



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์
อาหารด้วยโรคความดันโลหิตสูง¹
EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS
AMONG BUDDHIST MONKS WITH HYPERTENSION DISEASE

วิวัฒน์ เหล่าชัย²

Wiwat Laochai

พจน์มาลัย สังข์เสนาะ⁵

Ponmalia Songsanong

¹งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2564

^{2,3}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10330

Lecturer, Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Dusit District, Bangkok, 10300, Thailand

⁴พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Senior Professional Level, Priest hospital, Ratchathewi District, Bangkok 10400, Thailand

⁵พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Professional Level, Priest hospital, Ratchathewi District, Bangkok, 10400, Thailand

⁶นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ 54130

M.D., Sung Men hospital, Sung Men District, Phrae, 54130, Thailand

²Corresponding author Email: wiwatyod99@gmail.com

เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ³

Pleonta Pipatsombat

นงลักษณ์ จิระประภาพงศ์⁴

Nongluck Jiraprapapong

รุ่งโรจน์ สลับ⁶

Rungrote Salab

Received: May 19, 2021

Revised: November 21, 2021

Accepted: November 29, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตของพระสงฆ์อาหารด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ อายุ 40-70 ปี อาหารด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 60 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .95 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที่แบบ Independent และ Dependent

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 128.27, SD = 9.69$ และ $M = 89.37, SD = 7.56$ ตามลำดับ, $p = .000$)

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, พระสงฆ์, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design was aimed to compare health-behavior scores and blood pressure scores of the Buddhist monks with hypertension between the self-management program group and the control group receiving the usual care. The sample group was 60 Buddhist monks, aged between 40 to 70 years old with hypertension and received services from the medicine outpatient department at Priest hospital. The experimental tool was a self-management program. Questionnaires for collecting data consisted of a personal data, the health data and behavior. Their content validity indices were .92 and .95, respectively, and the Cronbach's alpha coefficient was .93. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test statistics, both independent and dependent.

The results showed that the experimental group had a statistically and significantly higher mean score on health behaviors than the control group ($p = .000$). They also had a lower mean score of systolic blood pressure ($M = 128.27, SD = 9.69$) and diastolic blood pressure ($M = 89.37, SD = 7.56$) than the control group with statistical significance ($p = .000$).

Keywords: self-management, Buddhist monks, hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก ประมาณ 1 ใน 3 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (World Health Organization: WHO, 2019) คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.56 พันล้านคน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 50 ซึ่งในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน (WHO, 2019)

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ในทุกภูมิภาค โดยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2558 – 2562 มีประชากรป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 ต่อแสน

ประชากร ข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าพบอัตราการป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 – 2562) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 เป็น 1,353.01 ต่อแสนประชากร ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบได้ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, 2018) ดังนั้น องค์การสหประชาชาติจึงกำหนดเป้าหมายว่าต้องสร้างความตระหนักต่อสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงให้ลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 (The International Society of Hypertension, 2020)

พระสงฆ์ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 60 และจากสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าพระสงฆ์เข้ารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตมากที่สุด รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไตวาย และโรคข้อเข่าเสื่อม

ตามลำดับ (Priest Hospital, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 325 รูป พบว่าพระสงฆ์มีโรคประจำตัวร้อยละ 44 เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง (Assantachai, 2017) ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ เช่น ขาดการบริหารชั้นดี ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การสูบบุหรี่ การฉันทอาหารที่มีคนนำมาถวายทั้งรสหวาน มัน เค็ม รวมทั้งการมีกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมทางกายน้อย ซึ่งพระสงฆ์บางรูปมีข้อจำกัดในการบริหารกายจากโรคประจำตัว เป็นต้น (Priest Hospital, 2017) นอกจากนี้ ด้วยรูปแบบการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์ที่มีความแตกต่างจากฆราวาสทั่วไป จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนทั่วไป หากไม่มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพและการจัดการตนเองที่เหมาะสมให้กับพระสงฆ์ ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในอนาคต (PraSuwithan phatthanabundit, Daenghan, & Waphatwitee, 2015) อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง ในบริบทและการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์ จึงทำให้พระสงฆ์ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลหรือวิธีการจัดการตนเองไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งขาดผู้ดูแลในการช่วยจัดการปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ในขณะอาพาธ เช่น การจัดหา ยาและภัตตาหารที่ถูกสุขอนามัย มีโภชนาการเหมาะสมกับแต่ละโรค เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2000) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ ใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ

ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยบุคคลจะมีการจัดการตนเองโดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองในการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) ทั้งหมดนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคล (Creer, 2000) และถูกนำมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลาย ๆ การศึกษา ผลจากการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer มาใช้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับอาการของโรคได้ดีขึ้น และมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Park, Noh, & Jung, 2019) จากการศึกษาของ Kaewyok, Wongpiriyayotha, and Nantsupawat (2011) ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งที่ประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer พบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงขึ้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองส่วนใหญ่จะทำในกลุ่มคนทั่วไปที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อให้สามารถป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000)

มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและการประเมินผล ภายหลังจากได้ถวายเครื่องวัดความดันโลหิตให้ พระสงฆ์เป็นเวลา 3 เดือน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองให้พระสงฆ์สามารถประเมินความรุนแรงของโรคเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ นำไปสู่ การได้มาซึ่งแนวปฏิบัติพยาบาลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรง และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ในพระสงฆ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม สุขภาพและค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม สุขภาพและค่าความดันโลหิตของพระสงฆ์อาพาธ ด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คำถามวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิต ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของ Creer (2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการ พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือ ของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานสำคัญ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูล

เกี่ยวกับตนเอง (self-recording) 3) การประมวล และประเมินผลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง

ประชากร คือ พระสงฆ์ อายุ 40 - 70 ปี อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมารับ การรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

ตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ อายุ 40 - 70 ปี อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ จำนวน 60 รูป ได้มาโดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจาก โปรแกรม G* Power ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size: ES) ที่คำนวณได้จากงานวิจัย ที่ใกล้เคียงกันของ Santasana and Wattana (2017) เท่ากับ .50 จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันการหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึง เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2004) ทำให้ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 30 รูป แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 30 รูป และกลุ่มทดลอง 30 รูป

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีปัญหา ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2) มีความดันโลหิตมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษา โดยการฉีดยา และแพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มี ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย 3) ไม่อยู่ในภาวะ วิกฤต 4) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความ ร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ลาสึกขาบหรืออยู่ในภาวะวิกฤต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคร่วม น้ำหนัก ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต เป้าหมายการดูแลสุขภาพ และคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ สร้างขึ้นโดย Promsena (2007) ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ข้อคำถามมีจำนวน 35 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการฉันทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ 2) พฤติกรรมการบริหารชั้นดี จำนวน 9 ข้อ 3) การจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการฉันทานยา จำนวน 6 ข้อ แปลผลโดยใช้คะแนนรวมได้ดังนี้

คะแนน 0 - 35 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 36 - 70 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 71 - 105 หมายถึง อยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ออกแบบมาให้ใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การวัดสัญญาณชีพ การซักถามอาการ การถวายคำแนะนำและข้อมูลตามสภาพปัญหาของกลุ่มควบคุมและหลังจากพบกันครั้งแรก มีการนัดหมายพบกลุ่มควบคุมในอีก 3 เดือนที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์

กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ตลอดระยะเวลา 3 เดือน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (วันที่ 1) ใช้เวลา 30 นาที

1) สร้างสัมพันธภาพ และวัดความดันโลหิต

2) ฉายวิดีโอทัศนความรู้การดูแลสุขภาพตนเองสำหรับพระสงฆ์ อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ด้าน คือ ด้านการฉันทานอาหาร ด้านการบริหารชั้นดี ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการฉันทานยา พร้อมให้คำแนะนำ

3) ตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง ร่วมกับทีมผู้วิจัย

4) ฝึกสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง

5) เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามสะท้อนปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง และถวายเป็นคำแนะนำเพิ่มเติม

6) ถวายเครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมคำแนะนำและวิธีการใช้

7) ถวายสมุดบันทึกสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการบันทึกความดันโลหิตช่วงเช้า ก่อนจำวัด คะแนนในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง

8) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 2 (1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม) สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นเวลา 5 - 10 นาที

1) ติดตามสอบถามอุปสรรค ความต้องการให้ช่วยเหลือ ถวายคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มเติม

2) สอบถามค่าความดันโลหิตของพระสงฆ์จากการบันทึกประจำวันเช้า ก่อนจำวัด

3) ให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 3 (2 เดือนหลังได้รับโปรแกรม) สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นเวลา 5 - 10 นาที

1) ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมให้กำลังใจ

2) ติดตามค่าความดันโลหิตของพระสงฆ์จากการบันทึกประจำวันเช้าก่อนจำวัด

กิจกรรมที่ 4 (3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม) สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นเวลา 20 นาที

- 1) นัดติดตามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์
- 2) วัดความดันโลหิต
- 3) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนน การดูแลสุขภาพตนเอง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .92 และ.95 ตามลำดับ หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ เลขที่ 14/2563 เมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2563 และได้รับอนุมัติเก็บข้อมูลในการทำวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของพระสงฆ์ หากพระสงฆ์ยินดีที่จะร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และเผยแพร่เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ การรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ เป้าหมายการดูแลสุขภาพ คะแนน การดูแลสุขภาพตนเอง และสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธโรคความดันโลหิตสูงตามแบบสอบถามโดยผู้วิจัย และนัดพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคร่วมที่เกิด น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent *t*-test และ Independent *t*-test โดยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. พระสงฆ์กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 61.07 ปี ($SD = 8.51$) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 60.87 ปี ($SD = 8.46$) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ตอนปลาย อย่างละเท่า ๆ กัน ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มทดลองมากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 36.67) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา โรคร่วมที่พบในกลุ่มควบคุมมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 76.67 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 46.67 ส่วนโรคร่วมที่พบในกลุ่มทดลองมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมมากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 36.67) มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี ส่วนกลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.33) มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2-5 ปี เป้าหมายการดูแลสุขภาพของกลุ่มควบคุมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.67) คือ สุขภาพดี ส่วนกลุ่มทดลองมากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 40.00) คือ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเท่ากับ

79.53 กิโลกรัม และ 79.47 กิโลกรัมตามลำดับ ส่วนน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองเท่ากับ 82.33 กิโลกรัม และ 78.31 กิโลกรัม ตามลำดับ

3. คะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 และ 3.13 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 1.77 และ 6.97 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยค่าความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกลดลงและแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.86, p = .000$; $t = -5.28, p = .000$) ดังแสดงในตาราง 1 โดยกลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M_{SBP\text{ก่อน}} = 143.97, SD_{SBP\text{ก่อน}} = 8.73, M_{SBP\text{หลัง}} = 128.27, SD_{SBP\text{หลัง}} = 9.69, t = 9.828, p = .000$; $M_{DBP\text{ก่อน}} = 89.37, SD_{DBP\text{ก่อน}} = 7.56, M_{DBP\text{หลัง}} = 81.50, SD_{DBP\text{หลัง}} = 8.62, t = 6.120, p = .000$) ดังแสดงในตาราง 2

5. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 3

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.57, p = .000$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M_{\text{ก่อน}} = 51.10, SD_{\text{ก่อน}} = 10.83, M_{\text{หลัง}} = 90.80, SD_{\text{หลัง}} = 9.11, t = -15.63, p = .000$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ($n = 60$)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความดันซิสโตลิก						
ก่อนทดลอง	141.83	6.75	143.97	8.73	1.06	.290
หลังทดลอง	141.53	7.72	128.27	9.69	-5.86	.000
ความดันไดแอสโตลิก						
ก่อนทดลอง	89.03	6.76	89.37	7.56	.18	.860
หลังทดลอง	91.53	5.94	81.50	8.62	-5.28	.000

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n = 30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ความดันซิสโตลิก	143.97	8.73	128.27	9.68	9.828	.000
ความดันไดแอสโตลิก	89.37	7.55	81.50	8.63	6.120	.000

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	50.17	9.46	51.10	10.83	.36	.720
หลังทดลอง	50.50	8.70	90.80	9.11	17.57	.000

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n = 30)

กลุ่มทดลอง	คะแนนพฤติกรรมการสุขภาพ		t	p
	M	SD		
ก่อนทดลอง	51.10	10.83	-15.63	.000
หลังทดลอง	90.80	9.11		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพสูงกว่าพระสงฆ์กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากพระสงฆ์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น หลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง เนื่องจากได้รับการถวายความรู้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากพยาบาล และได้ชมวิดีโอเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งวิดีโอเป็นสื่อที่สามารถเปิดดูได้ตลอดเวลา ทำให้พระสงฆ์กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น คือ ลดอาหารที่มีรสชาติเค็ม และหวาน เช่น ของหวาน พริกน้ำปลา และผลไม้ที่มีรสชาติหวาน เป็นต้น จึงทำให้

พระสงฆ์กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารดีขึ้น สอดคล้องจากการศึกษาของ Phatiapinan, Torsakulkaew, and Leelahakul (2018) พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคมากขึ้น โดยมีการควบคุมปริมาณโซเดียม เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส ผงชูรส และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น

ด้านการบริหารชั้นพบว่า พระสงฆ์กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการลดน้ำหนักตัว ด้วยการบริหารร่างกาย เช่น มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น เดินแกว่งแขน และเดินบิณฑบาต เป็นต้น เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดทำวิธีการบริหารชั้นที่เหมาะสมให้กับพระสงฆ์ไว้ในสมุดบันทึกประจำตัว อีกทั้งมีการสร้างเสริมพลังอำนาจ ถวายกำลังใจ และติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน จนทำให้เกิดแรงผลักดันในการบริหารชั้น สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่าน้ำหนักตัวเฉลี่ยของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงจาก

ก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 82.33 กิโลกรัม และหลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 78.31 กิโลกรัม

ด้านการจัดการความเครียด พบว่าพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ระดับปานกลาง เนื่องจากพระสงฆ์เป็นผู้ที่ถือศีล 227 ข้อ และเจริญจิตภาวนา จึงทำให้มีความเครียดน้อย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้มีการตั้งถ้อยคำแนะนำในการจัดการความเครียดทางโทรศัพท์ พร้อมติดตามและประเมินผลเป็นระยะ ภายหลังจากพระสงฆ์กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น โดยมีวิธีการจัดการความเครียด เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การระบายความเครียด และนั่งสมาธิ เป็นต้น จึงอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้พระสงฆ์กลุ่มทดลองมีการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น

ด้านการฉันทยาพบว่าพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการฉันทยาอยู่ระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการฉันทยามาก และมาตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง อย่างไรก็ตาม เมื่อพระสงฆ์กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้พระสงฆ์กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการฉันทยาสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้พระสงฆ์กลุ่มทดลองเล่าปัญหาเกี่ยวกับการฉันทยา พร้อมแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการนับเม็ดยา และการจัดยาอย่างถูกวิธี รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับพยาบาล

2. พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากพระสงฆ์มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น จากการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และการถวายเครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่พระสงฆ์ต้องบันทึกค่าความดันโลหิตตอนเช้าและก่อนนอนทุกวัน ร่วมกับการถวายความรู้เกี่ยวกับการฉันทยา และการบริหารชั้นที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทของพระสงฆ์ทำให้พระสงฆ์สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจนอยู่ในระดับที่ปลอดภัย สอดคล้องกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 mg/day สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2 - 8 mmHg และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยลดความดันซิสโตลิกได้ 4 mmHg และลดความดันไดแอสโตลิก 2.5 mmHg รวมทั้งการลดน้ำหนักทุก ๆ 1 กิโลกรัม สามารถช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 1 mmHg (Zhou et al., 2019) ดังนั้น พระสงฆ์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจึงมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรจัดถวายเครื่องวัดความดันโลหิตให้กับพระสงฆ์หรือวัดแต่ละแห่ง เพื่อให้พระสงฆ์สามารถประเมินความดันโลหิตของตนเองได้สะดวก ถูกต้อง และแม่นยำ ส่งผลให้พระสงฆ์มีการกำกับตนเอง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือภาวะสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

1.2 พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจัด

โปรแกรมการจัดการตนเองให้กับพระสงฆ์เพื่อประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้พระสงฆ์ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพดี สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ด้านการวิจัย ควรมีการพัฒนา

โปรแกรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งควรมีการส่งเสริมความรู้ให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของพระสงฆ์แต่ละรูป เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Assantachai, P. (2017). *Handbook of monks' health care*. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.
- Creer, L. (2000). Self-management and the control of chronic pediatric illness. *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts, methods, and interventions*, 95-129.
- Kaewyok, T., Wongpiriyayotha, A., & Nantsupawat, W. (2011). Effects of self-management program on symptom of dyspnea and functional capacity of persons with congestive heart failure. *Journal Nursing and Health Care*, 29(2), 35-40.
- Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary. (2018). *Public health statistics 2015*. Bangkok: Sam Charoen Phanich.
- Park, J., Noh, O., & Jung, S. (2019). Coping with symptoms after education for self-management of chronic diseases. *International Journal of Advanced Culture Technology*, 7(1), 89-95.
- Phatiapinan, A. Torsakulkaew, T., & Leelahakul, V. (2018). The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(2), 12-27.
- Polit, F., & Beck, T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- PraSuwithanphatthanabundit, Daenghan, T., & Waphatwitee, S. (2015). Development of a holistic healthcare model of the monks in different Khon Kaen province with separate participation of the network. *Journal of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen*, 22(2), 117-129.
- Priest Hospital. (2017). *Health check-up project for novices monks 2017*. Bangkok: Department of Medical Affairs.
- Promsena, Y. (2007). *Self-care behavior of patients. Hypertension at the Hypertension Clinic Nakhon Phing hospital Chiang Mai province* (Master of public health). Graduate school, Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Santasana, C., & Wattana, C. (2017). The effectiveness of the development of a home visit model for people with uncontrolled hypertension of the Health Promoting hospital, Khlong Poon subdistrict, Klaeng district, Rayong province. *The Journal of Prapokklo Hospital Clinical Medical Education Center*, 34(2), 110-123.
- The International Society of Hypertension (ISH). (2020). *Background information on high blood pressure (hypertension)*. Retrieved from <http://ish-world.com/public/backgroundinfo.html>
- World Health Organization. (2019). *New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2019/worldhealth_statistics_20120516/en/index.html
- Zhou, B., Danaei, G., Stevens, G. A., Bixby, H., Taddei, C., Carrillo-Larco, R. M., . . . Ezzati, M. (2019). Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. *The Lancet*, 394(10199), 639-651.