

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ชูเกียรติ แสงบุญ



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา



ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา และคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง ได้พิจารณาการศึกษา
ค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย”
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

(ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ นพรัก)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2556



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างดียิ่ง ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ดร.ทวีวรรณ ซาลีเครือ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำปรึกษา และช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยพะเยาทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ถ่ายทอดความตั้งใจในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขให้เจริญก้าวหน้าเกิดประโยชน์กับสังคมสุขภาพ

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.สมเกียรติ ศรีธาราคิคุณ วีระศักดิ์ หมื่นมูลภาค และอาจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจความเที่ยงของเครื่องมือของแบบสอบถาม รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขให้ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม ที่อำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าไปเก็บข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ และทุกคนในครอบครัว ที่ได้เคยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้กำลังใจ และสนับสนุนผลักดันให้เกิดความมานะพยายามในการใฝ่ศึกษาและให้โอกาสในการพัฒนาความรู้แก่ผู้ศึกษาค้นคว้า

ท้ายที่สุดนี้หากมีข้อบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด ผู้ศึกษาขออภัยเป็นอย่างสูงในข้อบกพร่องและความผิดพลาดนั้น และผู้ศึกษาหวังว่าการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้คงมีประโยชน์บ้างไม่มากนักน้อยสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ที่สนใจจะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ชูเกียรติ แสงบุญ

ชื่อเรื่อง	ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
ผู้ศึกษาค้นคว้า	ชูเกียรติ แสงบุญ
ที่ปรึกษา	ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ
ประเภทสารนิพนธ์	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555
คำสำคัญ	ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความฉลาดทางสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

บทคัดย่อ

การศึกษากาตดัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2555 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2556 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.175) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.641) อยู่ในระดับสูง และความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อสุขภาพโดยรวม ($r = 0.495$, $p\text{-value} = 000$) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ($r = -0.473$, $p\text{-value} = 000$) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($r = 0.631$, $p\text{-value} = 000$) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($r = 0.655$, $p\text{-value} = 000$) และ ความฉลาดทางสุขภาพ ($r = 0.410$, $p\text{-value} = 000$) กับพฤติกรรมการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Title HEALTH BELIEF AND BEHAVIORS CONTROL TO HYPERTENSION IN
PRIMARY CARE UNIT OF PONGNGAM SUBDISTRICT, MAE SAI
DISTRICT, CHANGRAI PROVINCE.

Author Chukiat Saengboon

Advisor Dr.Taweewun Chaleekrua

Academic Paper Independent Study M.P.H., University of Phayao, 2012

Keywords health belief, health literacy, hypertension

ABSTRACT

The objectives of the cross-sectional research were to explain health belief, behavior and investigate the factors related to hypertension control behavior to at Primary Care Unit of Pongngam Sub-district in Mae Sai District, Chiangrai Province. Data were collected through a questionnaire from 114 samples of the patients with hypertension, selected by purposive sampling during December 1, 2012–January 31, 2013, and were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results showed that the mean score of health belief, behavior control to hypertension were high ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.175; $\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.641). The result identified five independent variables significantly related to hypertension control behavior; total score of health belief ($r = 0.495$, $p\text{-value} = 0.000$), risk perception to complication ($r = -0.473$, $p\text{-value} = 0.000$), perception of benefit ($r = 0.631$, $p\text{-value} = 0.000$), perception of barrier ($r = 0.655$, $p\text{-value} = 0.000$) and health literacy ($r = 0.410$, $p\text{-value} = 0.000$).

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ภาวะความดันโลหิตสูง การรักษาและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง	6
พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	13
ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ.....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
กรอบแนวคิด.....	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	26
การเก็บรวบรวมข้อมูล	28
การพิทักษ์สิทธิของงานวิจัย	29
การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย	29
4 ผลการวิจัย	30
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	30
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	37
ส่วนที่ 4 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพ.....	41
ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ..	43
5 บทสรุป	44
สรุปผลการวิจัย	44
อภิปรายผลการวิจัย.....	46
ข้อเสนอแนะ	52
บรรณานุกรม	54
ภาคผนวก	61
ภาคผนวก ก ข้อมูลคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครผู้เข้าร่วม	62
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	65
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อการทำวิจัย.....	68
ภาคผนวก ง เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์.....	77
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า	78

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ (n = 114).....	31
2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 114)	33
3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน.....	34
4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน.....	35
5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรค	35
6 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรค	36
7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยรวมและจำแนกรายด้าน (n = 114).....	37
8 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร.....	38
9 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย.....	38
10 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา	39
11 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด	40
12 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการตรวจตามนัด.....	41
13 แสดงจำนวนและร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพ (n = 114).....	41
14 แสดงระดับความฉลาดทางสุขภาพ (n = 114).....	42
15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคของ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (n = 114).....	43

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1	กรอบแนวคิดการศึกษา.....	24
---	-------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูง(Hypertension) เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 4 มีอัตราการตาย 24.7 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2552 และมีอัตราเพิ่มการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึง 34.10 ต่อแสนประชากร ของสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มเป็น 3 เท่าจากปี พ.ศ. 2544 ถึงปี พ.ศ. 2548 และในปี 2552 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยเป็นอันดับ 2 จากการจัดอันดับการป่วยของผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุข และในภาคเหนือจากการจัดอันดับสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 อันดับ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วย 429.93 ต่อพันประชากรมีอัตราป่วยมากเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ, 2545, 2548, 2549, 2552) ในขณะที่จังหวัดเชียงรายพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในปี 2552 พบอัตราการตาย 44.38 ต่อแสนประชากร (กลุ่มงานข้อมูลและสถิติสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย, 2552) และจากรายงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ในปี 2552 พบว่ามีประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10,274 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 10,834.12 ต่อแสนประชากร

ในปัจจุบันยังพบปัญหาการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคมีความสำคัญมาก เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้วยังสามารถลดอัตราการตายและอัตราความพิการได้ โดยพบว่าลดการเกิดหลอดเลือดสมองแตกได้ ร้อยละ 35-40 ลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ร้อยละ 20-25 และลดภาวะหัวใจวายได้มากกว่าร้อยละ 50 ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเป็นอันดับแรกและร่วมกับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ (Sica, 2005) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องตามวิธีการดำเนินชีวิตนั้นประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหารโดยลดน้ำหนัก ให้มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง

18.5–24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รับประทานอาหารไขมันต่ำ ลดการรับประทานเกลือ หรือส่วนประกอบอาหารที่มีเกลือให้ไม่เกินวันละ 20.4 กรัม โดยหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ในอาหารที่ปรุงสำเร็จ รับประทานผักและผลไม้ หรืออาหารที่มีเส้นใยสูง ลดการดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ ไม่เกินวันละ 30 ซีซี เลิกสูบบุหรี่ (Gregoire, 2004)

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้น ขึ้นกับปัจจัยด้านการรับรู้ซึ่งเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลประกอบด้วย สิ่งเร้า หรือข้อมูลนำมาสู่การสัมผัส การเลือก การแปลความ หรือการให้คุณค่า โดยอาศัยปัจจัยต่างๆที่อยู่ภายในอาคารและภายนอกตัว บุคคลมาแปลความหมายสิ่งเร้านั้นให้กลายเป็นสิ่งที่รับรู้ซึ่งอาจตอบสนองออกมาในรูปความคิด หรือการกระทำหรือเกิดความเข้าใจ เกิดการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตน เมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา คือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วบุคคลจะมี พฤติกรรมแตกต่างกันไป ถ้าบุคคลสามารถแยกแยะและรับรู้ความต้องการของตน จะทำให้เกิด การเลือกรูปแบบกิจกรรมที่ตนมีความเชื่อว่าจะเป็นหนทางสู่ความสำเร็จของการควบคุมโรค ซึ่งบุคคลต้องมีการรับรู้ที่เป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ตามแนวคิดของ Becker (1974) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ภาวะเรื่องความดันโลหิตสูงและการดำเนินของภาวะโรคความดัน โลหิตสูง เป็นการรับรู้เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้การรักษา ที่ถูกต้อง 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (perceived severity) เป็นการรับรู้ที่ภาวะความดันโลหิตสูงถ้าควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตและมีผลกระทบต่อบทบาท ของตนในครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมภาวะ ความดันโลหิตสูง (perceived benefits) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อประโยชน์ ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆว่าจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือสามารถควบคุมโรคได้ 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค (perceived barriers) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุม โรคใช้เวลาเพียงใด ค่าใช้จ่ายสูงเพียงใด เกิดผลข้างเคียงของการรักษาอย่างไร รวมทั้ง ลักษณะความยาวนานของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วย การรับรู้อุปสรรคจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว ยังมีปัจจัยชักนำให้เกิด การปฏิบัติ (cues to action) เป็นสิ่งกระตุ้นทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก รวมทั้งบุคคล ตัวอย่าง และจากการเรียนรู้จากกลุ่มมีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจในแผนการรักษา (Kerr, Weitkunat, and Moretti, 2005) เกิดการยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา

จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมจึงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาและลดผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขนาดใหญ่ มีจำนวนที่รับผิดชอบทั้งหมด จำนวน 7 หมู่บ้าน และมีจำนวนประชากร 9,610 คน (กลุ่มงานวิชาการสาธารณสุขอำเภอแม่สาย, 2554) จากข้อมูลสาเหตุการป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม พบว่าโรคระบบไหลเวียนเลือด มีอัตราป่วยเป็นอันดับ 3 โดยมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 471 รายแยกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโป่งงาม จำนวน 205 ราย และยังพบว่า มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2551 มีอัตราป่วย 1,893.86 ต่อแสนประชากร และปี 2554 มีอัตราป่วย 2,133.19 ต่อแสนประชากร (กลุ่มงานวิชาการสาธารณสุขอำเภอแม่สาย, 2554) ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นในปีต่อไป และผู้ที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ (กลุ่มงานวิชาการสาธารณสุขอำเภอแม่สาย, 2554)

การศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย นับว่าเป็นแนวทางที่สามารถทำได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในการรักษาพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบให้เหมาะสม และนำไปสู่การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ลดผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยต่อครอบครัว และสังคมของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้ด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานของการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาหาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโป่งงาม ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2555 ถึง 31 มกราคม 2556

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)

พฤติกรรมการควบคุมโรค หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมที่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ปฏิบัติในการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย พฤติกรรม การควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมมารับประทานยา พฤติกรรมจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งสองข้อ ดังนี้

1. มีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. มีญาติสายตรง คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาในการอ่านฉลากยา ความสามารถในการอ่านฉลากยา และการมีผู้ช่วยเหลือในการอ่านฉลากยาของโรคความดันโลหิตสูง

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่ตำบลโป่งงามและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้เพื่อการวางแผนการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมให้ผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง โดยคำนึงถึงความเชื่อด้านสุขภาพและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมควบคุมโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการศึกษาดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง การรักษาและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
3. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
4. แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิด

ภาวะความดันโลหิตสูง การรักษาและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure [SBP]) มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure [DBP]) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และจำแนกระดับของภาวะความดันโลหิตสูงโดยพิจารณาจากความรุนแรงที่มีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญ โดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2003) ได้แบ่งกลุ่ม ตามระดับความดันโลหิตดังนี้

1. ความดันโลหิตปกติ คือความดันโลหิต น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ระยะก่อนความดันโลหิตสูง คือความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 80-89 มิลลิเมตรปรอท
3. ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 คือมีความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 90-99 มิลลิเมตรปรอท
4. ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 คือมีความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมีความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

การพิจารณาจากความรุนแรงและการเกิดผลกระทบของความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามระดับของความดันโลหิต ได้มีการแบ่งระยะของความดันโลหิตสูง 3 ระยะ ดังนี้ (Joint National Committee, 2003)

1. ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (pre-hypertension) อายุเฉลี่ยของกลุ่มนี้อยู่ประมาณ 10-30 ปี มีลักษณะสำคัญ คือมีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ในระดับปกติ แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติจะมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงและถ้าเป็นในช่วงอายุ 20-30 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้กลุ่มบุคคลที่มีความดันโลหิตปกติหรืออยู่ในเกณฑ์กำกึ่ง ถ้าทำการทดสอบด้วย การออกกำลังกายแล้วพบว่ามีความดันโลหิตสูงก็อาจเป็นความดันโลหิตสูงได้

2. ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 (hypertension stage 1) เป็นช่วงต่อเนื่องจากระยะก่อนความดันโลหิตสูง อาจพบได้ถึงอายุประมาณ 40 ปี มีลักษณะสำคัญคือ ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้จำเป็นต้องการรักษาด้วยยาและปฏิบัติพฤติกรรมดังนี้ ลดน้ำหนัก ลดอาหารไขมันสูง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ลดการปรุงอาหารที่เพิ่มเกลือ เพิ่มการออกกำลังกาย ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป้าหมายการควบคุมระดับโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 (hypertension stage 2) เป็นช่วงของการดำเนินโรคในระยะต่อมา มีช่วงความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ถ้าไม่ได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นเวลา 7-10 ปี จะพบมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว จุดเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 30 และพบว่าเกินร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอาการเสื่อมของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดแดง สมอง ไต และตา

ส่วนองค์การอนามัยโลกได้จำแนกประเภทความดันโลหิตสูง ตามสาเหตุการเกิดโรค โดยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension) พบได้มากถึงร้อยละ 95 ของผู้ที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งสาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่ามีคามผิดปกติในการไหลเวียนของเลือดซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ เช่น ความอ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายและอายุ (Kaplan and Holmes, 2002) และโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมด อาจมีสาเหตุมาจากโรคไต โรคซึ่งเกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และเกิดจากระบบประสาทส่วนกลางหรือโรคของหลอดเลือดแดงใหญ่ (WHO, 1998) รวมถึงภาวะความดันโลหิตสูงจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษหรือจากยาบางชนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด

หรือยาฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาสเตอรอยด์ ยาต้านชักเสปที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ยาแก้คัดจมูก และยาแก้หวัดที่เข้ายาแก้คัดจมูก ยาลดความอ้วน ยาอะครีนาลีน ยาแก้ซึมเศร้าร่วมกับ ยากลุ่มกระตุ้นประสาทซิมพาเลติก เป็นต้น ส่วนความดันโลหิตสูงจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะพิษจากสารตะกั่ว ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง หรือเกิดความดันโลหิตอาจสูงได้ชั่วคราว เมื่อมีภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ภาวะใช้ชีวิต ออกกำลังกายใหม่ ๆ พบความดันโลหิตสูงกับภาวะที่มีหลอดเลือดเอออร์ตาโป่งพอง (dissecting aortic aneurysm) (WHO, 2003)

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ๆ โดยไม่สามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตได้จะทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายถูกทำลายโดยเกิดจากการมีแรงต้าน หลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น จากผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูก กระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดขรุขระขึ้นเป็นที่เกาะตัวของไขมัน ทำให้หลอดเลือดหนา และแข็งตัว โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงเล็กส่วนปลาย มีความสำคัญ ในการนำเลือดไปเลี้ยง อวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เมื่อเกิดการแข็งตัวแล้วเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญได้ จึงทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญต่าง ๆ คือ หัวใจ สมอง ไต และตา โดยระดับความรุนแรงนั้น องค์การอนามัยโลกได้แบ่งภาวะความดันโลหิตออกเป็น 3 ระยะ ตามลักษณะการเปลี่ยนแปลง ในทางเสื่อมของอวัยวะสำคัญที่ตรวจพบ คือ 1) ไม่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของ อวัยวะที่เกี่ยวข้อง 2) เป็นความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายเริ่มโต หลอดเลือด ที่เรตินาหนาขึ้นและตีบแคบและตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีระดับ ครีเอตินิน ในพลาสมา สูงขึ้นเล็กน้อย 3) เป็นความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว แรงดันในหลอดเลือด เรตินาสูงขึ้นและพบความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง เช่น มีเลือดออกในสมองหรือหลอดเลือด สมองตีบและพบภาวะไตวาย (WHO, 1998)

ถ้าแยกรายละเอียดของการพบพยาธิสภาพที่ผนังหลอดเลือด จากการที่ปริมาณเลือด เพิ่มขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดปรับตัวหนาขึ้นเพื่อให้มีแรงต้านที่จะสามารถบีบเลือดไปเลี้ยงถึง อวัยวะส่วนปลาย ประกอบกับการมีไขมันเกาะผนังภายในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหนาตัว ขึ้นและเกิดการแข็งตัว เสียความยืดหยุ่นและตีบแคบลง ทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น ทั้งหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงเล็ก ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้น้อยลง เมื่อระยะเวลาเพิ่มขึ้นจะทำให้อวัยวะที่สำคัญขาดเลือด จนเกิดภาวะแทรกซ้อน (Joint National Committee, 2003) ดังนี้

1. **หัวใจ** มีการเปลี่ยนแปลงที่หัวใจ เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดที่ไป

เลี้ยงหัวใจหนาตัวและขาดความยืดหยุ่น ทำให้แรงดันในหัวใจห้องล่างซ้ายสูงขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจึงปรับตัวรับแรงต้านโดยหนาขึ้นและขยายตัวใหญ่ขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Kaplan and Holmes, 2002) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นข้อบ่งชี้สำคัญว่าเป็นความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการใช้ยาและปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค (De Denus et al., 2004) ถ้าควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง คือ ทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบกลายเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก ถ้าเป็นรุนแรง อาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) นอกจากนี้ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) โดยตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจจะเสียคุณสมบัติในการบีบตัวและเสียความยืดหยุ่นทำให้หัวใจขยายตัวมาก ในที่สุดจะเกิดภาวะหัวใจวายถาวรและเสียชีวิต (ศรีจัตรา บุญนาค และคณะ, 2545) ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 50 (McAlister, Cambell, Zamke, Levine and Graham, 2001) พบว่าภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคน ความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า (Zondon, 2003)

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงถึงชีวิต โดยเฉพาะการเสียชีวิตกะทันหันเป็นอันดับหนึ่งคือโรคหัวใจ (เกรียงไกร เสงรัตมี, 2545) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เมื่อรักษาตามแนวการรักษาเบื้องต้นไม่ได้ผลหรือเมื่อมีความดันโลหิตช่วงบนตั้งแต่ 210 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตช่วงล่างตั้งแต่ 120 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงมากหรือมีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ หรือพบความดันโลหิตสูงในคนอายุต่ำกว่า 30 ปี อาจต้องรับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม เพื่อค้นหาสาเหตุและภาวะแทรกซ้อน (วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข และอภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2546) ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมากมายและพบมากร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (De Denus et al., 2004) นอกจากทำให้เกิดโรคหัวใจแล้วผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค จึงกล่าวได้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

2. สมออง มีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดสมออง ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอองคือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอองแข็งตัวและตีบแคบเกิดภาวะอุดตันของหลอดเลือดแดง เป็นผลให้แรงดันของหลอดเลือดในสมอองสูงขึ้น ถ้าหากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอองเฉียบพลัน

(cerebrovascular accident) กลายเป็นอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย โดยเฉพาะในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกหรือมีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ซึม เพ้อ ชัก หรือหมดสติ ซึ่งมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดโรคของหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2542)

3. ไต มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไต จากการมีภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ และไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ จะทำให้หลอดเลือดที่ไตแข็งและหนาตัวขึ้น เกิดอาการของหลอดเลือดแดงที่ไตตีบลง (renal artery stenosis) เลือดไปเลี้ยงหน่วยไตลดลง ส่งผลให้มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของไต (impaired renal function) จนทำให้จำนวนหน่วยไต (nephron) ลดลง การกรองที่โกลเมอรูลัสน้อยลง และหรือการคูดกลับน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพิ่มขึ้น พบในโรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง ภาวะดังกล่าวจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย ร้อยละ 10 (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2545) นอกจากนี้ภาวะไตวายจะเป็นมากขึ้นถ้าหากมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูงและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ซึ่งต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท (Basile, 2004)

4. ตา มีการเปลี่ยนแปลงที่ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตา อย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบต่อมาอาจจะแตกมีเลือดซึมออกมาที่จอประสาทตา (retinal exudates and hemorrhages) เป็นผลให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดได้ ถ้ามีความรุนแรงอาจพบเลือดในของเหลวของลูกตาและปริมาณเพิ่มมากขึ้น จนเขาเรตินา ให้ลอกหลุด ทำให้การมองเห็นผิดปกติและตาบอดในที่สุด

จากภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายของภาวะความดันโลหิตสูงดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด และวิตกกังวลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เรื้อรัง ใช้ระยะเวลาการรักษานานเช่นภาวะความพิการจากการเป็นอัมพาต ในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงยังต้องปฏิบัติตามบทบาทของสังคม ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังจะต้องปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้คับข้องใจและเกิดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้อาการของภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นบ่อย เช่น อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย หน้ามืด และอาการจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตยังส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้มีความวิตกกังวลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาต่อเนื่อง ทำให้ต้องปรับตัวในบทบาทของครอบครัว โดยเฉพาะรายที่เป็นผู้นำ

ครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยทำให้ขาดรายได้และเป็นภาระกับครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้เศรษฐกิจระดับครอบครัวลดลง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต้องรักษาด้วยยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นด้านประสิทธิภาพการรักษาส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจระดับประเทศ ด้านค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ

เป้าหมายของการรักษาและการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือการจัดการให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 104/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคไตหรือโรคเบาหวานร่วมด้วย ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับเท่ากับหรือต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยทั่วไปการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงประกอบด้วย การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา (pharmacologic treatment) และการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic treatment) การควบคุมดังกล่าวเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

รักษาโดยใช้ยา (pharmacologic treatment) การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง โดยการใช้ยาเริ่มเมื่อ ปฏิบัติพฤติกรรมตามวิถีการดำเนินชีวิต โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ ดังรายละเอียดข้างต้นแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย จะเริ่มให้ยาดังมี ขั้นตอนการจัดการ (stepped care management) และการรับประทานยาอย่างถูกต้องจึงจะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ ทำให้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนลดลง ซึ่งปัจจุบันยารักษาความดันโลหิตสูงมีหลายชนิด มีกลไกการออกฤทธิ์ และฤทธิ์ข้างเคียงที่ต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ 7 กลุ่ม ได้ดังนี้

1. ยากลุ่มขับปัสสาวะ (diuretics) กลไกการออกฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต โดยลดการทำหน้าที่ของไตในการดูดกลับเกลือโซเดียมและน้ำ ทำให้สารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง เป็นยาที่เลือกใช้อันดับแรกมีข้อบ่งชี้ให้ใช้ในขนาดต่ำ ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถลดอัตราการตายได้ เช่น กลุ่มไทอะไซด์ (thiazide diuretics) เช่น hydrochlorothiazide indopamide กลุ่มลูปไดยูเรติก (loop diuretics) เช่น furosenide กลุ่มโปแตสเซียมสparing ไดยูเรติก (potassium sparing diuretics) เช่น amiloride trimterene มีการใช้ยาขับปัสสาวะร่วมกับยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta blockers [BBs]) เมื่อวัดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 140–159 มิลลิเมตรปรอทหรือวัดความดันโลหิตแอสโตลิกได้ 90–99 มิลลิเมตรปรอท เช่น ใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต โรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และในโรคไตวายเรื้อรัง จะได้รับการด้วยยา

หลายชนิดร่วมกัน เช่น รักษาด้วยยากลุ่มต้านเอทไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitors [ACEIs]) ร่วมกับยาขับปัสสาวะในการควบคุมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Joint National Committee, 2003) หรืออาจพิจารณาใช้ยา ร่วมกับ 2-3 ชนิด จึงจะสามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kaplan and Holmes, 2002)

2. ยากลุ่มยับยั้งตัวจับฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone receptor blockers) โดยเมื่อมีการยับยั้งตัวจับจึงทำให้การออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้เพิ่มโปตัสเซียมในกระแสเลือดมากขึ้นมีการขับโซเดียมและน้ำออกจากระบบไหลเวียน ทำให้ปริมาณน้ำและโซเดียมในระบบไหลเวียนลดลง จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ใช้ร่วมกับยากลุ่ม ACEIs. ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน (Joint National Committee, 2003) เช่น spironolactone และ eplerenone

3. กลุ่มยาปิดกั้นเบต้าแอดรีเนอร์จิก (beta-adrenergic blockers [BBs]) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งที่บาโรรีเซปเตอร์ที่หัวใจ ลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ทำให้ลดปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) และมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดเลือดคลายตัว ลดแรงต้านหลอดเลือดลง หลอดเลือดจะขยายตัวกว้างขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง เช่น atenolol, betaxolol, propranolol มีฤทธิ์ข้างเคียง คือ เวียนศีรษะ ใจสั่น วิดุกังวล ผื่นแพ้

4. กลุ่มยาต้านแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitors [ACEIs]) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ angiotensin I ที่จะเปลี่ยนเป็น angiotensin II ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว ดังนั้น ACEIs จึงมีผลให้หลอดเลือดคลายตัว จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง เช่น benazepril, captopril, enalapril มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ เป็นลม หน้ามืด ปวดศีรษะ ไอ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ยากลุ่มนี้ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้ร่วมกับยากลุ่มปิดกั้นเบต้าแอดรีเนอร์จิก และยาขับปัสสาวะ (รัตนา เรือนอินทร์, 2550) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงหรือมีข้อห้ามในการใช้ยากลุ่มนี้แพทย์จะพิจารณาใช้ยาขับยั้งตัวจับแองจิโอเทนซิน (angiotensin II receptor blocker [ARBs]) ที่หลอดเลือดขยายตัว ทำให้มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เช่น losartan, candasartan

5. ยากลุ่มต้านแคลเซียม (calcium channel blockers [CCBs]) ออกฤทธิ์โดยห้ามไม่ให้สารแคลเซียมเข้าหัวใจและเข้ากล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านจากหลอดเลือดส่วนปลายจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดการทำงานของหัวใจ ส่งผลทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนลดลง ออกฤทธิ์นาน 12-24 ชั่วโมง เช่น verapamil diltiazem มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ปวดศีรษะ คลื่นไส้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง

6. กลุ่มต้านแคลเซียมและไดไฮโดรไพริดีน (calcium channel blockers–dihydropyridines) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งสารแคลเซียมเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจและเข้าสู่กล้ามเนื้อเรียบหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านจากหลอดเลือดส่วนปลาย จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง เช่น amlodipine felodipine

7. กลุ่มขยายหลอดเลือด (vasodilators) ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว และหลอดเลือดขยายตัวส่งผลลดแรงต้านภายในผนังหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดลงออกฤทธิ์ 10–20 นาที นาน 3–8 ชั่วโมง ใช้ได้ดีในความดันโลหิตสูงในหญิงมีครรภ์ มีฤทธิ์ข้างเคียงคือปวดศีรษะ หน้าแดง คลื่นไส้ ควรระวังการใช้ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น hydralazine, minoxidil เป็นต้น

ในการเลือกใช้ยาแต่ละกลุ่มขึ้นกับภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น เลือกใช้ ACEIs, ARBs และ BBs ในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือให้ยา ACEIs และ ARBs ในโรคไต หรือให้ยากลับ ACEIs และกลุ่มยาขับปัสสาวะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดตีบหรือแตกซ้ำ เป็นต้น การปรับยาในการรักษาเมื่อรักษาไม่ได้ผล จะมีการเพิ่มขนาดยา และเพิ่มชนิดยาเพื่อเพิ่มระดับของฤทธิ์ยา เช่นในผู้ที่เป็นเบาหวานและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมีการใช้ยากลับยาขับปัสสาวะ กลุ่ม BBs กลุ่ม ACEIs กลุ่ม ARBs และกลุ่ม CCBs ร่วมกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โดยควบคุมระยะความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003) อาจมีการปรับการใช้ยาหลายครั้งจนกว่าจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) เป็นพฤติกรรมควบคุมโรคโดยการไม่ใช้ยา (non pharmacological treatment) ประกอบด้วยพฤติกรรมควบคุมอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรม การรับประทานยา พฤติกรรมจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด โดยเริ่มพฤติกรรมตั้งแต่เริ่มวัดความดันโลหิตได้ 120–130/80–89 มิลลิเมตรปรอท โดยให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและติดตามมาวัดความดันโลหิตซ้ำอีกอย่างน้อย 2 ครั้งใน 4 สัปดาห์ ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท ให้นัดมาตรวจทุก 6 เดือนเป็นเวลา 1 ปี ถ้าความดันช่วงบน 140–159 และ/หรือ ช่วงล่าง 90–99 มิลลิเมตรปรอท ให้ปฏิบัติพฤติกรรมนาน 1 ปี มีการติดตามโดยวัดความดันโลหิตทุก 6 เดือน และหากความดันโลหิตมากกว่าหรือ

เท่ากับ 160-100 มิลลิเมตรปรอท ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมมาตรวจตามนัดและร่วมกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Gregoire, 2004)

พฤติกรรมควบคุมอาหาร การควบคุมอาหาร โดยลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม การควบคุมน้ำหนักและการได้รับสารอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูง ดังการศึกษาพบว่าในคนอ้วน มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงกว่าคนที่ไม่อ้วน 2-3 เท่าและระดับความดันโลหิต มีความสัมพันธ์โดยตรงกับดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูง (พรทิศา ชัยอำนวย, 2545) การควบคุมอาหารสิ่งที่ควรปฏิบัติคือการควบคุมปริมาณ และชนิดของอาหารให้เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้มีดัชนีมวลกายอยู่ระดับ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร วิธีควบคุมความดันโลหิตทำได้ โดยการลดน้ำหนัก จึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การลดน้ำหนักเพื่อลดความดันโลหิตเป็นลดการทำงานของหัวใจ ถ้าวัดได้มากกว่า 4.5 กิโลกรัมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงน้อย คือ ช่วงบนไม่เกิน 159 มิลลิเมตรปรอท และช่วงล่างไม่เกิน 99 มิลลิเมตรปรอทจะทำให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติได้ ถ้าวัดน้ำหนัก 4-5 กิโลกรัม มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงเป็นปกติภายใน 2-3 สัปดาห์แรก ถ้าน้ำหนักตัวลดลงได้ 5-10 กิโลกรัมจะลดความเสี่ยงที่จะมีความดันโลหิตสูงลดลงได้ร้อยละ 15 ถ้าวัดได้มากกว่า 10 กิโลกรัมขึ้นไปจะลดความเสี่ยงลงได้อีกร้อยละ 25 และถ้าน้ำหนักตัวลดลงแล้วคงอย่างน้อย 2 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงลงได้ถึงร้อยละ 45 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมลดน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วยควบคุมอาหารด้วยการลดอาหารอย่างน้อย 500-1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน หรือรวมลดได้ 3,500-7,000 กิโลแคลอรี ในหนึ่งสัปดาห์ก็จะลดน้ำหนักตัวลงอย่างน้อยครึ่งถึงหนึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์และควบคุมอาหาร โดยเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น งดเนื้อสัตว์ที่มีไขมันติดและลดไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันจากไขมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว เป็นต้น

การควบคุมอาหารมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้และควบคุมอาหารลดเค็มโดยรับประทานอาหารที่มี ธาตุโซเดียมไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน คือ ลดอาหารเค็มจัด และรับประทานเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา โดยมีพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติคือไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงแล้ว รวมทั้งปรุงอาหารด้วยสารปรุงรส ซึ่งโดยทั่วไปมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบถึงร้อยละ 15 ถ้าจำกัดเกลือให้ได้วันละ 104 กรัม จะสามารถลดความดันโลหิตได้ 2.4-6.3 มิลลิเมตรปรอท และรับประทานอาหารที่มีธาตุโปตัสเซียมให้มากกว่า 3,500 มิลลิกรัมต่อวันคือผลไม้เช่น กัลยวัช ส้ม องุ่น และลูกเกด มีความสำคัญ

เนื่องจากอาหารที่มีโปตัสเซียมสูงมีความสัมพันธ์กับการลดความดันโลหิตและต่อต้านการเกิด ความดันโลหิตสูงโดยโปตัสเซียมช่วยขับปัสสาวะในรายที่มีโซเดียมสูงผิดปกติ และควร รับประทานผักให้มากขึ้นและพฤติกรรมการสูบบุหรี่และลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูง อาการแสดงอาจพบในบางรายหรือขึ้นกับการดำเนินของโรค โดยที่ การรักษาด้วยยาจะต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องดังกล่าวข้างต้นแล้วยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จำเป็นต้อง หลีกเลี่ยงคือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ต้องงดสูบบุหรี่ โดยจะมีผลในการควบคุมระดับความดันโลหิต เมื่อหยุดสูบบุหรี่เด็ดขาดเป็นเวลา 1 ปี และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจาก แอลกอฮอล์มีผลต่อหัวใจและระบบไหลเวียนทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยในเพศชาย ให้ลดการดื่มสุราลงเหลือให้ไม่เกินวันละ 2 แก้วหรือไม่เกิน 1 ออนซ์หรือ 300 ซี.ซี.หรือดื่มเปียร์ ไม่เกินวันละ 24 ออนซ์ ดื่มไวน์ไม่เกินวันละ 10 ออนซ์และดื่มวิสกีไม่เกินวันละ 3 ออนซ์ ซึ่งพบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 3 ครั้งต่อวันจะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าพฤติกรรม การรับประทานอาหารมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและสามารถลด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายชนิดที่มีผลทำให้ความดันโลหิต ลดลงและเหมาะสมกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงคือการออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิค (isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ แต่ความตึงตัวของกล้ามเนื้อยังคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เป็นการช่วยให้มี การขนส่งออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น การเดินแอโรบิค การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การวิ่งเหยาะ ๆ การเดินเป็นต้น ส่วนการออกกำลังกายที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นคือการออกกำลังกายที่ทำให้ การตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น ยกของหนัก การแบกหาม จึงจำเป็นต้องเลือกการ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกาย โดยออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวและมี การกระทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง 20-30 นาทีในแต่ละครั้ง เป็นอย่างน้อย เช่น การเดิน การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การรำยาประคบดนตรีประเภทต่างๆเช่น รำจ๊ิง เป็นต้น ส่วนการเดินแอโรบิค ควรทำ 30-45 นาทีต่อวันรวมได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์ หรือการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ทุกวัน จะทำให้ความดันโลหิตช่วงบนลดลงจากเดิม 4-9 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรเลือกการออกกำลังกายที่มีการใช้ออกซิเจน โดยมีการ ยืดหดกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ประสิทธิภาพปอดและหัวใจดีขึ้น ช่วยให้ ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ทำให้ความดันโลหิตลดลงและยังช่วยลดน้ำหนักลงได้

พฤติกรรมจัดการกับความเครียด ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรู้จักเลือกใช้

วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เหมาะสมกับตัวเองโดยมุ่งแก้ไข ปัญหาและจัดการกับอารมณ์หรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเพราะการจัดการกับความเครียดจะทำให้ รู้สึกผ่อนคลาย ทำได้โดยวิธีพักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เครียดกับงานมาก จนเกินไป พยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เครียด หงุดหงิดหรือโมโห และมีกิจกรรมงานอดิเรก ที่ทำให้เพลิดเพลิน หรือทำสมาธิเมื่อเกิดความเครียด ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการ เจ็บป่วยอย่างมาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ดังนั้นผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจึง ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ได้แก่การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการจัด ตารางเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อลดความเร่งรีบและลดความกดดัน หรือการเพิ่มความคงทน ต่อการเครียด ได้แก่การออกกำลังกาย การหาทางออกเพื่อเผชิญปัญหา การสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นเพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การหาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่นการทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การนอนหลับก็เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ ดังนั้นผู้มีภาวะ ความดันโลหิตสูงมีสภาพจิตใจดี ไม่เกิดความเครียดจะทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เนื่องจากความเครียดทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ลดความเครียดลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงทำให้แพทย์ไม่สามารถ ควบคุมความดันได้ดีเท่าที่ควร

พฤติกรรมกรับประทานยา การรักษาโดยการใช้ยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะได้รับยาเมื่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 170 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท การใช้ยาควบคุมระดับความดันโลหิต โดยทั่วไปจะใช้วิธีการเพิ่มยาเป็นลำดับขั้นตามแผนการรักษา (Joint National Committee, 2003) โดยเริ่มจากขนาดน้อย ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มจนได้ผลการรักษาตามที่ต้องการคือระดับความดัน-โลหิตลดลงเหลือน้อยกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีหลายกลุ่มการใช้ยาแต่ละกลุ่มนั้นจะมีผลข้างเคียงจากตัวยาแต่ละตัวไม่เหมือนกัน เช่น ปวดศีรษะ มีนงง หัวใจเต้นแรง ง่วงซึม ทำให้ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงหยุดยาเองได้ ดังนั้นผู้มี ภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิตจำเป็นต้องรู้จักชนิดของยา เข้าใจ ถึงผลข้างเคียงจากยาและผลเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่ควรหยุดยา หรือลดยาเองถึงแม้จะรู้สึกว่ายาสบายดีแล้วก็ตาม การหยุดยาหรือลดยาควรให้แพทย์ผู้รักษา เป็นผู้พิจารณา การหยุดยาเพียงหนึ่งหรือสองวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขั้นอันตรายได้ และหากมีอาการผิดปกติเช่นปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลม บวม ให้รีบไปปรึกษาแพทย์ ซึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาจะได้ผลมากน้อยเพียงใด ขึ้นกับพฤติกรรมกรับประทานยา โดยสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะเห็นว่าพฤติกรรมกร

รับประทานยาตามแผนการรักษา มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมาก พฤติกรรมดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

พฤติกรรมกรรมการตรวจตามนัด เป็นพฤติกรรมกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง อีกประการหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้แผนการรักษามีประสิทธิภาพ ส่งผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ หากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่มาตามแพทย์นัดแล้ว ทำให้ไม่ได้รับการประเมินระดับความดันโลหิตหลังได้รับการรักษาเพื่อรักษาไประยะหนึ่ง ซึ่งครอบครัวมีความสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการตรวจตามนัดโดยคอยเตือนวันนัด หรืออำนวยความสะดวกในการมาตรวจตามนัด โดยการมาตรวจตามนัดถือเป็นความร่วมมือในการรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรได้รับการติดตามผลการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดและไม่มีโรคอื่นร่วมจำนวน 481 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มเหลวต่อการควบคุมความดันโลหิตคือการไม่มาตรวจตามนัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในการดูแลระดับปฐมภูมิ พบว่าการดูแลดังกล่าวมีความสำคัญมากส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจตามนัดของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการใช้ยา (Ornstein, S. M, Nietert, P. J., & Dickerson, L., M. 2004)

การจะส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ให้มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมนั้น มีความจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยเป็นปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และเป็นปัจจัยที่จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมยั่งยืนได้ ดังแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน กล่าวไว้เมื่อบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจว่าสิ่งนั้นมีผลต่อสุขภาพตนเองทั้งด้านก่อเกิดประโยชน์หรือเกิดภัยคุกคาม จะมีอิทธิพลต่อการเกิดแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมและชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้น

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ได้มีการนำเสนอไว้มากมาภายในปี ค.ศ. 1950 และได้นำมาพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับ ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยนำมาเป็นกรอบในการศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (sick role behavior) เพื่อหาแนวทาง

ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยเบคเกอร์ (Becker, 1974) เบคเกอร์ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง โดยการลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุทธศาสตร์ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของตน องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนอกจากองค์ประกอบทางด้านการรับรู้แล้วยังมีปัจจัยร่วม เช่น อายุ เพศ ศาสนา สภาพสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งมีการรับรู้ตามแนวคิดของเบคเกอร์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคของบุคคล ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส ออกเป็นความรู้สึกนึกคิดและเข้าใจของบุคคล โดยใช้ความรู้เดิมช่วยตีความและตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม โดยมีการรับรู้สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (perceived susceptibility)

เป็นการรับรู้ถึงการเกิดโรคของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว ซึ่งแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่ว ๆ ไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติ ความรู้สึกที่มีต่อการวินิจฉัยโรครับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การรับรู้ด้านนี้มีความสำคัญซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นมากกว่าปัจจัยด้านอื่น ๆ ปัจจัยด้านนี้ทำให้เกิดการรับรู้เรื่องแผนการรักษาแผนการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ให้กลับสู่ระดับปกติทำให้เกิดการร่วมมือในการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการดูแลจากทีมผู้ดูแล เช่นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ปกติ คือความดันโลหิตช่วงบนไม่เกิน 130 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตช่วงล่างไม่เกิน 80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนในบุคคลทั่วไปนั้นให้มีระดับความดันโลหิตอยู่ที่ความดันโลหิตช่วงบนไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตช่วงล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุก 2 เดือน และผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนควรพบแพทย์ทุกสัปดาห์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วยต้องมีพฤติกรรมแพทย์ตามนัดและมีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (perceived severity)

เป็นความรู้สึกที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองว่าด้านความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อร่างกายนั้น ก่อให้เกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุเกิดความพิการ สาเหตุการเสียชีวิตโดยพิจารณาผลกระทบของความรุนแรงของโรคต่อร่างกาย จิตใจ บทบาทของตนในครอบครัวและสังคม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอิทธิพลนำไปสู่การรับรู้แผนการรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลสำเร็จได้ ดังการศึกษาที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่ไข่มั่นในเลือดสูง และการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมได้ถึงร้อยละ 57.3

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค (perceived benefits) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อประโยชน์ที่จะได้รับในการที่จะปฏิบัตินั้น ๆ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ไม่ป่วยหรือเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันกับบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมระดับเหมาะสมมากจะมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากด้วย เมื่อผู้มีความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย คือ ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจระดับความดันโลหิตทุก 6 เดือน และเริ่มตัดสินใจมีพฤติกรรมควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ควบคุมกันไป และการได้รับคำแนะนำ และให้ข้อมูลข่าวสารเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันได้โดยทำให้บุคคลมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีผลทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค (perceived barriers) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ถ้าบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความไม่สะดวกของสถานที่ออกกำลังกาย การไม่มีเวลาออกกำลังกาย หรือกิจกรรมนั้นรบกวนกิจวัตรประจำวันมากกว่า การรับรู้ประโยชน์ก็ไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค และการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นกับการรับรู้ว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นอุปสรรคมาน้อยเพียงใด หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย ก็พร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นดังเช่นการศึกษาของ

ปราณี ทองพิลา (2542) พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากปัจจัยด้านการรับรู้แล้วจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจะให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมนั้น ยังมีปัจจัยส่งเสริมและสิ่งเอื้ออำนวย (modify Factors) ในการรับรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงและการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง และส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรค ได้แก่ ด้านคุณลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วัฒนธรรม อาชีพ ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อนฝูง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ ด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค ความซับซ้อนของโรค และผลค้างเคียงของการรักษา รวมทั้งลักษณะความยาวนานของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นต้น และมีปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) เป็นสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นปัจจัยภายนอกได้แก่ การรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ วารสาร แผ่นพับ รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล

ด้านการศึกษาที่พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การดูแลของญาติ และการสนับสนุนของญาติ ให้มีพฤติกรรมมาตรวจตามนัด ถือว่าเป็นความร่วมมือในการรักษาและเป็นพฤติกรรมควบคุมโรคอย่างหนึ่ง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ แต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนหรือการปรับเปลี่ยนยาตามสภาวะของโรคด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้มีโอกาสซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองตลอดจนทราบผล การควบคุมโรค ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และทราบสภาวะของโรคในปัจจุบันได้ดี เมื่อมาตรวจทุกครั้งควรนำยาที่รับประทานมาให้แพทย์หรือพยาบาลตรวจดูว่ารับประทานยาได้ถูกต้องหรือไม่ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมมือในการรักษาคือปัจจัยด้าน สถานภาพสมรส อาชีพ ประสบการณ์ ระยะเวลาการรักษาและการสนับสนุนทางสังคม เช่นการได้รับการเอาใจใส่พูดจา ญาติมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่หลงลืมในการรับประทานยา และสถานภาพสมรสคู่เป็นแรงสนับสนุนคอยเตือนเวลาการรับประทานยา ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (สร้อยญา พิจารณ์, 2547) และ (ศศิธร อุตตะมะ, 2549) ได้ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในระดับที่เหมาะสมมาก เนื่องจากระยะเวลาการรักษาด้วยยามานาน และ (อรอนงค์ สัมพันธ์, 2539) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ ทำงานที่มีกำหนดระยะเวลาแน่นอน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอาชีพที่มีกำหนดระยะเวลา

ไม่แน่นอน เช่น ทำนา ทำไร่ รับจ้าง เนื่องจากการรู้จักแบ่งเวลาดูแลสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยไม่กระทบงานประจำส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 4-10 ปีผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการเรียนรู้และปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น รวมถึงการปรับยา และซักถามการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาล (อรพินธ์ ภายโรจน์, 2542) และการศึกษาของ สมสุข สิงห์ปัญจนี (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรมจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมมารับประทานยาอยู่ระดับเหมาะสมมาก

นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวในการจัดการระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเชิงรุก โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือระดับประคอง ให้ความรู้ ให้ความปรึกษา ตลอดจนสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและครอบครัวในการพัฒนาและมีศักยภาพในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) การที่บุคคลจะรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนว่า มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวมากน้อยเพียงใดและการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองอย่างไรนั้นหมายถึงความเชื่อเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง “คือ ทักษะต่าง ๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าใจ เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (WHO, 1998)

ระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ได้จัดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฏิบัติส่วนตัว (Functional Health Literacy: F)

เป็นระดับการใช้ทักษะพื้นฐานในการฟังพูดอ่านเขียนและคิดคำนวณที่จำเป็นต่อการเข้าใจเข้าใจประเมินและประยุกต์ข้อมูลและสารสนเทศทางสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับตนเองพร้อมทั้งสามารถสื่อสารข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้

2. ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy: I)

เป็นระดับการใช้ทักษะพื้นฐานของการรู้หนังสือและทักษะทางสังคมในกระบวนการเข้าถึงเข้าใจประเมินประยุกต์และสื่อสารข้อมูลและสารสนเทศทางสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแก้ปัญหาลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของตนเองครอบครัวชุมชน

และสังคม

3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy: C)

เป็นระดับการใช้ทักษะพื้นฐานของการรู้หนังสือทักษะทางสังคมและความสามารถในการคิดวิเคราะห์ใช้ข้อมูลและสารสนเทศและการสื่อสารทางสุขภาพอย่างมีวิจารณ์ญาณตามสิทธิและหน้าที่ซึ่งรัฐและกฎหมายกำหนดเพื่อเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างของวัฒนธรรมและสังคมที่มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางสุขภาพของตนเอง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้มีนักวิจัยหลายท่านศึกษาไว้ ดังนี้

มะยาชิน สาเมาะ (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ สถานีอนามัยปยุต ตำบลปยุต จำนวน 100 คน ในระหว่างวันที่ 4-31 มกราคม 2551 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองโดยรวมถูกต้อง อยู่ในระดับดี และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ศศิธรณ์ นนทะเมลิ (2551) ศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันชนิดไม่ทราบสาเหตุ และผู้ดูแลหลักจำนวน 9 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการโดยมีคะแนนโดยรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเป็น 74.22 (S.D.=0.07) และ 97.88 (S.D.=1.61) ตามลำดับ และครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ เป็น 51.88 (S.D.=3.25) และ 84.33 (S.D.=1.65) ตามลำดับ

อมรรัตน์ เงินทอง (2553) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะ

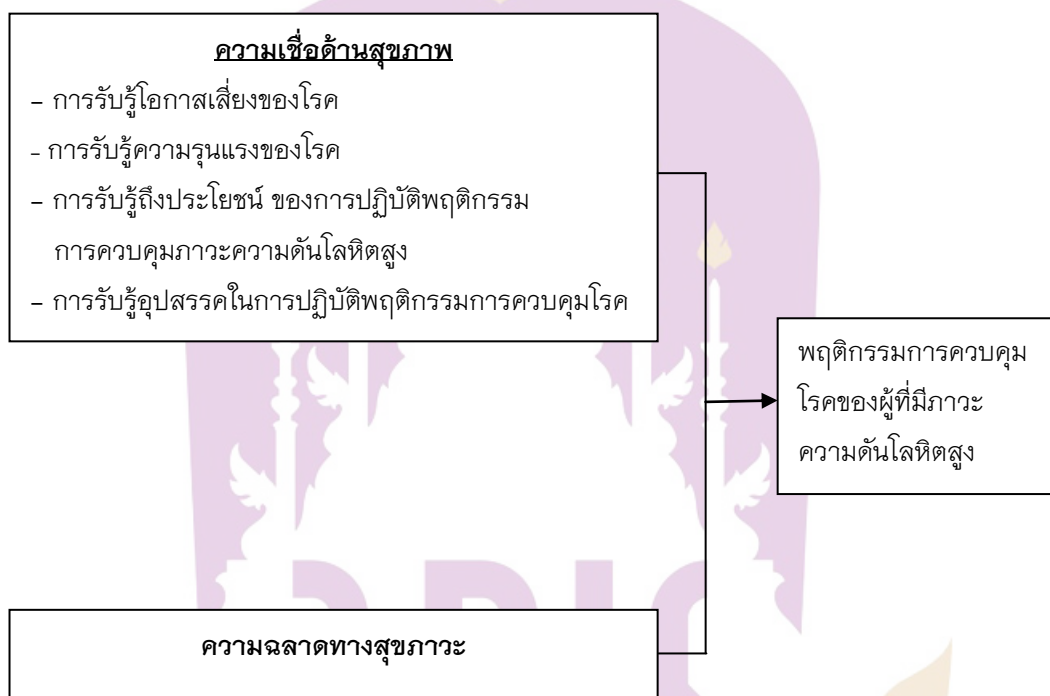
ความดันโลหิตสูง โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ด้านการอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยาและพฤติกรรมการตรวจตามนัด อยู่ในระดับปานกลาง

วัลลยา ทองน้อย (2554) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 74 คนผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เชษฐา แก้วพรม และคณะ (2555) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยศึกษาความสามารถในการจำแนกโรค ความเข้าใจ ปัจจัยเสี่ยงสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และทัศนคติต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในเขตพื้นที่สองตำบลในอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 138 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบของฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถระบุการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยสามารถระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกินกว่าร้อยละ 80.00 มีความเห็นว่าการมีบุคลิกภาพวิตกกังวลและภาวะวิตฤติในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทางจิตและอาสาสมัครสาธารณสุขเกินกว่าร้อยละ 96.00 เห็นว่าการออกกำลังกาย การพบปะผู้คนและการรับบริการให้การปรึกษาเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีอาการดีขึ้น ในประเด็นความคิดเห็น

ต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิตพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติ ที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาหาความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2555 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2556

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ทั้งเพศชายและหญิง และมารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 205 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการใช้สูตรการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของ Supanvanich and Podhipak โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง ที่ระดับ 0.05 ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 Npq}{Z^2 \alpha/2 pq + Nd^2}$$

โดยมีการแทนค่าดังนี้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรทั้งหมด (205 ราย)

$Z^2 \alpha/2$ = คะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05 = 1.96$

p = ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 21.4 (นิตยา พันธเวทย์ และธิดารัตน์ อภิญา, 2554) = 0.21

q = 1-p = 1-0.21 = 0.79

d = ความคลาดเคลื่อน 0.05

การศึกษาครั้งนี้ สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{(1.96)^2 205(0.21)(0.79)}{(1.96)^2(0.21)(0.79)+205(0.05)^2}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ = 13.63 ราย \approx 14 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวน 14 ราย และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม
3. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษา
4. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การได้รับความรู้และแหล่งข้อมูลความรู้

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยสร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 7 ข้อ
2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 ข้อ
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค จำนวน 7 ข้อ
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ

คำถามมีข้อความเชิงบวกจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-19 และมีข้อความเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20-24 และมีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือการรับรู้ของตนเองเพียงใด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ

คะแนนข้อความเชิงบวก		คะแนนข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วย	3		1
ไม่แน่ใจ	2		2
ไม่เห็นด้วย	1		3

การแปลผลคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย (ประคอง กรรณสูตร, 2542) และแบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านได้แก่

ระดับคะแนน 2.00-3.00	แสดงว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง
ระดับคะแนน 1.00-1.99	แสดงว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง
ระดับคะแนน 0.01-0.99	แสดงว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากงานของ Chew, et al., (2004) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยมีระดับคะแนน 2 ระดับ คือ ถูก ผิด โดยมีการให้คะแนน คำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 6, 7, และ ข้อ 8 และมีคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5 และ ข้อ 9 และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ถูก	1	1
ผิด	0	2

การแปลความหมายของคะแนนเมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (เสรี ลาซโรจน์, 2535)

คะแนน 0-59	หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพ ในระดับต่ำ
คะแนน 60-79	หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพ ในระดับปานกลาง
คะแนน 80-100	หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพ ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้านรวม 28 ข้อ คือ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร 8 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 6 ข้อ พฤติกรรมมารับประทานยา 5 ข้อ พฤติกรรมจัดการกับความเครียด 5 ข้อ และพฤติกรรมการมาตามนัด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

คำถามที่มีข้อความเชิงบวกจำนวน 22 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-16, 21-22, 24-25 และข้อ 27 และมี ข้อข้อความเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 17, 19-20, 23, 26 และข้อ 28 และมีเกณฑ์ การให้คะแนนดังนี้คือ

คะแนนข้อความเชิงบวก		คะแนนข้อความเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	4		1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3		2
ปฏิบัติบางครั้ง	2		3
ไม่เคยปฏิบัติ	1		4

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้ วิธีหา อันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย (ประคอง กรรณสูตร, 2542) และแบ่งคะแนนโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดระดับคะแนนพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านได้แก่

ระดับคะแนน 2.50-4.00 แสดงว่ามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในระดับสูง

ระดับคะแนน 1.50-2.49 แสดงว่ามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 0.01-1.49 แสดงว่ามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในระดับต่ำ

แบบสอบถามเมื่อสร้างเสร็จแล้วได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาในสิ่งที่ต้องการวัด (Content Validity) จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยง ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเที่ยง 0.68 ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเที่ยง 0.89 ส่วนที่ 4 พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเที่ยง 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเตรียมแบบสอบถาม ที่ได้รับปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย
2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้ทำการศึกษาอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามกรณีกลุ่มตัวอย่างมองไม่เห็น ผู้ศึกษาได้ทำการอ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้เลือกตอบ

การพิทักษ์สิทธิ์ของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่รับรองโครงการ 55 02 02 0023 ครั้งที่ 6/2555 เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมนำมาหาค่าเฉลี่ย (mean) และหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' correlation coefficient)

โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ค่า (+r, -r) (รัตนา เรือนอินทร์, 2550) ดังนี้

$r = \pm 1.00$	หมายความว่า ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70-.99$	หมายความว่า ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = .31-.70$	หมายความว่า ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r > .10-.30$	หมายความว่า ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายความว่า ตัวแปร 2 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม จำนวน 114 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาในการรักษาความดันโลหิตสูง การได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และแหล่งความรู้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 เป็นเพศชาย ร้อยละ 36.8 มีอายุระหว่าง 56.93 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.33 รองลงมา ได้แก่ สถานภาพหม้าย สถานภาพโสด ร้อยละ 10.53 และร้อยละ 3.51 ตามลำดับ

พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.70 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 7.90 และร้อยละ 7.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.20 รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย ร้อยละ 27.20 และร้อยละ 19.30 ตามลำดับ โดยมีรายได้ อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 56.14 รองลงมา ได้แก่ อยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท อยู่ระหว่าง มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 26.32 และร้อยละ 15.79 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ที่ไม่พอเพียง ร้อยละ 76.30 และมีรายได้พอเพียง ร้อยละ 23.70 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรักษา 5-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.61 รองลงมา

ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา มากกว่า 10 ปี ระยะเวลาในการรักษา 1-3 ปี ร้อยละ 21.05 และ ร้อยละ 16.67 ได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.20 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.80 และแหล่งข้อมูลความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 81.60 รองลงมา ได้แก่ โทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 79.80 และร้อยละ 73.70 สิทธิการรักษาในกลุ่มตัวอย่างใช้บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.60 รองลงมา ใช้สิทธิข้าราชการ ใช้สิทธิชำระเงินเอง ร้อยละ 7.00 และร้อยละ 3.50 ตามลำดับ

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ (n = 114)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	72	63.20
	ชาย	42	36.80
อายุ	<35 ปี	1	0.88
	35-44 ปี	14	12.28
	45-54 ปี	32	28.07
	55-64 ปี	39	34.21
	65-74 ปี	18	15.79
	>74 ปี	10	8.77
$\bar{X} = 56.93, S.D. = 11.54, \text{Min} = 34, \text{Max} = 81$			
สถานภาพสมรส	โสด	4	3.51
	คู่	95	83.33
	หม้าย	12	10.53
	หย่า/แยก	3	2.63
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	8	7.00
	ประถมศึกษา	84	73.70
	มัธยมศึกษา	9	7.90
	อนุปริญญา	5	4.40
	ปริญญาตรี	8	7.00

ตาราง 1 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	ไม่ประกอบอาชีพ	9	7.90
	เกษตรกรรม	47	41.20
	ค้าขาย	22	19.30
	รับจ้าง	31	27.20
	รับราชการ	5	4.40
รายได้เฉลี่ย			
	≤ 1,000 บาท	2	1.75
	1,001-5,000 บาท	30	26.32
	5,001-10,000 บาท	64	56.14
	> 10,000 บาท	18	15.79
	ความเพียงพอรายได้ไม่เพียงพอ	87	76.30
	เพียงพอ	27	23.70
ระยะเวลาการรักษา			
	น้อยกว่า 1 ปี	6	5.26
	1-3 ปี	19	16.68
	3-5 ปี	13	11.40
	5-10 ปี	52	45.61
	มากกว่า 10 ปี	24	21.05
ประสบการณ์รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ			
	เคย	112	98.20
	ไม่เคย	2	1.80
แหล่งข้อมูลความรู้			
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	93	81.60
	บุคคลในครอบครัว ญาติ	65	57.00
	โทรทัศน์	91	79.80
	วิทยุ	75	65.80
	หนังสือพิมพ์	71	62.30
	แผ่นพับ	69	60.50
	เพื่อนบ้าน	8	7.00
	อาสาสมัครสาธารณสุข	84	73.70
	ผู้นำชุมชน	2	1.80

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การอบรม	31	27.20
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ	8	7.00
ชำระเงินเอง	4	3.50
บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	101	88.60
ประกันสังคม	1	0.90

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ประกอบไปด้วย แบบสอบถามความเชื่อสุขภาพโดยรวม แบ่งออกได้เป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.175) และเมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านพบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 0.214) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.259) ตามลำดับ และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = 0.719) ตามลำดับ

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 114)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความเชื่อสุขภาพโดยรวม	2.33	0.175	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	2.72	0.227	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน	2.79	0.259	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค	2.85	0.214	สูง
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค	2.44	0.719	สูง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.227) จากแบบสอบถามทั้งหมด 7 ข้อ เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. โรคความดันโลหิตสูงทำให้ท่านมีโอกาสเป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตกง่ายกว่าบุคคลอื่น ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = 0.206) รองลงมาข้อ 7. การไม่มาพบแพทย์ตามนัดทำให้มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากจนควบคุมไม่ได้ ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.293) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือข้อ 2. การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลานานทำให้เป็นโรคไตวายมากกว่าคนปกติ ($\bar{X} = 2.42$, S.D. = 0.513) ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. โรคความดันโลหิตสูงทำให้ท่านมีโอกาสเป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตกง่ายกว่าบุคคลอื่น	2.96	0.206	สูง
2. การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลานานทำให้เป็นโรคไตวายมากกว่าคนปกติ	2.42	0.513	สูง
3. การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจได้ง่าย	2.44	0.533	สูง
4. ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ อาจทำให้เป็นอัมพาตได้	2.48	0.502	สูง
5. เมื่อท่านหยุดรับประทานยาทำให้มีอาการปวดศีรษะ	2.89	0.361	สูง
6. การไม่ออกกำลังกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดง่ายขึ้น	2.93	0.318	สูง
7. การไม่มาพบแพทย์ตามนัดทำให้มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากจนควบคุมไม่ได้	2.95	0.293	สูง
เฉลี่ย	2.33	0.227	สูง

ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.259) จากแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3. การไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาที่รุนแรงมาก ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = 0.245) รองลงมาคือ ข้อ 4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้

มีโอกาสเสียชีวิต ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.293) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ 1. ถ้าความดันโลหิตสูงมาก ๆ เป็นเวลานาน ๆ มีโอกาสเส้นเลือดสมองแตก ($\bar{X} = 2.32$, S.D. = 0.600) ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ถ้าความดันโลหิตสูงมาก ๆ เป็นเวลานาน ๆ มีโอกาสเส้นเลือดสมองแตก	2.32	0.600	สูง
2. โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้	2.91	0.341	สูง
3. การไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาที่รุนแรงมาก	2.96	0.245	สูง
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้มีโอกาสเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจวายหรือโรคหลอดเลือดสมอง	2.95	0.293	สูง
5. การไม่ได้รับการรักษาด้วยยาคุมความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เช่น อัมพาต	2.83	0.419	สูง
เฉลี่ย	2.79	0.259	สูง

ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 0.214) จากแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. การที่ทานรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 0.161) รองลงมา คือ 7.การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.345) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2. อาหารเค็มไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{X} = 2.43$, S.D. = 0.852) ตามลำดับ

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การที่ทานรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี	2.97	0.161	สูง

ตาราง 5 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
2. อาหารเค็มไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง	2.43	0.852	สูง
3. การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง	2.89	0.336	สูง
4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	2.93	0.289	สูง
5. การดื่มกาแฟเกินวันละ 2 แก้ว ไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง	2.86	0.373	สูง
6. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามหลักการและเหมาะสมกับโรคนานเกิน 6 เดือนทำให้ความดันโลหิตลดลง	2.93	0.257	สูง
7. การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้	2.93	0.345	สูง
เฉลี่ย	2.85	0.214	สูง

ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = 0.214) จากแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 3. การที่ต้องออกกำลังกายเป็นประจำเป็นภาระกับท่านมากเกินไป ($\bar{X} = 2.57$, S.D. = 0.297) รองลงมา คือ ข้อ 4. การมาตรวจรักษาตามนัดต้องใช้เวลารอนาน ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.195) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1. การควบคุมอาหารไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ($\bar{X} = 2.24$, S.D. = 0.178) ตามลำดับ

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การควบคุมอาหารไม่เป็นภาระต่อครอบครัว	2.24	0.178	สูง
2. การมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ทำให้ท่านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	2.50	0.201	สูง
3. การที่ต้องออกกำลังกายเป็นประจำเป็นภาระกับท่านมากเกินไป	2.57	0.297	สูง
4. การมาตรวจรักษาตามนัดต้องใช้เวลารอนาน	2.53	0.195	สูง
5. ท่านไม่มีคนมาส่งตรวจรักษาตามนัด	2.39	0.201	สูง
เฉลี่ย	2.44	0.214	สูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ประกอบไปด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวม แบ่งออกได้เป็น พฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานยาจำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด จำนวน 4 ข้อ

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.641) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.687) รองลงมา คือ พฤติกรรมการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.778) ตามลำดับ และพบว่าพฤติกรรมการควบคุมโรคที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.550) ตามลำดับ

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยรวมและจำแนกรายด้าน (n = 114)

พฤติกรรมการควบคุมโรค	\bar{X}	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม	3.36	0.641	สูง
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	3.47	0.687	สูง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.33	0.832	สูง
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.22	0.550	สูง
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	3.37	0.778	สูง
พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด	3.35	0.794	สูง

พฤติกรรมการควบคุมโรคในด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.687) จากแบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 5. รับประทานอาหารที่ปริมาณพออิ่มในแต่ละมื้อ วันละ 3-4 มื้อปริมาณเท่า ๆ กัน ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.615) รองลงมา คือ ข้อ 6. หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ ($\bar{X} = 3.54$, S.D. = 0.843) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4. ทานหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอดเช่น แครกเกอร์ หมูทอด ไก่ทอด ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.862) ตามลำดับ

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู	3.44	0.820	สูง
2. ท่านรับประทานอาหารไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา เนื้อไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง	3.51	0.767	สูง
3. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊วในอาหารที่ปรุงสำเร็จ	3.42	0.861	สูง
4. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด เช่น แครบหมู หมูทอด ไก่ทอด	3.35	0.862	สูง
5. รับประทานอาหารที่ปริมาณพอลิเมอร์ในแต่ละมื้อ วันละ 3-4 มื้อ ปริมาณเท่าๆกัน	3.62	0.615	สูง
6. หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ	3.54	0.843	สูง
7. รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ถั่วต่าง ๆ งาดำ ลูกเดือย	3.39	0.858	สูง
8. ท่านรับประทานอาหารผลไม้ตามฤดูกาลทุกชนิด เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม	3.46	0.811	สูง

พฤติกรรมการควบคุมโรคในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.832) จากแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4. ท่านใช้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวติดต่อกัน 30-40 นาที 5 ครั้งหรือมากกว่าต่อสัปดาห์ เช่นกวาดบ้าน ซักผ้า ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.685) รองลงมาคือ ข้อ 5. ท่านหลีกเลี่ยงการเกร็งกล้ามเนื้อและการใช้แรงมาก ๆ เช่น การยกของหนัก การบีบสปริง ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.896) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. เมื่อท่านสิ้นสุดการออกกำลังกายค่อย ๆ ลดการออกกำลังกายโดยไม่หยุดทันที ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 1.071) ตามลำดับ

ตาราง 9 แสดงค่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ช่วงเวลาละ 30 นาที เช่นเดินเร็ว ซี่จักรยาน	3.23	1.022	สูง
2. ท่านเริ่มออกกำลังกายเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น	3.26	1.005	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
3. เมื่อท่านสิ้นสุดการออกกำลังกายค่อย ๆ ลดการ ออกกำลังกายโดยไม่หยุดทันที	3.22	1.071	สูง
4. ท่านใช้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรม การ เคลื่อนไหวติดต่อกัน 30-40 นาที 5 ครั้งหรือมากกว่าต่อสัปดาห์ เช่นกวาดบ้าน ซักผ้า	3.68	0.685	สูง
5. ท่านหลีกเลี่ยงการเกร็งกล้ามเนื้อและการใช้แรงมาก ๆ เช่นการยกของหนัก การบีบสปริง	3.38	0.896	สูง
6. ขณะการออกกำลังกายสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก หากมีอาการดังกล่าวท่านหยุด ออกกำลังกาย	3.22	1.135	สูง
เฉลี่ย	3.33	0.832	สูง

พฤติกรรมควบคุมโรคในด้านพฤติกรรมมารับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง
มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.523) จากแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ เมื่อพิจารณา
พฤติกรรมมารับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 2. ท่านรับประทานยา
ตามขนาดที่แพทย์สั่ง ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.396) รองลงมา คือ ข้อ 1. ท่านรับประทานยาตรงเวลา
เช่น ก่อนอาหาร 30 นาที ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.623) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3.
ท่านหยุดรับประทานยาเมื่อเกิดอาการปกติ เช่น ไม่ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง ($\bar{X} = 1.89$,
S.D. = 1.239) ตามลำดับ

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมมารับประทานยา

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านรับประทานยาตรงเวลา เช่น ก่อนอาหาร 30 นาที	3.70	0.623	สูง
2. ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง	3.86	0.396	สูง
3. ท่านหยุดรับประทานยาเมื่อเกิดอาการปกติ เช่น ไม่ปวด ศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง	1.89	1.239	ปานกลาง
4. เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้หลังรับประทานยา ท่าน ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.46	0.884	สูง
5. ท่านรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต เมื่อมีอาการ ผิดปกติเช่น ปวดศีรษะ	3.18	1.243	สูง
เฉลี่ย	3.22	0.523	สูง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.59$, S.D. = 0.36) จากแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ เมื่อพิจารณา พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 5. จัดแบ่งเวลาในการทำงานกับเวลาพักผ่อนเหมาะสมในแต่ละวัน ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 0.612) รองลงมา คือ ข้อ 3. เมื่อขัดแย้งกับผู้อื่นใช้วิธีประนีประนอมยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.859) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 1. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านแยกตัวอยู่ตามลำพัง ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 1.173) ตามลำดับ

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียด

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. เมื่อท่านมีปัญหาท่านแยกตัวอยู่ตามลำพัง	3.22	1.173	สูง
2. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านเล่าให้บุคคลอื่นฟังเช่น เพื่อน บ้าน หรือบุคคลในบ้าน	3.34	0.985	สูง
3. เมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น ใช้วิธีประนีประนอมยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	3.40	0.859	สูง
4. เมื่อมีความเครียดท่านสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา หรือใช้ยานอนหลับ	3.25	1.151	สูง
5. จัดแบ่งเวลาในการทำงานกับเวลาพักผ่อนเหมาะสมในแต่ละวัน	3.64	0.612	สูง
เฉลี่ย	3.37	0.778	สูง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในด้านพฤติกรรมกรรมการตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.764) จากแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ เมื่อพิจารณา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. ท่านมารับการตรวจรักษาตามนัด ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.322) รองลงมา คือ ข้อ 3. ท่านมาตรวจก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ ($\bar{X} = 3.29$, S.D. = 0.492) และพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 2. ท่านมาตรวจเฉพาะ เมื่อยาควบคุมความดันโลหิตหมด ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 0.306) ตามลำดับ

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านมารับการตรวจรักษาตามนัด	3.88	0.322	สูง
2. ท่านมาตรวจเฉพาะเมื่อยาควบคุมความดันโลหิตหมด	3.11	1.113	สูง
3. ท่านมาตรวจก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ	3.29	0.492	สูง
4. ท่านให้บุคคลอื่นรับยาแทนเมื่อถึงวันนัด	3.13	0.306	สูง
เฉลี่ย	3.35	0.764	สูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพ

ประกอบด้วยแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดด้านสุขภาพ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.78 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.205 เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุด คือ ข้อ 9. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใด ที่ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในการกินยาว่าถูกต้องหรือไม่เพราะว่าฉลากยาอ่านยากและไม่เข้าใจ ร้อยละ 93.9 รองลงมา คือ ข้อ 6. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใด ที่ท่านมีคนที่จะช่วยจัดยารับประทานให้ท่านที่บ้านเพราะว่ายากที่จะเข้าใจที่ป้ายฉลากยา ร้อยละ 92.1 และพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบน้อยที่สุด คือ ข้อ 1. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านอ่านฉลากยาที่ท่านรับประทานด้วยตนเอง ร้อยละ 76.3 ตามลำดับ

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพ (n = 114)

รายการ	เคย (ร้อยละ)	ไม่เคย (ร้อยละ)
1. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านอ่านฉลากยาที่ท่านรับประทานด้วยตนเอง	87 (76.3)	27 (23.7)
2. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีปัญหาในการอ่านฉลากยาเพราะว่าไม่เข้าใจข้อมูลในการรับประทานยา	99 (86.8)	15 (13.2)
3. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนที่จะช่วยท่านอ่านข้อมูลการรับประทานยาในสถานบริการสุขภาพ	95 (83.3)	19 (16.7)
4. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคน	92 (80.7)	22 (19.3)

ตาราง 13 (ต่อ)

รายการ	เคย (ร้อยละ)	ไม่เคย (ร้อยละ)
ที่ช่วยอ่านข้อมูลการรับประทานยาที่บ้าน		
5. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านรู้สึก ไม่มั่นใจในการจัดยารับประทานด้วยตนเองที่บ้าน	103 (90.4)	11 (9.6)
6. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคน ที่ช่วยจัดยารับประทานให้ท่านที่บ้านเพราะว่ายากที่จะเข้าใจที่ป้ายผลภยา	105 (92.1)	9 (7.9)
7. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคน ช่วยอ่านบัตรนัดมารับยาความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสุขภาพ	101 (88.6)	13 (11.4)
8. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านให้คน (เพื่อน ญาติ เจ้าหน้าที่ที่สถานบริการ) ช่วยอ่านคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ	98 (86.0)	16 (14.0)
9. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านรู้สึก ไม่แน่ใจในการกินยาว่าถูกต้องหรือไม่เพราะว่าภยาอ่านยากและไม่เข้าใจ	107 (93.9)	7 (6.1)

พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.19 รองลงมา พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.04 และพบว่า ค่า Max = 10, ค่า Min = 1, ค่า \bar{X} = 7.78 และ ค่า S.D. = 0.205

ตาราง 14 แสดงระดับความฉลาดทางสุขภาวะ (n = 114)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	16	14.04
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-80)	10	8.77
ระดับสูง (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	98	77.19
รวม	114	100

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' correlation coefficient)

พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากจำนวนทั้งหมด 6 ตัวแปร พบว่ามี ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 5 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ได้แก่ 1. ความเชื่อสุขภาพโดยรวม ($r=0.495$, $p\text{-value} = 0.000$) 2. ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ($r=-0.473$, $p\text{-value} = 0.000$) 3. ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($r = 0.631$, $p\text{-value} = 0.000$) 4. ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($r = 0.655$, $p\text{-value} = 0.000$) และ 5. ความฉลาดทางสุขภาพ ($r = 0.410$, $p\text{-value} = 0.000$)

สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($r = -0.089$, $p\text{-value} = 0.345$)

ตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (n = 114)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.495	0.000***
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน	-0.473	0.000***
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน	-0.089	0.345
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค	0.631	0.000***
ความฉลาดทางสุขภาพ	0.410	0.000***

หมายเหตุ: ***Level of significant at $p < .0001$

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาหาความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม จำนวน 114 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2555 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพภาวะ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรค ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ วิธีของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.68 ค่าความ เที่ยงของแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ เท่ากับ 0.89 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม พฤติกรรม การควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.81 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยใช้สถิติทางสถิติด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 เป็นเพศชาย ร้อยละ 36.8 มีอายุ ระหว่าง 56.93 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.33

การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.20 โดยมีรายได้ อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 56.14 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ ที่ไม่พอเพียง ร้อยละ 76.30 และมีรายได้พอเพียง ร้อยละ 23.70

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรักษา 5-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.61 ได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.20 และแหล่งข้อมูลความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ได้รับคำแนะนำ คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 81.60 สิทธิการรักษาในกลุ่มตัวอย่าง ใช้บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.60

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.175) และเมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านพบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 0.214) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.259) ตามลำดับ และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = 0.719)

3. พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.641) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.687) รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.778) ตามลำดับ และพบว่าพฤติกรรมการควบคุมโรคที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.550)

4. ความฉลาดทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดด้านสุขภาพ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.78 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.205

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากจำนวนทั้งหมด 6 ตัวแปร พบว่ามี ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 5 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ได้แก่ 1) ความเชื่อสุขภาพโดยรวม ($r = 0.495$, p-value = 000) 2) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ($r = -0.473$, p-value = 000) 3) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($r = 0.631$, p-value = 000) 4) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมโรค ($r = 0.655$, p-value = 000) และ 5) ความฉลาดทางสุขภาพ ($r = 0.410$, p-value = 000)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.175) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ในช่วงวัยของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ จึงเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง การได้รับความรู้ เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ในระดับสูงและจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุจึงอาจมีความพร้อมในการรับรู้ที่มาก และมีระดับความนึกคิดมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยทำงาน และส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเกิน 3 ปีขึ้นไป ซึ่งจากการศึกษาของ Kerr, Weitkunt and moretti (2005) ที่พบว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ตรงจากการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลา 1-3 ปี เป็นระยะเวลาที่มีการปรับตัวและแสวงหาข้อมูล เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เกิน 3 ปีขึ้นไป จึงทำให้การรับรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค จึงทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และจากสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ จึงมีการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ คอยให้ข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ทรัพย์สิน พิหารณ์ (2547) และสมสุข สิงห์บุญจันท์ (2540) และเมื่อพิจารณาความเชื่อรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 0.214) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.259) ตามลำดับ และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = 0.719)

2. พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.64) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5-10 ปี จึงทำให้ระดับความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคสูงขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพและระยะเวลาที่เป็นโรค สามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จึงส่งผลให้พฤติกรรมควบคุมอาหาร พฤติกรรมรับประทานยา และพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูงด้วยกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ในการดูแลเรื่องการปรุงอาหารให้ครอบครัว จึงทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหารมีอุปสรรคน้อยลง เนื่องจากการปฏิบัติที่ทำเป็นประจำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมควบคุมโรคภัยด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมโรคในด้านการควบคุมอาหารและการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย รับประทานยา และการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับสูงเช่นกัน

พฤติกรรมควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหารในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง อาจเนื่องจากผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการรักษา และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน และได้รับข้อมูลความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เกิดการรับรู้ด้านประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ (สิรินาฏ อนุสกุล, 2544) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่วาว จังหวัดเชียงใหม่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเช่นเดียวกับการศึกษาของ (อภิรัตน์ คูตระกูล, 2545) ศึกษาเรื่องการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารในระดับสูง

พฤติกรรมจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการจัดการกับความเครียด และรู้วิธีจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้อง เช่น การศึกษาของ (อภิรัตน์ คูตระกูล, 2545) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและการศึกษาของ (สิรินาฏ อนุสกุล, 2544) ที่พบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพถูกต้องถึงร้อยละ 98.00 และรับรู้ว่าการจัดการกับความเครียดสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์

มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตัว

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 41.20 ซึ่งมีการเคลื่อนไหว และออกกำลังกายเป็นประจำ โดยมีการออกกำลังกายตามขั้นตอนที่มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและมีการคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย จากการศึกษาของ จินตนา ทองสุขนอก, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ (2550) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับสูง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับต่ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมอย่างสม่ำเสมอจะได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องคือการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยระยะเวลาการรักษา ส่วนมากจะนานเกิน 3 ปี จึงทำให้มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวรวมถึงการรับประทานยามีระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้เรื่องความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค อยู่ในระดับสูง จากผลการศึกษาของ (บุญศรี นุเกตุ, 2541) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค อยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีมีพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการมาตรวจตามนัดของแพทย์ที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ (อรพินท์ ภายโรจน์, 2542) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเชื่อว่าการรักษาของแพทย์จะช่วยให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้นและการมาตรวจตามนัดทำให้สามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง การไม่

มาตรวจตามนัดทำให้ไม่ได้รับประทานยาอาการอาจกำเริบได้ จากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าพฤติกรรมมารับประทานยามีระดับปานกลางพฤติกรรมมารับการรักษาตามนัดจึงมีระดับสูงเช่นกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในระดับสูงยอมรับสมมติฐานที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและยังพบว่า มีทิศทางไปทางบวก หมายความว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้อง จะมีพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อความเชื่อโดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ๆ ดังคำกล่าวของ Rosenstock (1974) ที่พบว่าความเชื่อเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลในการปฏิบัติตนหรือการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพอนามัย ดังนั้นการที่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดีด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ (ศศิธร อุตตะมะ, 2549) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมากจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมากและเช่นเดียวกับการศึกษาของ (กรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ (จตุรงค์ ประดิษฐ์, 2540) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และนอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวม ได้ผลการศึกษาดังนี้

3.1 ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการศึกษาที่ได้ยอมรับสมมติฐาน

ที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่ามิติทางไปในทางลบ แสดงว่า การที่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย จะมีพฤติกรรมการควบคุมโรคดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริง ที่เป็นสิ่งกีดขวางการมีพฤติกรรมการควบคุมโรค ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมนั้น ๆ และบุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ (ภาวิณี โภคสินจำรูญ, 2538) และจากผลการศึกษาของ Rosenstock (1974) พบว่าการที่บุคคลใด ๆ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงหรืออันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค บุคคลนั้น ๆ จะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง และมีพฤติกรรมการควบคุมโรคในหลายๆด้านที่อยู่ในระดับสูง เพราะฉะนั้นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีได้

3.2 ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาที่ได้ปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพราะว่าจากผลการศึกษาของ Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลใดเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่ความรุนแรงเป็นอันตรายต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของตนจะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคเพื่อป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากโรคนั้น ๆ ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงจะมีพฤติกรรมการควบคุมโรคดี ดังนั้นจากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับสูงจะไม่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีได้

3.3 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการศึกษาที่ได้ยอมรับสมมติฐานที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง แสดงว่าการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม

ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมควบคุมโรคระดับสูง ทั้งนี้สามารถอธิบายดังที่ Rosenstock (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลใดจะแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อในคุณค่าประโยชน์ของพฤติกรรมที่จะกระทำว่าสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้และวิธีการนั้นๆเป็นวิธีการที่ให้ประโยชน์แก่ตนเองมากที่สุด ดังเช่นการศึกษาของ (อภินันท์ คุตระกุล, 2545) พบว่าการรับรู้ความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเรื่องประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง

3.4 ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค การศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมโรคในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการศึกษาที่ได้ยอมรับสมมติฐานที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแสดงว่า การที่มีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรู้ว่าตนมีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยจะส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ (ศศิธร อุตตะมะ, 2549) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางและทำให้พฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสมมาก และการสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรคที่ถูกต้องซึ่งเป็นการลดอุปสรรคลงอีกทางหนึ่งเช่นการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่กับครอบครัวและมีสภาพสมรสคู่ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านการเอาใจใส่ดูแลเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นพฤติกรรมควบคุมโรคที่สำคัญและตั้งการศึกษาของ สมสุข สิงห์บุญจันท์ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ทำให้มีพฤติกรรม การใช้ยาอยู่ในระดับที่เหมาะสมมาก

3.5 ด้านความฉลาดทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมโรคในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมควบคุมโรคระดับสูง ดังที่ Nutbeam (2008) กล่าวว่าไว้ดังนี้ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sharif I. and Blank E.A., (2009) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ

มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุม การติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกัน โรคไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรอง โรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และรายงานวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถ ทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 เช่นเดียวกับการศึกษาของ DeWalt et al., (2004) พบว่าบุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพจะ ส่งผลต่อการใช้ข้อมูล ข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บ ด้วยตนเอง การป้องกันโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ เชษฐา แก้วพรม และคณะ (2555) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าพบว่าความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามารถในการจำแนกโรค ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิตและทัศนคติ ต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต โดยสามารถระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่ ตำบลโป่งงามและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้เพื่อการวางแผนการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรม ให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยคำนึงถึงความเชื่อด้านสุขภาพและส่งเสริมให้มีพฤติกรรม การควบคุมโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นควรมี การจัดอบรม หรือการประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูงได้รับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ในด้านความเชื่อด้านสุขภาพที่ ถูกต้อง และเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดโปรแกรมเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. ควรมีการจัดโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ เรือนจันทร์. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กลุ่มงานวิชาการสาธารณสุขอำเภอแม่สาย. (2554). รายงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ปี 2554. **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**. สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555 จาก http://www.msaho.com/msaho/index.php?name=workboard&file=task&task_id=1
- เกรียงไกร เสงวีรัมย์. (2545). **สารพันโรคหัวใจ**. กรุงเทพฯ: ไชยาฟิล์ม.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสันกำแพง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จินตนา ทองสุนนอก, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, **วารสารสุขศึกษา**, 31(110), 107-123.
- ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2542). **แนวทางในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป**. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เชษฐา แก้วพรม และคณะ. (2555). **ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลวันยาวและตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี**. งานวิจัยโดยทุนอุดหนุนจากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, จันทบุรี.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิตยา พันธุ์เวทย์ และชิตาร์ตน์ อภิญา. (2554). **ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2554.** สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2555, จาก http://thaincd.com/document/file/news/procurement/ประเด็นสารความดันโลหิตสูง_54.pdf
- บุญศรี นุเกตุ. (2541). **พฤติกรรม การดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). **การศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรทิตา ชัยอำนาจ. (2545). **ทุกคำถามของโรคอ้วน.** กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
- ภาวิณี โภคสินจรรย์. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากตั้งครรภ์.** วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- มะยาชิน สาเมาะ. (2550). **ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี.** วิทยานิพนธ์ ศม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.
- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน.** การศึกษาแบบอิสระ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). **การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ สม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข และอภิชาติ สุคนธ์สรรพ. (2546). **อายุรศาสตร์ประยุกต์.** กรุงเทพฯ: โอเอมออกเอนไซส์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศรีจิตรา บุญภาค, และคณะ.(2545). **แนวทางในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป**. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2551). **ผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว : กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น**. รายงานการศึกษาดุษฎีวิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สิรินาฏ อุนสกุล. (2544). **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแม่อว จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ ส.ม. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- สมสุข สิทธิปัญจนี. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สร้อยญา พิจารณ์. (2547). **การสนับสนุนจากพยาบาลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เสรี ลาขโรจน์. (2535). **สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษา. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3 (หน้า 51-82)**. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อภิวัฒน์ คูตระกูล. (2545). **การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ วท.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อมรรัตน์ เงินทอง. (2553). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตบริการสถานีอนามัยตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย**. เอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน, สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย.
- อรพินท์ กายโรจน์. (2542). **ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้หญิงวัยกลางคนที่เป็นความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรอนงค์ สัมพัญญ. (2539). **การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, เชียงใหม่.
- Basile, J.N. (2004). Chronic kidney disease: It's time to recognize its presence in our patients with hypertension. **Journal of Clinical Hypertension**, 6(10), 548–551.
- Becker, M. H.(1974). The health belief model and sick role behavior. **Health Education Monograph**, 2, 409–419.
- Chew, et. al., (2004). Brief question to identify patients with inadequate health literacy. **Fam Med**. 36(8), 588–94.
- De Denus, S., Hardy, A. M., Olson, K. L., and Robinette, B. (2004). Key article and guidelines in the management of hypertension. **Pharmacotherapy**, 24(10), 1385–1399.
- DeWalt, et al. (2004). Literacy and Health outcomes. **Journal of General International Medicine**. 19, 1228–1239.
- Gregoire, J.R. (2004). Update on the management of hypertension: Initial evaluation and lifestyle interventions for patients with hypertension. **Cardiovascular Reviews & Reports**, 25(3), 124–125.
- Joint National Committee. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) Resetting the Hypertension Sails. **Hypertension**, 41(6), 1178–1179.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kaplan, J. E., & Holmes, K. K. (2002). Guidelines for Preventing Opportunistic Infections among HIV–Infected Persons–2002: Recommendations of the US Public Health Service and the Infectious Diseases Society of America. **Annals of internal medicine**, 137(5), 435–478.
- Kerr, J., Weitkunat, R., and Moretti, M. (2005). ABC of behavior change: A guide to successful disease prevention and health promotion, **International Journal of Public Health**, 50(6), 389–390.
- McAlister, F. A., Campbell, N. R. C., Zarnke, K., Levine, M., and Graham, I. D. (2001) The management of hypertension in Canada : A review of current guideline, their shortcoming and implications for the future. **Canadian Medical Association Journal**, 164(4), 517–522.
- Nutbeam, D. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. 23(5), 287–289.
- Ornstein, S. M, Nietert, P. J., and Dickerson, L., M. (2004). Hypertension management and control in primary care: A study of 20 practices in 14 states. **Phamacotherapy**, 24(4), 500–507.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, 2, 328–335.
- Sharif I., and Blank E.A., (2009). **Relationship between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children**. สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555, จาก <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839034/>
- Sica, D. A. (2005). **Ambulatory blood pressure monitoring in 2005**. *Medscape Cardiology*, 9(2). Retrieved April 20, 2007, from www.APNeJournal.htm.
- World Health Organization. (1998). **Health Promotion Glassary**. Geneva; WHO

บรรณานุกรม (ต่อ)

Zondon G. (2003). **Hypertension and renal disease: Role of ACE inhibitor**. Thailand: Medical Time.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ข้อมูลคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครผู้เข้าร่วม

แบบฟอร์ม ECUPO4

สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่ HE.....



ข้อมูลและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (participant information sheet)

ใช้ภาษาที่อาสาสมัครอ่านแล้วเข้าใจง่าย (ควรหลีกเลี่ยงภาษาทางวิชาการ และศัพท์เทคนิคที่มีความเฉพาะ)

1. ชื่อโครงการศึกษา (ภาษาไทย)

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

3. อธิบายเหตุผลที่อาสาสมัครได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

การศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่/ชุมชน

4. ขั้นตอนของการวิจัย วิธีรวบรวมข้อมูล รวมถึงการทดลองใด ๆ และการนำเครื่องมือเข้าไปในร่างกาย (invasive procedures)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

4.1 ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพะเยา

4.2 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ขณะรอรับการตรวจรักษาหรือหลังจากได้รับการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม

4.4 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะทำการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

4.5 หลังจากเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามครบถ้วน เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงซักถาม พร้อมทั้งให้ลูกศึกษา แนะนำการปฏิบัติตนให้เหมาะสม

5. กระบวนการวิจัย ระยะเวลาที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติ และจำนวนอาสาสมัคร

5.1 จำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยมี จำนวน 114 คน เป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

5.2 ระยะเวลาที่อาสาสมัครปฏิบัติคือ ใช้เวลาการเก็บข้อมูลแบบสอบถามข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

6. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ระบุประโยชน์โดยตรงและ/หรือที่อาสาสมัครจะได้รับประโยชน์ต่อชุมชนต่อสังคม และความรู้ด้านวิทยาศาสตร์

ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่ตำบลโป่งงามและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้เพื่อการวางแผนการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยคำนึงถึงความเชื่อด้านสุขภาพและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม

7. ทางเลือกอื่นของการรักษา รวมทั้งประโยชน์ที่อาสาสมัครอาจได้รับ

ประโยชน์ที่อาสาสมัครได้รับคือ ได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่อาจจะเกิดขึ้นแก่อาสาสมัครจากการเข้าร่วมโครงการ

กรณีที่อาสาสมัครอาจรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูล อาสาสมัครสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือหยุดให้ข้อมูลได้

9. ค่าชดเชยการเสียเวลา/ค่าเดินทาง/ค่าตอบแทน หรืออื่นๆที่อาสาสมัครจะได้รับ (ถ้ามี) ไม่มี

10. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ต้องจ่ายเอง

อาสาสมัครไม่ต้องจ่ายเงินในการเข้าร่วมโครงการ

11. สถานการณ์ที่อาจเป็นไปได้และ/หรือเหตุผลซึ่งต้องยุติการเข้าร่วมในการวิจัยของอาสาสมัคร

อาสาสมัครปฏิเสธการให้ข้อมูล

12. แผนการทำลายข้อมูลหรือสิ่งส่งตรวจจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อของอาสาสมัคร เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะทำลายทิ้งภายใน 3 เดือนหลังสิ้นสุดโครงการ

13. การรักษาและ/หรือสิ่งชดเชย ที่อาสาสมัครจะได้รับ (โดยไม่คิดมูลค่า) ในกรณีที่เกิดอันตรายอันเนื่องมาจากการวิจัย ไม่มี

14. ข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อของอาสาสมัคร หากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

15. การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยเป็นความสมัครใจ และอาสาสมัครอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิดหรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งอาสาสมัครพึงจะได้รับ

16. แผนการเก็บรักษาล้างส่งตรวจเพื่อวิจัยในอนาคต ไม่มี

17. หากท่านมีคำถามหรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้
ชื่อนายชูเกียรติ สกุล แสงบุญ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โทรศัพท์ (ในเวลาราชการ) 053-709557 โทรศัพท์ (นอกเวลาราชการ) 086-7382878

18. ท่านสามารถสอบถามถึงสิทธิของอาสาสมัคร/แจ้งเรื่องร้องเรียน ได้ที่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา ชั้น 2 อาคารสำนักงานอธิการบดี 19 ม.2 ต.แม่กา อ.เมือง จ.พะเยา 56000 เบอร์โทร 054-466666 ต่อ 1048 โทรสาร. 054-466714 / 054-466690



ภาคผนวก ข แบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form)

แบบฟอร์ม ECUPO5

สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่ HE.....

โครงการวิจัยเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
(ในกรณีที่อาสาสมัครมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของ
(ค.ญ.,ต.ช.,นาย,นางสาว).....อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจากนายชูเกียรติ แสงบุญ
เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ได้รับทราบถึง
รายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ

วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย (ระบุ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุม
โรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย
จังหวัดเชียงราย

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย

เดือน กันยายน พ.ศ. 2555 เสร็จสิ้นเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ

ให้สัมภาษณ์ข้อมูลข้อคิดเห็นในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรค
ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

ประโยชน์ที่อาสาสมัครได้รับคือ ได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่

เหนื่อย อ่อนเพลียและเจ็บป่วยทันทีระหว่างทำกิจกรรม และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้ผู้วิจัยทราบทันที (ขอให้ผู้วิจัยระบุรายละเอียดตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะโครงการ)

ในกรณีที่โครงการวิจัยนี้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขอให้คงข้อความนี้ไว้

“หากข้าพเจ้าถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น”

- ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่มีการเสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น

- ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขอให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะจัดการรักษาพยาบาลให้จนกลับคืนสภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งชุดใช้ค่าเสียหายอื่นถ้าหากมี

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ :
- 1) ในกรณีที่อาสาสมัครมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และสามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร (เด็ก) และผู้ปกครองด้วย
 - 2) พยานต้องไม่ใช่ผู้วิจัย หรือผู้ร่วมวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการวิจัย
 - 3) ผู้ให้ข้อมูล/คำอธิบาย ต้องไม่เป็นแพทย์ที่ทำโครงการวิจัยนี้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ
 - 4) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้ :

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้า ฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย.....

(.....)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

ประทับลายนิ้วมือขวา

หมายเหตุ: ขอให้ผู้วิจัยระบรายละเอียดตามความเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะโครงการ

ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อการทำวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน
เขตบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ใน () เพียงตัวเลือกเดียว ที่
ตรงกับความจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบมากที่สุด

1. เพศ () 1.หญิง () 2.ชาย
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส () 1.โสด () 2.คู่
() 3.หม้าย () 4.หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา () 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2.ประถมศึกษา
() 3.มัธยมศึกษา () 4.อนุปริญญา
() 5.ปริญญาตรี () 6.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน () 1.ไม่ประกอบอาชีพ () 2.เกษตรกร
() 3.ค้าขาย () 4.รับจ้าง
() 5.รับราชการ () 6.อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
..... บาท

7. ความพอเพียงของรายได้

- () 1.เพียงพอ () 2.ไม่เพียงพอ

8. สิทธิในการรักษาพยาบาล () 1.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 2.ชำระเงินเอง
 () 3.บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า () 4.ประกันสังคม
 () 5.อื่นๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
 ปี

10. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการรับรู้ข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
 () 1.เคย ระบุ.....
 () 2.ไม่เคย

11. แหล่งข้อมูลความรู้
 () 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 2.บุคคลในครอบครัว ญาติ
 () 3.โทรทัศน์ () 4.วิทยุ
 () 5.หนังสือพิมพ์ () 6.แผ่นพับ
 () 7.เพื่อนบ้าน () 8.อาสาสมัครสาธารณสุข
 () 9.ผู้นำชุมชน () 10.การอบรม
 () 11.อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขอให้ท่านเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่าน เพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบทุกประการ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่ากับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่

ลำดับ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูงทำให้ท่านมีโอกาสเจ็บป่วยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตกง่ายกว่าบุคคลอื่น			
2	การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลานานทำให้เป็นโรคไตวายมากกว่าคนปกติ			
3	การที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจได้ง่าย			
4	ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ อาจทำให้เป็นอัมพาตได้			
5	เมื่อท่านหยุดรับประทานยาทำให้มีอาการปวดศีรษะ			
6	การไม่ออกกำลังกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น			
7	การไม่มาพบแพทย์ตามนัดทำให้มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากจนควบคุมไม่ได้			
8	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน			

ลำดับ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
	โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาหายขาดได้			
9	การไม่ได้รับการรักษาด้วยยาคุมความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เช่น อัมพาต			
10	การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้โอกาสเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจวายหรือโรคหลอดเลือดสมอง			
11	ถ้าความดันโลหิตสูงมากๆเป็นเวลานานๆมีโอกาสเส้นเลือดสมองแตก			
12	การไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาที่รุนแรงมาก			
13	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรค การที่ท่านรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี			
14	อาหารเค็มไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง			
15	การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง			
16	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น			
17	การดื่มกาแฟเกินวันละ 2 แก้ว มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง			
18	การออกกำลังกายอย่างถูกต้องสม่ำเสมอมีส่วนทำให้ความดันโลหิตลดลง			
19	การตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้			
	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม			

ลำดับ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
20	การควบคุมโรค การควบคุมอาหาร เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงไม่เป็นภาระ ต่อครอบครัวในการเตรียมอาหาร			
21	อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ เนื่องจากผลข้างเคียงของการรับประทานยา ทำให้ท่านรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ			
22	การที่ต้องออกกำลังกายเป็นประจำเป็นภาระกับสำหรับท่าน			
23	ระยะเวลาในการมารับการตรวจตามนัดที่ยาวนานเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับท่าน			
24	ญาติและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ไม่มีผลต่อการมาตรวจรักษาตามนัด			

ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องให้ตรงกับความจริงในช่อง เพียงคำตอบเดียวดังนี้

1. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านอ่านฉลากยาที่ท่านรับประทานด้วยตนเอง

1. ไม่เคย 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
2. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีปัญหาในการอ่านฉลากยา เพราะที่ไม่เข้าใจข้อมูลในการรับประทานยา

1 ไม่เคยมีปัญหา 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
3. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนที่ช่วยท่านอ่านข้อมูลการรับประทานยาในสถานบริการสุขภาพ

1 ไม่เคย 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
4. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนที่ช่วยอ่านข้อมูลการรับประทานยาที่บ้าน

- 1 ไม่เคย 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
5. -ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านรู้สึกไม่มั่นใจในการจัดยา
รับประทานด้วยตนเองที่บ้าน
- 1 ไม่เคยมี 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
6. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนที่จะช่วยจัดยารับประทานให้ท่าน
ที่บ้านเพราะว่ายากที่จะเข้าใจที่ป้ายฉลากยา
- 1 ไม่เคยมี 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
7. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านมีคนช่วยอ่านบัตรนัดมารับยาความ
ดันโลหิตสูงที่สถานบริการสุขภาพ
- 1 ไม่เคยมี 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
8. ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านให้คน(เพื่อน ญาติ เจ้าหน้าที่ที่
สถานบริการ)ช่วยอ่านคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ
- 1 ไม่เคยมี 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....
9. -ในรอบ 3 เดือนจำนวนบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใดที่ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในการกินยาว่า
ถูกต้องหรือไม่เพราะว่ายากอ่านยากและไม่เข้าใจ
- 1 ไม่เคยมี 2. เคย ระบุจำนวนครั้ง.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นการประเมินด้านการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ของท่านเกี่ยวกับการรักษาหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ใบแบบสอบถามจะมีข้อ
คำถาม 28 ข้อประกอบด้วยการปฏิบัติ 5 ด้าน โดยให้ท่านอ่านหรือฟังคำถามแล้ว
กรุณาตอบตรงความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือ
โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ
ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 3-6 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมที่ถามนั้นผู้ตอบปฏิบัติ 7 วัน ต่อสัปดาห์

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี คลอเรสเตอรอลสูงเช่น ไข่แดง เครื่องใน สัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู				
2	ท่านรับประทานอาหารเช้าไขมันต่ำ เช่น เนื้อ ปลา เนื้อไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง				
3	ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊วใน อาหารที่ปรุงสำเร็จ				
4	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด เช่น แครบหมู หมูทอด ไก่ทอด				
5	ท่านรับประทานอาหารที่ปริมาณพอลิอิ่มใน แต่ละมื้อ วันละ 3-4 มื้อปริมาณเท่า ๆ กัน				
6	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง				
7	ท่านรับประทานผักที่มีกากใยสูง ถั่วต่างๆ งาดำ ลูกเดือย				
8	ท่านรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลทุก เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม				
9	พฤติกรรมการออกกำลังกาย ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ช่วงเวลาละ 30 นาที เช่น เดิน เร็ว ขี่จักรยาน				
10	ท่านเริ่มออกกำลังกายเบา ๆ ก่อนแล้ว ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น				
11	เมื่อท่านสิ้นสุดการออกกำลังกาย ท่าน ค่อย ๆ ลดการออกกำลังกายโดยไม่หยุด				

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	ทันที				
12	ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมการ เคลื่อนไหวติดต่อกัน 30-40 นาที ต่อครั้ง อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น กวาด บ้าน ซักผ้า				
13	ท่านหลีกเลี่ยงการเกร็งกล้ามเนื้อและการ ใช้แรงมาก ๆ เช่น การยกของหนัก การบีบ สปริง				
14	ขณะการออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการ ผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก หากมีอาการผิดปกติ ท่านหยุด ออกกำลังกาย				
15	พฤติกรรมกรับประทานยา ท่านรับประทานยาตรงเวลา เช่น ก่อน อาหาร 30 นาที				
16	ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง				
17	ท่านหยุดรับประทานยาเอง เมื่อไม่มี อาการผิดปกติ เช่น ไม่ปวดศีรษะ เวียน ศีรษะ มึนงง				
18	เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้หลัง รับประทานยา ท่านปรึกษาแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
19	ท่านรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต เฉพาะเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด ศีรษะ				
20	พฤติกรรมกรจัดการกับความเครียด เมื่อท่านมีปัญหาท่านแยกตัวอยู่ตามลำพัง				

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
21	เมื่อท่านมีปัญหา ท่านเล่าให้บุคคลอื่นฟัง เช่น ครอบครัวเพื่อนบ้าน				
22	เมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น ใช้วิธีประนีประนอม ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต				
23	เมื่อมีความเครียดท่านสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา หรือใช้ยานอนหลับ				
24	ท่านจัดแบ่งเวลาในการทำงานกับเวลา พักผ่อนให้เหมาะสมในแต่ละวัน				
25	พฤติกรรมกรรมการมาตรวจตามนัด ท่านมารับการตรวจรักษาตามนัด				
26	ท่านมาตรวจเฉพาะเมื่ออยากควบคุมความ ดันโลหิตหมด				
27	ท่านมาตรวจก่อนวันนัดเมื่อมีอาการ ผิดปกติ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ				
28	ท่านให้บุคคลอื่นรับยาแทน ท่านเมื่อถึงวัน นัด				

ภาคผนวก ง เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ชื่อโครงการ	ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย Health beliefs and behaviors to control hypertension in Primary Care Unit of Pongngam Subdistrict, Mae Sai District, Chaingrai Province
ชื่อนิติกร	นายชูเกียรติ แสงบุญ
ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา	ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ
เลขที่รับรองโครงการ	55 02 02 0023
เลขที่ยื่นขอโครงการ	HE 55-02-02-0026
สังกัดหน่วยงาน/คณะ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ครั้งที่ 6/2555 เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2555
วันสิ้นสุดการรับรอง	วันที่ 29 สิงหาคม 2556
ประเภทการรับรอง	รับรองแบบเร่งรัด

ลงนาม

วิบูลย์ วัฒนาร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิบูลย์ วัฒนาร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยพะเยา



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	ชูเกียรติ แสงบุญ
วัน เดือน ปี เกิด	24 กุมภาพันธ์ 2528
ที่อยู่ปัจจุบัน	267 หมู่ 3 ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย
ที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2549	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2552	ส.บ. มหาวิทยาลัยนเรศวร
พ.ศ. 2549	ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

