Systolic) แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด



สรุปอภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่าการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมามากขึ้นผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการนำเสนอกรณีศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจากการชี้ให้เห็นถึงผลดีของการควบคุมความดันโลหิตและการเรียนรู้จากตัวแบบที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี การรับรู้อุปสรรคลดลงเนื่องจากโปรแกรมระบุอุปสรรคและจัดกิจกรรมฝึกทักษะเพื่อแก้ปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจง (Bandura, 1977) อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองและตัวแบบการที่พฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ และ เบคูราที่ว่า "ความมั่นใจนำไปสู่การกระทำ" กิจกรรมที่เน้น "การเสนอตัวแบบ" (Modeling) และ "การแลกเปลี่ยนเรียนรู้" ในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ผ่านสังเกต เมื่อผู้ป่วยเห็นเพื่อนบ้านที่มีข้อจำกัดคล้ายกันสามารถลดความดันได้จากการลดเค็มและเดินออกกำลังกาย เขาจะเกิดความเชื่อมั่นว่า "ฉันก็ทำได้" ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจวรรณ วงษ์รอด (2565) และ Wattanameatee และ Hoyrat (2017) ที่พบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเดียวกันนี้ในจังหวัดอุดรธานีส่งผลให้คะแนนการรับรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักในภัยคุกคามโปรแกรมนี้ไม่ได้ให้เพียง "ข้อมูล" แต่สร้าง "ความรู้" ผ่านกิจกรรมสาธิตและการใช้เครื่องมือวัด การที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรค ผ่านวิดีโอทัศน์ภาวะแทรกซ้อน (เช่น อัมพาต หรือโรคไต) เป็นการกระตุ้นกลไก ในการปกป้องตนเอง (อภิญญา อุบลสะอาด, 2567) ยืนยันว่าการจัดการตนเองอย่างมีระบบช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว การสนับสนุนทางสังคมและอิทธิพลระหว่างบุคคล คะแนนพฤติกรรมที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงติดตามผล 3 เดือน ชี้ให้เห็นถึงพลังของการสนับสนุนทางสังคม การสร้างกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดเครือข่ายเกื้อกูลกันในชุมชน สิ่งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รักชนก จันทรเพ็ญ (2564) ที่เน้นความสำคัญของการให้คำแนะนำรายบุคคลควบคู่ไปกับการสร้างแรงจูงใจ

พฤติกรรมรวมประกอบด้วย 5 ด้านสำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (บุหรี่/แอลกอฮอล์) และการรับประทานยาและการพบแพทย์ตามนัด เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นส่วนที่มีการพัฒนามากที่สุด การนำกิจกรรม "สาธิตการปรุงอาหาร มาใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่กินกับความดันโลหิตอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ พฤติกรรมรับประทานยาและพบแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสะท้อนถึง

การบรรลุเป้าหมายของทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคจนเกิดความยึดมั่นในการรักษา เพื่อหลีกเลี่ยงความตายหรือความพิการ (Sukma, 2023) สิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษคือพฤติกรรม การจัดการอารมณ์ ซึ่งมักถูกละเลยในคลินิกความดันโลหิตสูงทั่วไป การที่โปรแกรมใส่ใจกิจกรรม "การพูดกระตุ้นสร้างแรงจูงใจ" และ "การสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคล" ช่วยลดความเครียดสะสมที่เป็นตัวกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานหนักเกินไป จนส่งผลให้ความดันโลหิตพุ่งสูง ทั้งนี้เป็นผลจากกิจกรรมที่หลากหลายในโปรแกรมแต่ละช่วงเวลาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งผลต่อความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ความจำเป็นและทางเลือกที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Nakklin & Thatsri, 2017) และ (อภิญา อุบลสะอาดม, 2567)

ประสิทธิผลของโปรแกรมทำให้ความดันโลหิตช่วงบนเฉลี่ยลดลงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suaetoo (2018) กลุ่มทดลองสามารถลดระดับ SBP ลงได้ถึง 23.35 mmHg (จาก 158.73 เหลือ 135.38) การลดลงในระดับนี้มีนัยสำคัญเนื่องจากหลักฐานจากงานวิจัยของ Drawz (2017) บ่งชี้ว่าการลด SBP ลงเพียง 20 mmHg สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ร้อยละ 30-40 และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 20-25 (Lu, Spatz & Krumholz, 2025) และที่น่าสนใจคือระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองในระยะ 3 เดือน (135.38 มม.ปรอท) เริ่มเข้าใกล้เป้าหมายใหม่ของแนวปฏิบัติสากล (Lu, Spatz & Krumholz, 2025) ที่กำหนดให้ผู้ป่วยความเสี่ยงสูงควรควบคุม SBP ให้ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท ในขณะที่กลุ่มควบคุมแม้จะมีระดับความดันโลหิตลดลงบ้างตามธรรมชาติของการได้รับการรักษาปกติ แต่ยังคงอยู่ที่ 150.00 mmHg ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์อันตรายที่ 140/90 มม.ปรอท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้เชิงรุกและเชิงรับ โดยเน้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนการทบทวนพฤติกรรม และกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้



เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2568). *ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). Health Data Center. สืบค้น 30 มิถุนายน 2568. จาก <https://spd.moph.go.th/health-data/>

กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2559). *แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ*. ใน

จิตรารัตน์ อภิญา (บ.ก.), การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการ
รายการโรคเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่1). (น.27). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กร
สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ณัฐินี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561). ผลของโปรแกรม
ส่งเสริม พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสาร
พยาบาล สาธารณสุข, 32(2), 95-115.

เบญจวรรณ วงษ์รอด. (2565). ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลผักขง
อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม. (2568). สรุปผลงานประจำปี 2567 [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์].

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำชุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย.

รักชนก จันทร์เพ็ญ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดัน
โลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(2),
20-30.

โรเจอร์ส. (1983). [Protection motivation and self-efficacy] (บุญยง เกี่ยวการค้า, แปล).

นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. 1983).

วิชัย เอก พลากร, หทัย ชนก พรอค เจริญ, & ว รา ภร ณ์ เสถียร นพเก้า.(2564). การสำรวจ สุขภาพ ประชาชน
ไทย โดย การ ตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 6 พ. ศ. 2562-2563. คณะ แพทยศาสตร์ โรง พยาบาล รามาธิบดี
มหาวิทยาลัย มหิดล.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2568). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใน

เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2558. สืบค้น 31 กรกฎาคม 2568, จาก

<http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

อภิญญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(1), 596-605.

American Heart Association & American College of Cardiology. (2025). *2025 guideline for the prevention, diagnosis, and management of hypertension*.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Drawz, P. E., Pajewski, N. M., Bates, J. T., Bello, N. A., Cushman, W. C., Dwyer, J. P., ... & SPRINT Study Research Group. (2017). Effect of intensive versus standard clinic-based hypertension management on ambulatory blood pressure: results from the SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) ambulatory blood pressure study. *Hypertension*, 69(1), 42-50.

Hawksworth, O., Solt, J., Jang, D., Norman, P., Hind, D., & Jayasuriya, R. (2025). Using protection motivation theory to support patient adherence in healthcare settings: A scoping review. *PLoS One*, 20(9), e0330883.

Lu, Y., Spatz, E. S., & Krumholz, H. M. (2025). Navigating the 2024 ESC Hypertension Guidelines: What Is New, Context, and Future Directions. *Journal of the American College of Cardiology*, 85(5), 556–559. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.10.114>

Nakklin, Y. & Thatsri, P. (2017) .Effects of self-efficacy promotion program on healthy behavior of the elderly with hypertension whose blood pressure level cannot be controlled. *Apheit Journal*, 6(1), 27-35. (In Thai)

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Sukma, S., Tamtomo, D., & Demartoto, A. (2023). Effect of social support and self efficacy on drug taking adherence in hypertensive patients: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 8(1), 138-149.

Sumthong, P., Suthiphongkiart, B., Kleebratoom, P. & Oadpakdee, W. (2019). The effect of home blood pressure monitoring program applying transtheoretical model and social support power in hypertensive patients, Angthong Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2(1), 1-14. (In Thai)



Wattanameatee, R., & Hoyrat, P. (2017). The effect of a behavior change program on controlling blood pressure level among hypertensive patients in outpatient department, Chonprathan Hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4(3), 189-203.

World Health Organization. (2025). *Hypertension*. Retrieved July 18, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>