

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอบางปะหัน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พรทิพย์ ชูตินันท์ พย.ม

โรงพยาบาลบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับความดันโลหิต, โรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ

Effects of Self-Management Program on Health Behaviors and Blood Pressure among Essential Hypertensive Patients Bang Pahan District,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Porn-tip Chutinan M.N.S.

Bangpahan Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

ABSTRACT :The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of self-management Program on health behaviors and blood pressure among essential hypertensive patients. Self-management concept was use as the conceptual framework for the study. The experimental were people living with essential hypertension. Sampling selection used purposive sampling technique 35 peoples. The assessment tools for this research consisted of a self-management program and demographic data recording form as well health behaviors for essential hypertensive patients questionnaire. Frequency, mean, standard deviation, and T-test were computed for data analysis. The results of the study were as follows : Health behaviors mean score of hypertensive patients after receiving the self-management program was significantly higher than before ($p < .05$) and the systolic and diastolic blood pressure level of the essential hypertensive patients who partook in the self- management program had significantly decreased compared to before ($p < .05$) The Study findings show the effectiveness of a self-management program for the care of essential hypertensive patients to improving appropriate health behaviors and reduce blood pressure level among essential hypertensive patients.

Keyword : self-management program, health behaviors, blood pressure level, essential hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนและเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ถึง 7.5 ล้านคน คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 5,816 คน ในปี พ.ศ.2556 เป็น 8,525 คน ปี 2560 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในปี พ.ศ. 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรค

ความดันโลหิตสูง พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วย 10 ล้านคน (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการสูญเสีย และผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

โรคความดันโลหิตสูง พบมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ หรือโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Essential hypertension) ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 90-95 ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง และหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ทำให้จอประสาทตาเสื่อม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดฝอยในเรตินา ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดสายตามัว และตาบอดได้ (วิทยา ศรีดามา, 2550) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้น 4 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 เท่าของคนปกติ (The European Society of Hypertension [ESH] and the European society center [ESC], 2007) และหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตเร็วกว่าคนทั่วไป 10-20 ปี (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550) นอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ของโรค ได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียน และตาพร่ามัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ที่ไม่สามารถไปทำงานได้ สูญเสียรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางในการไปรับการรักษา ดังนั้นการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยทั่วไป และต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอควบคู่ไปกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดรับประทานยาเอง การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น ปลา ร้า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และเครื่องดื่มเกลือแร่ เป็นต้น การขาดการออกกำลังกาย การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562 ; นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จึงเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การจัดการตนเอง (Self management) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เน้นว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยบุคคลอื่นได้ นอกจากตัวของบุคคลนั้นเองและต้องอาศัยแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงร่วมกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Kanfer, 1980) นั่นคือ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงพฤติกรรมสุขภาพได้เท่ากับตัวผู้ป่วยเอง และด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติตัวเพื่อดูแล

สุขภาพของตนเอง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วม โดยเชื่อว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต้องผ่านกระบวนการคิด ตัดสินใจ และการประเมินข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง เมื่อประเมินและตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นเหมาะสมก็จะปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่และปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นจังหวัดหนึ่งที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน จากข้อมูลสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 4 ที่มีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 13.715 และ 15.675 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2559 และปี พ.ศ. 2560 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มในทุกปี ในปี พ.ศ.2559-2561 พบอัตราป่วยเท่ากับ 16.95, 17.31 และ 17.51 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อำเภอ บางปะหันเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีปัญหาโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2559-2561 พบอัตราป่วยเท่ากับ 19.07, 19.79 และ 20.07 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อำเภอบางปะหัน เป็นชุมชนที่มีการขยายตัว มีแหล่งอุตสาหกรรมใหม่เพิ่มมากขึ้น วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงเป็นวิถีชีวิตคนเมืองมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพพลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 56.16 (Health Data Center, 2561) จากการศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมคือ ยังรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ใช้น้ำมันทอดอาหาร การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การขาดน้ำและความเครียดเป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โลหิต ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีทักษะและการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One group Pretest -Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลี่ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 42 คน และคัดเลือกกลุ่มทดลองแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้จำนวน 35 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและทำการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่งของอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้การรักษานักวิจัยโรคความดันโลหิตสูง ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลี่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของชนิษฐา สารีพล(2557) ประกอบด้วย แผนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คู่มือการจัดการตนเอง วิธีจัดการตนเอง แบบบันทึกการจัดการตนเองที่บ้านของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยโปรแกรมการจัดการตนเองมี 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมผู้ป่วย โดยทำให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม 2) การจัดการตนเอง(Self-management) ประกอบด้วยการกำกับติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง 3) การติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของ ชนิษฐา สารีพล(2557)

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาแล้ว ก่อนทำการทดลองผู้วิจัยชี้แจงในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มทดลอง และลงลายมือชื่อแสดงความยินยอม และผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลประวัติการเจ็บป่วย และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย 50 ปี มีสถานภาพสมรสนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 25.7) และระดับ ปวช./ปวส. (ร้อยละ 25.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 37.1) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 4,001 – 6,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.9) และใช้สิทธิการจ่าย ค่ารักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 74.3) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ
(n=35)			
เพศ			
	หญิง	23	65.7
	ชาย	12	34.3
อายุ			
	30 - 41	2	5.7
	42 - 47	1	2.9
	48 - 53	5	14.3
	54 - 59	5	14.3
	60 ปีขึ้นไป	22	62.9
สถานภาพสมรส			
	โสด	5	14.3
	สมรส	29	82.9
	หม้าย	1	2.9
ศาสนา			
	พุทธ	35	100
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	7	20.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	5	14.3
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	25.7
	ปวช./ปวส.	9	25.7
	ปริญญาตรี	5	14.3

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

(n=35)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	13	37.1
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	28.6
ค้าขาย	12	34.3
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
1,500 – 4,000 บาท/เดือน	4	11.4
4,001 – 6,500 บาท/เดือน	15	42.9
6,501 – 9,000 บาท/เดือน	10	28.6
มากกว่า 9,000 บาท/เดือน	6	17.1
สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	1	2.9
สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	26	74.3
สิทธิเบิกส่วนราชการต้นสังกัด	8	22.9

ประวัติการเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 – 5 ปี (ร้อยละ 42.9) โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 3.06 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับก่อนความดันโลหิตสูง (120/80 – 139/89 มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 48.6) มีความเจ็บป่วยที่พบร่วม (ร้อยละ 74.3) โรคที่พบร่วม คือ โรค ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 71.4) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 2.9) มีการรับประทานยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ชนิด (ร้อยละ 57.1) จำนวน 1 ชนิด (ร้อยละ 45.2) และ จำนวน 3 ชนิด (ร้อยละ 3.2) ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ Enalapril (ร้อยละ 100) Simvastatin (ร้อยละ 80) Amlodipine (ร้อยละ 17.1) Losartan (ร้อยละ 2.9) และ Metformin (ร้อยละ 2.9) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลสุขภาพ

(n=35)

ประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง		
1 – 5 ปี	15	42.2
6 – 10 ปี	11	31.4
11 ปีขึ้นไป	9	25.7
ระดับความรุนแรงของโรค		
ระดับดีที่สุด (น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท)	11	31.4
ระดับก่อนความดันโลหิตสูง (120/80 – 139/89 มิลลิเมตรปรอท)	17	48.6
ระดับ 1 (140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท)	7	20.0
ระดับ 2 (ตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป)	0	0.0
ความเจ็บป่วยที่พบร่วม		
ไม่มี	9	25.7
โรคเบาหวาน	1	2.9
โรคไขมันในเลือดสูง	25	71.4
จำนวนชนิดของยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูง		
1 ชนิด	8	22.9
2 ชนิด	20	57.1
3 ชนิด	7	20.0
ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูง		
Enalapril	35	100.0
Simvastatin	28	80.0
Amlodipine	6	17.1
Losartan	1	2.9
Metformin	1	2.9

หมายเหตุ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม (\bar{X}) = 7.65 ปี,

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 5.97

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบผลดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการควบคุมอาหารและ

น้ำหนักตัวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการรับประทานยา และด้านการตรวจตามนัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ t-test

(n=35)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
พฤติกรรมสุขภาพ	1.17	0.45	3.65	0.30	31.26*	.00
ด้านการควบคุมอาหาร และน้ำหนักตัว	1.18	0.60	3.66	0.40	21.46	.00
ด้านการออกกำลังกาย	1.14	0.39	3.65	0.38	27.04*	.00
ด้านการจัดการความเครียด	1.16	0.68	3.49	0.51	19.34*	.00
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1.07	0.73	3.55	0.49	19.13*	.00
ด้านการรับประทานยา	1.26	0.51	3.76	0.26	27.80*	.00
ด้านการตรวจตามนัด	1.22	0.43	3.81	0.27	27.21*	.00
ความดันโลหิต						
ซิสโตลิก	129.08	10.65	124.08	7.89	5.29*	.00
ไดแอสโตลิก	81.08	7.04	78.00	4.82	2.69*	.01

*P < .05

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการรับประทานยา ด้านการตรวจตามนัด ซึ่งหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มทดลองมีคู่มือการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สาเหตุของโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา ตลอดจน

การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดของหมอ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาศ ถาดแสง (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนิษฐา สารีพล (2557) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณโรจน์ สิมมา (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิต นิภัทรหัตถพงศ์ (2558) พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยของอายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก สูงกว่าก่อนการทดลอง และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ อติเทพ ผาติอภิรักษ์ (2558) พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. . ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับความดันโลหิต พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมในด้านกรควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ทำให้ปัจจัยการเกิดความดันโลหิตสูงลดลง การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดดีขึ้น และลดปริมาณไขมันที่ไปเกาะตามผนังเส้นเลือด ทำให้ขนาดของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นความต้านทานทางของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงด้วย ซึ่งกระบวนการของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วย การจัดการตนเอง และการติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในด้านที่เป็นปัญหา กิจกรรมทุกขั้นตอนเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีส่วนร่วมและตัดสินใจเองทุกขั้นตอน โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมต่อโรคความดันโลหิตสูง และจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ มีการร่วมกันตั้งเป้าหมายและตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อเลือกแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน สามารถปฏิบัติได้ไม่ยุ่งยากทำให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ตามเป้าหมาย และมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นขั้นตอนสำคัญการสร้างความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย เพราะการออกติดตาม และประเมินคือการเยี่ยมผู้ป่วยไปในตัว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และ ค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญแก้ว ปานล้ำเลิศ (2552) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาก่อนที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2555) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริญา ธารสถาน (2557) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมระดับความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้แสดงว่าโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุของอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับชีวิตประจำวันและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและชะลอหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
2. พยาบาลควรมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้รู้ปัญหาแท้จริงของผู้ป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิต และยังได้ติดตามประเมินอาการผิดปกติทางร่างกายของผู้ป่วย ทำให้สามารถวางแผนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
3. พยาบาลควรมีการโทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อประเมินปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการพัฒนาทักษะของพยาบาลในด้านการประเมินผู้ป่วย การฝึกทักษะการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย และการให้คำปรึกษา ก่อนการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต
2. ควรมีการวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตแตกต่างกันในระดับต่าง ๆ
3. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพื่อติดตามระดับความดันโลหิต เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ต้องใช้เวลาานพอสมควร ควรเพิ่มระยะเวลาเป็น 3 เดือน, 6 เดือน หรือ 12 เดือน เป็นต้นไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลี อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สาธารณสุขอำเภอบางปะหัน เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ และผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์ และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2562, เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hcd> reports; 2562.
3. ขนิษฐา สารีพล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น; 2557..
4. ขวัญแก้ว ปานล้ำเลิศ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับ

- ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร; 2552.
5. จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. โรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
 6. ชลการ ชายกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา; 2557.
 7. ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิตในผู้เป็นความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมโรคไม่ได้. ปรัชญาดุสิตบัณฑิต, สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
 8. นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล. ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี; 2552.
 9. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.
 - 10.เบญจมาศ ถาดแสง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่; 2554.
 - 11.วิชัย เอกพลกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์; 2557.
 - 12.วิทยา ศรีดามา. ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
 - 13.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบัน และรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557.
 - 14.สมจิต นิพัทธ์हतพงษ์ และคณะ. เรื่อง โปรแกรมการเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่มีความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ เพ็นเดอร์ และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. ทวนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2558.
 - 15.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สืบค้นข้อมูล เมื่อ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2562, เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihypertension.org/news>; 2555.
 - 16.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ : ข้อมูลสถิติการตาย/ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2562, เข้าถึงได้ <https://www.thaincd.com>; 2562.
 - 17.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2562, เข้าถึงได้จาก <https://www.thaincd.com>; 2562.
 - 18.สิริญา ธารสถาน. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี; 2557.

19. สุพิณญา คงเจริญ. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิต และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร; 2556.
20. อติเทพ ผาติอภินันท์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร; 2561.
21. อรุณโรจน์ สิมมา. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม; 2558.
22. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ค้นเมื่อ 30กรกฎาคม พ.ศ.2562, เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hcd-reports>; 2561.
23. Kanfer, F.H. Self-management, In F.K., Kanfer, and A. Goldstien, (Eds.). Helping people change: A Textbook of Methods. (pp. 305-360), [n.p.]; 1980.
24. The European Society of Hypertension (ESH) and of the European of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of arterial hypertension : The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European of Cardiology (ESC). Journal of hypertension, 25, 1751-1762; 2007.
25. The Joint National Committee VII.(2003). The seventh report of the joint National Committee on prevention, evaluation, and treatment of high blood pressure. The Journal of the American Medical Association,298(19); 2003.