



Effectiveness of the Application of Pender's Health Promotion Model on the Blood Pressure Level of Patients with Hypertension get Community Health Center Services. Srithep Hospital, Si Thep District, Phetchabun Province

Srisuda Sathienwaree¹, Panitan Grasang², Nichada Sarathawanpaepha³, Noppamas Khamsombat⁴
and Rueangdet Watcharaket⁵

¹Student of Master Degree, (Health System Management), Pathumthani University

^{2,3,4,5}Lecturer, Health System Management, Faculty of Allied Health Sciences., Pathumthani University

Abstract: The objectives of this study were: 1) to compare mean scores of the health belief model of hypertension patients before and after the application of Pender's health promotion model. 2) to compare mean scores of self-promoting behaviors of hypertension patients before and after the application of Pender's health promotion model 3) to compare blood pressure values of hypertension patients before and after the application of Pender's health promotion model. The samples were 30 hypertension patient who cannot control the normal blood pressure. The research tool was Pender's Health Promotion Model Application Program. The instrument for collecting data was a questionnaire a Index of item objective congruence (IOC) of .76 and a reliability of .86. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired samples t – test.

The results after applying Pender's health promotion model, the sample group had the mean scores of the health belief model. Self-promoting behaviors of patients with hypertension higher than before the application of Pender's health promotion model with statistical significance at the .05 level and after the application of Pender's health promotion model, the subjects had lower systolic blood pressure than before the application of Pender's health promotion model at statistically significant level. .01 ($t=7.814$, $p<.01$). Suggestions for the application of Pender's health promotion model on the blood pressure level of patients with hypertension It can be adapted to patients with high blood pressure that cannot be controlled to be within the normal range to cover and change their health. and able to take care of their own health and able to control the lower blood pressure value within the normal range will result in reducing the severity of the disease in patients with hypertension

Keywords: Hypertension, Health Promotion Program, Self-Promoting Behaviors, Health Belief model

ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

ศรีสุดา เสถียรวาริ¹, ปณิธาน กระสงฆ์², นิชดา สารถวัลย์แพศย์³, นพมาศ ขำสมบัติ⁴ และ เรืองยศ วัชรเกตุ⁵

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ)

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^{2,3,4,5}อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 3) เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.76 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.86 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired sample t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิต (Systolic) ลดลงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=7.814, p < .01$) ข้อเสนอแนะการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ให้ครอบคลุมเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และควบคุมค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลให้ลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

บทนำ

ปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลกได้มีการเปลี่ยนแปลงจากปัญหาโรคติดต่อ (Communicable Diseases) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกและประชากรของประเทศไทยในอันดับต้นๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2562 พบประชากรอายุ 30 - 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค, 2565) โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประชากรกลุ่มที่มีอายุน้อยลง เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยร่วมหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (เบญจมาศ สุขสถิต, 2564) โดยเฉพาะเกิดมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง (WHO, 2018) โดยพบว่าระดับความดันโลหิตจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ที่จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (บัญชา สติระพจน์, 2564) รวมทั้งเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของประชากรจากโรคและภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการแสดง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงมีอาการแสดงให้เห็น ทำให้ภาวะของโรครุนแรง ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วนทั้งอาจส่งผลให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิผลเท่าที่ควร ซึ่งจากข้อมูลของกรมควบคุมโรคพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคนและกว่า 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นสาเหตุของการทุพพลภาพและการตายจากโรคความดันโลหิตสูงโดยมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ถึง ปีพ.ศ. 2563 คิดเป็น 13.07, 13.13, 14.21 และ 14.22 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2563) ภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคตา (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563) โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุการตายและทุพพลภาพลำดับต้นๆ จากการจัดลำดับสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรกตามบัญชีการแยกโรคระหว่างประเทศ พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่สองรองจากโรคมะเร็ง และพบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นอันดับที่สี่ โดยอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง ปีพ.ศ.2562 คิดเป็น 48.7, 47.8, 47.1 และ 53.0 เรียงตามลำดับ และ อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 ถึง ปี พ.ศ.2562 คิดเป็น 32.3, 31.8, 39.4 และ 31.4 เรียงตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เมื่อ ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 24.7 และครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2562 ถึง ปี พ.ศ. 2563 พบความชุกเท่ากับร้อยละ 25.4 โดยความชุกเพิ่มขึ้นแบบแปรผันตรงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป

จากการดำเนินการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 โดยพบผู้ป่วยถึงร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต

ได้ตามเกณฑ์ (วิชัย เอกพลากร, 2564) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไว้ที่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2565) และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563) การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์จะส่งผลให้อัตราการตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจต้องสูญเสียอวัยวะ หรือเกิดความทุพพลภาพโดยเฉพาะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตวายเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งต้องการการดูแลทางการแพทย์มากขึ้น มีผลกระทบต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก โดยประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นจำนวนเงินสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565)

จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มสูงขึ้นและอัตราผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ลดลง โดยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2563 ถึงพ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนี้ 113,140 , 119,495, และ 123,886 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 66.98, 61.89, 58.90 ตามลำดับ พบว่า ในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีเทพ ตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ที่ได้รับการพัฒนาจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง มีการดูแลและติดตามผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และจากข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีเทพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึงพ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนี้ 1,391 , 1,469, 1,480 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 29.19, 28.59, 33.13 ตามลำดับ พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นแต่จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กลับลดน้อยลงในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีประสิทธิภาพ นอกจากการใช้จ่ายแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากและได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยมีมูลเหตุจากปัจจัยร่วมต่างๆที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่ประกอบด้วยปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ เพศ อายุ ที่เพิ่มขึ้น ลักษณะทางพันธุกรรม และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม และรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือ โซเดียมสูงและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย การมีภาวะเครียด และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่เป็นประจำ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้น หากสามารถลดปัจจัยเหล่านี้โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยต้องใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย การสร้างทัศนคติเชิงบวกและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การสร้างความตระหนักรู้

ในคุณค่าของตนก่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน ส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การยอมรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model, 2006) ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีทัศนคติและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3) การรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 4) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด และ 4) พฤติกรรมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการให้ความรู้ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2006) สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญบา จิตตภักดิ์ (2563) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีเทพ ตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าทัศนคติที่มีต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นำมาประยุกต์เป็น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีเทพ ตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีเทพ เป็นไปตามเป้าหมายและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เกิดการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพ ตลอดจนลดอัตราการเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและภาครัฐ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศรีเทพ ตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

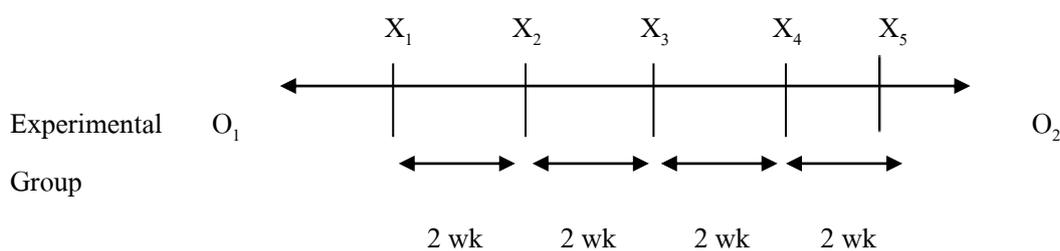
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest -Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีเทพ อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังรูปประกอบ



สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

Experimental Group	แทน	กลุ่มตัวอย่าง
O ₁	แทน	การทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test)
O ₂	แทน	การทดสอบหลังการทดลอง (Post-test)
X ₁ X ₂ X ₃ X ₄ X ₅	แทน	โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาโดยการประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่อง ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีเทพ ตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 318 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, J. 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย

- 1.1 วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง
- 1.2 เอกสารประกอบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.3 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์ ประกอบการบรรยาย การสนทนากลุ่ม การสาธิต การสรุปประเด็นร่วมกัน เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

1.4 แบบบันทึกค่าความดันโลหิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (the Item Objective Congruence; IOC) เท่ากับ .76 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับได้เท่ากับ .86

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติการทดสอบค่า Paired sample t-test

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำกลุ่มและทีมวิจัยเป็นผู้ช่วยกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	6	20.00
	หญิง	24	80.00
	รวม	30	100.00

อายุ (ปี)			
ระหว่าง 30 - 50 ปี	3	10.00	
ระหว่าง 51 - 60 ปี	5	16.70	
ระหว่าง 61 ปี ขึ้นไป	22	73.30	
— $\bar{X} = 62.90, S.D = 8.16, \text{Max} = 75, \text{Mi} = 43$			
รวม	30	100.00	
สถานภาพ			
โสด	2	6.70	
สมรส	23	73.30	
หม้าย/หย่า/แยก	6	20.00	
รวม	30	100.00	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	10.00	
ประถมศึกษา	14	46.70	
มัธยมศึกษา	7	23.30	
อนุปริญญา/ปวส.	6	20.00	
ปริญญาตรีและสูงกว่าขึ้นไป	-	-	
รวม	30	100.00	
อาชีพ			
ค้าขาย	5	16.70	
รับจ้าง	4	13.30	
ธุรกิจส่วนตัว	3	10.00	
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	7	23.30	
เกษตรกร	11	36.70	
รวม	30	100.00	
ความพอเพียงของรายได้ต่อเดือน			
พอเพียง	8	26.70	
ไม่พอเพียง	22	73.30	
รวม	30	100.00	

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.00 อายุส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.30 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่

ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.70 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 36.70 ความพอเพียงของรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 73.30

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (n=30)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง					
	Pre-test			Post-test		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพตนเอง	3.57	0.96	มาก	3.61	1.10	มาก
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.56	0.90	มาก	3.63	0.98	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.50	0.98	มาก	3.53	0.68	มาก
ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.44	0.86	มาก	3.51	0.95	มาก
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.51	0.92	มาก	3.57	0.96	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.57, S.D = 0.96) และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.61, S.D = 1.01) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.56, S.D = 0.90) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.63, S.D = 0.98) การรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.50, S.D = 0.98) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.53, S.D = 0.68) ด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.44, S.D = 0.86) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.51, S.D = 0.95) และเฉลี่ยรวมทุกด้าน ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.51, S.D = 0.92) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.57, S.D = 0.96)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (n=30)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	n	\bar{X}	t	df	p
Pre-test	30	3.51	0.950	29	.032*
Post-test	30	3.57			

*p<.05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า หลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (n=30)

พฤติกรรมปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง					
	Pre-test			Post-test		
	\bar{X}	S. D	ระดับ	\bar{X}	S. D	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร	3.09	0.66	ปานกลาง	3.60	0.81	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	2.74	0.68	ปานกลาง	3.72	0.77	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	3.11	0.67	ปานกลาง	3.57	0.70	มาก
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.29	0.62	ปานกลาง	3.61	0.87	มาก
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.05	0.62	ปานกลาง	3.62	0.78	มาก

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.09, S.D = 0.66) และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.60, S.D = 0.81) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 2.74, S.D = 0.68) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.72, S.D = 0.77) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.11, S.D = 0.67) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

อยู่ในระดับมาก (= 3.57, S.D = 0.70) พฤติกรรมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.29, S.D = 0.62) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.61, S.D = 0.87) และรวมพฤติกรรมทุกด้านก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (= 3.05, S.D = 0.62) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (= 3.62, S.D = 0.78)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (n=30)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	n	\bar{X}	t	df	p
Pre-test	30	3.05	-12.593	29	.000**
Post-test	30	3.62			

**<.01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า หลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (n=30)

ค่าความดันโลหิต	Pre-test		Post-test	
	ความดันโลหิต	เกณฑ์	ความดันโลหิต	เกณฑ์
สูงสุด	185	สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน	150	สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน
ต่ำสุด	136	เกินเกณฑ์มาตรฐาน	113	ตามเกณฑ์มาตรฐาน

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันซิสโตลิก สูงสุด เท่ากับ 185 mm.Hg อยู่ในระดับสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ค่า ความดันซิสโตลิกต่ำสุดเท่ากับ 136 mm.Hg อยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน และหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันซิสโตลิก สูงสุด 150 mm.Hg อยู่ในระดับสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ค่าความดันซิสโตลิก ต่ำสุด เท่ากับ 113 mm.Hg อยู่ในระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งพบว่าความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังการทดลอง ลดลงจากก่อนการทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ค่าความดันซิสโตลิก) ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (n=30)

ระดับความดันโลหิต (ค่าซิสโตลิก)	n	\bar{X}	t	df	p
Pre-test	30	150.97	7.814	29	.000**
Post-test	30	129.13			

**<.01

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า หลังการทดลองการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า หลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การประยุกต์ใช้แนวคิดของเพนเดอร์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์เป็นโปรแกรมในการนำไปดำเนินกิจกรรมให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่องได้ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยมีวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย และปฏิบัติตามได้ง่ายสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้ไม่มีความยุ่งยาก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ได้อย่างเข้าใจและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองสอดคล้องตามแนวคิด ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นโดยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากแรงจูงใจของบุคคลที่พยายามหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพ และปัจจุบันได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 2006 (Pender, 2006) ด้วยการนำเสนอว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของพรพจน์ บุญญสิทธิ (2564) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดัน

โลหิตสูง อ. เมือง จ.สุพรรณบุรี เมื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ย เท่ากับ 13.180 คะแนน (SD = 1.965) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ย เท่ากับ 13.900 คะแนน (SD = 1.775) โดย หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วม ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 คะแนน (SD = 0.57) โดยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (SD = 0.58) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (SD = 0.55) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกรมีปฏิสัมพันธ์บุคคลอื่น ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 (SD = 0.69) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 (SD = 0.73) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านความเครียด ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 (SD = 0.64) ด้านออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณและด้านความเครียดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการประเมินโปรแกรมฯ จากการสนทนากลุ่มของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 100 ของเจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นว่าการพัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ผลการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า หลัง การประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การประยุกต์ใช้แนวคิดของเพนเดอร์ผู้วิจัยได้ประยุกต์เป็นโปรแกรมในการนำไปดำเนินกิจกรรมให้กับกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่องได้ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยมีวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย และปฏิบัติตามได้ง่ายสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้ไม่มีความยุ่งยาก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรม เพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ว่า พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำ และสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันโรคและเป็นส่งเสริมสุขภาพให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี กล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ปฏิบัติหรือการกระทำอย่างสม่ำเสมอ ใน รูปแบบของความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ สิ่งเหล่านี้ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของ บุคคล ต่อกระบวนการการเพิ่มสรณะให้บุคคลนั้นๆสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นพภรณ์ จันทร์ศรี, กนกพร นทีชนสมบัติ และ ทวีศักดิ์ กสิผล (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยพัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และ แกล็ค-บายส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแปง 2 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกษียบ อำเภอบาง ประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตไม่ได้ และโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดัดแปลงจาก ขนิษฐา สาริพล, ปัทมา สุริต (2558) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา มีค่าเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ T-test ผลการศึกษา พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $<.001$ (p-value $<.000$) พบว่า การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และยังสอดคล้องกับการศึกษา ของ รุ่งรัตน์ สุวะเดชะ และ วริศรา ปันทองกลาง (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ 1)กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 105.65, S.D. = 14.07$) หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 136.80, S.D. = 9.91$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลัง ได้รับ โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการ
ประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่า Systolic สูงสุด
เท่ากับ 185 mm.Hg อยู่ในระดับสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ค่า Systolic ต่ำสุดเท่ากับ 136 mm.Hg อยู่ในระดับ
เกินเกณฑ์มาตรฐาน และหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่า
Systolic สูงสุด 150 mm.Hg อยู่ในระดับสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ค่า Systolic ต่ำสุด เท่ากับ 113 mm.Hg อยู่ใน
ระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวม หลังการทดลองการประยุกต์ใช้แบบจำลอง
ส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่า Systolic ลดลงก่อนการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริม
สุขภาพของเพนเคอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติ
อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รักชนก
จันทร์เพ็ญ (2564) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก
ความดันโลหิตสูง อ.ดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี ผลการเปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิก และค่าความดันได
แอสโตลิกมีค่าลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 152.10
($\bar{X} = 152.10$, $SD = 11.55$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง เท่ากับ 136.17 ($\bar{X} = 136.17$, $SD = 9.26$) และ
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 94.93 ($\bar{X} = 94.93$, $SD = 2.49$)
หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง เท่ากับ 81.30 ($\bar{X} = 81.30$, $SD = 8.51$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ย
ความดันไดแอสโตลิก ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ($p < 0.05$) ผลการวิจัยเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายบุคคลสามารถ
เสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นจึงควรนำไปพัฒนาให้สมบูรณ์และดำเนินการวิจัย
ต่อเพื่อประโยชน์ในการนำมาใช้ปฏิบัติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และ วริศรา
ปันทองกลาง (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
พฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการเปรียบเทียบ
ค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว
ของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมฯ มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ($\bar{X} = 155.11$, $S.D. = 11.08$, \bar{X}
 $= 131.71$, $S.D. = 8.27$, $t = 10.67$, $p < .05$) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองหลัง
ได้รับ โปรแกรมฯ มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ($\bar{X} = 84.68$, $S.D. = 10.38$, $\bar{X} = 76.45$, $S.D. = 7.38$, $t =$
 4.81 , $p < .05$) ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ พบว่าค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมฯ ($\bar{X} =$
 131.71 , $S.D. = 8.27$) มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 143.37$, $S.D. = 8.28$) และค่าความ
ดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมฯ ($\bar{X} = 76.45$, $S.D. = 7.38$) มีค่าต่ำกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 88.22$, S.D. = 5.09) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 136.80$, S.D.= 9.91) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 109.94$, S.D. = 4.66) โดยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองด้านที่มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมคือด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 55.54$, S.D. = 4.40, $\bar{X} = 40.77$, S.D. = 2.62, $t = 17.03$, $p < .05$) และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 32.94$, S.D. = 6.58, $\bar{X} = 23.62$, S.D. = 2.30, $t = 7.89$, $p < .05$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง การประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า หลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ค่า Systolic) ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า หลังการทดลองการประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่า Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับผู้บริหารนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นนโยบาย เป็นแนวปฏิบัติให้กับหน่วยงานภายในหน่วยบริการสุขภาพที่มีบริบทการดูแลผู้ป่วยที่มีความใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดี
2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ผลจากการศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ให้ครอบคลุมเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพ และดูแลสุขภาพตนเองได้ และสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลให้ลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคความดันสูงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีกิจกรรมกระตุ้นเตือน และติดตามผลระยะยาว และศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ

บรรณานุกรม

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพระดับจังหวัด .นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2565, 19 กันยายน). เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com>.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.[ออนไลน์]. (2565, 20 กันยายน). ข้อมูลสถิติการตาย. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com>.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2565, 22 กันยายน).สถิติสุขภาพคนไทย. เข้าถึงได้จาก <https://bps.moph.go.th>.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563.กรุงเทพมหานคร:อักษรกราฟฟิคแอนคี้ดีไซน์.
- ฐานข้อมูลโรงพยาบาลศรีเทพ. (2565). ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีเทพ ตำบลสระกรวด. เพชรบูรณ์.
- นพากรณ์ จันท์ศรี และคณะ. (2563, กรกฎาคม - ธันวาคม). “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้,” ใน วารสารวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. ปีที่ 6 (ฉบับที่ 2) : หน้า 58-68.
- ปัญญา สติระพจน์ และคณะ. (2560). **Hypertension Nephrologist View: Clinical Practice in Medicine.** กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2549). การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาผู้เรียนผู้ . กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น.
- บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). การประเมินการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ แนวคิด และ วิธีการ. กรุงเทพมหานคร : วัฒนาพานิช .
- บุษบา จิตต์ภักดี. (2565,มกราคม-มิถุนายน). “ความรู้ ทักษะคิด ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ในวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา.ปีที่13 (ฉบับที่1): หน้า 16-31
- เบญจมาศ สุขสถิต.(2564) .การพยาบาลอายุรศาสตร์ (2564) . เชียงใหม่ : เอ็น.พี.ที.ปรี้นติ้ง
- พรพจน์ บุญญลิตท์.(2564). “การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง,” ใน วารสาร The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi. ปีที่ 4 (ฉบับที่ 2) : หน้า 111-130.
- รักษนก จันท์เพ็ญ.(2564,พฤษภาคม-สิงหาคม). “ประสิทธิผลของ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง,” ในวารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต. ปีที่ 1(ฉบับที่2) : หน้า 20-29.
- รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และ วิศรา ปั่นทองกลาง . (2564, กรกฎาคม-ธันวาคม). “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. ” ใน วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล . ปีที่ 3 (ฉบับที่2) : หน้า 71-85.

วิชัย เอกพลากร. (2564) . รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). [ออนไลน์]. (2565,23 พฤษภาคม) .การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 18 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. เข้าถึงจาก <http://thaihypertension.org>.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย . [ออนไลน์]. (2565,15 พฤษภาคม) . แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 . เข้าถึงได้จาก <https://opac.kku.ac.th>.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). โครงการการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ ภายใต้ ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Second Edition. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Ministry of Public Health. (2019). **Statistics of patients with hypertension**. [cited 2022 September 9]. Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>

Pender, N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. (3rd ed). Appleton and Lange: Connecticut.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parson, M.A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. (4th ed). Upper Saddle River, N.J. : Prentia Hall.protection use with the health promotion model. Nursing Research.Vol 51 (No2).p 100-109.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A., (2006). **Health promotion in nursing practice**. Boston: Julie Levin Alexander.

World Health Organization . (2018). **Noncommunicable diseases**. **World Health Organization**. [cited 2022 June 5]. Available from <https://www.who.int/news-room/>