

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร
อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

กรกฎาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร
อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร”

ของ นางสาวจิราวรรณ เจริญ
ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์)

.....
(ดร.สุพัฒนา คำสอน)

.....
(ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์ชัย วิทยาอารีย์กุล)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

15 ก.ค. 2559

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.สุพัฒน์ คำสอน ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้เนื้อหาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ คุณพิมพ์ แอ่อวม และคุณจรัสวรรณ เจริญ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวรที่กรุณารับรอง และเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์ ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร์ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เป็นพื้นที่สำหรับศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้ และที่สำคัญอย่างยิ่งต้องขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนนิสิต และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ จนสามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน

จิราวรรณ เจริญ

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
ผู้วิจัย	จิราวรรณ เจนจบ
ประธานที่ปรึกษา	ดร.สุพัฒนา คำสอน
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2558
คำสำคัญ	พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร จำนวน 173 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาชีพมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ส่วนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.38$, S.D. = 0.18) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.382$, $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ($r = -0.239$, $p = 0.002$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = -0.323$, $p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.300$, $p < 0.001$) ทักษะคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม

การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตร อําเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ได้ร้อยละ 32.20

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ว่าการส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ควรสนับสนุนผู้ป่วย ให้รับรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัด อุปสรรคที่ขัดขวางการควบคุมความดันโลหิต



Title FACTORS AFFECTING BLOOD PRESSURE CONTROL
BEHAVIORS OF PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION
OF BAN KESKASORN SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION
HOSPITAL, LANKRABUE DISTRICT KAMPHAENG PHET
PROVINCE

Author Jirawan Jenjob

Advisor Supatana Chomson, Ph.D.

Academic Paper Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2015

Keywords Blood pressure control behavior, Essential hypertension

ABSTRACT

The objectives of this cross – sectional descriptive study were to study the factors affecting blood pressure control behaviors of patients with essential hypertension of Ban Keskasorn Sub-district health promotion hospital Lankrabue District, Kamphaeng Phet Province. The samples in this study included 173 patients at Ban Keskasorn health promotion Hospital, who has been diagnosed with essential hypertension. A questionnaire was used for data collection. The data were analyzed for frequency, percentage, mean and standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results showed that most of the samples were female, aged more than 60 years old, their occupation were agriculture, with income suffice for expenses, having a primary education, time to diagnosed with essential hypertension 1-5 years, their relatives were hypertension patients. The mean scores of all blood pressure control behaviors of patients with essential hypertensive patients were at the good level ($\bar{X} = 2.38$, S.D. = 0.18). Factors that were significantly related to the blood pressure control behaviors were attitude concerning hypertension disease ($r = 0.382$, $p < 0.001$), perceived barriers to taking action blood pressure control ($r = -0.239$, $p = 0.002$), accessibility health care service ($r = -0.323$, $p < 0.001$) and social support ($r = 0.300$, $p < 0.001$). The attitude concerning hypertension disease, accessibility health care

service and social support could predict the blood pressure control behaviors of patients with essential hypertension Ban Kskasorn Sub-district health promotion Hospital, Lankrabue District Kamphaeng Phet Province for 32.20%.

It is recommended that to promote the practicing of blood pressure control behaviors in patients with essential hypertension, attitude concerning hypertension disease should be encouraged. Moreover, related persons should participate in helping the patients to overcome barriers to taking action on blood pressure control is also recommended.



สารบัญ

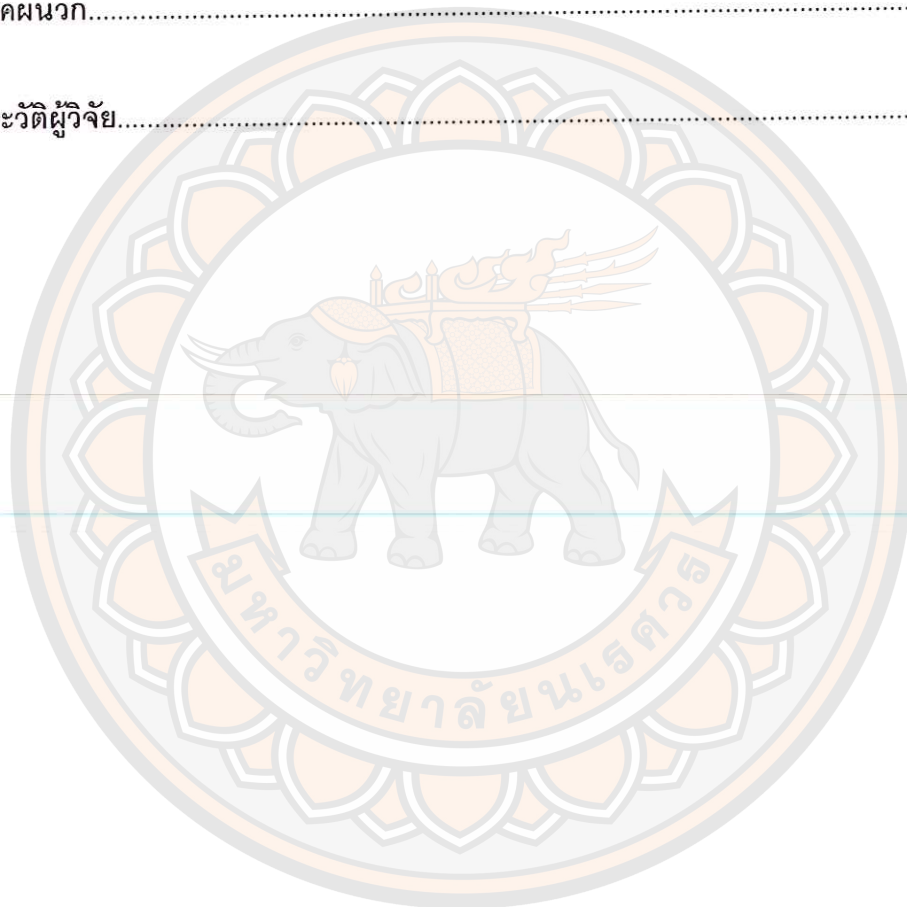
บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามวิจัย.....	5
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	5
ขอบเขตของงานวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคความดันโลหิตสูง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต.....	20
แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model.....	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
รูปแบบการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	51
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	51
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิด เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุม ความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต.....	53
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ	56
ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	57
ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง.....	58
ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	59
ส่วนที่ 7 ข้อมูลอำนาจในการทำนายของ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของ การควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุม ความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดัน โลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.....	60
5 บทสรุป.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
อภิปรายผลการวิจัย.....	64
ข้อเสนอแนะ.....	72

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	81
ประวัติผู้วิจัย.....	107



สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตสูง.....	10
2	แสดงโรคร่วมที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ.....	14
3	แสดงการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามกลุ่มความรุนแรงของโรคความดันโลหิต.....	14
4	แสดงการรักษาความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา.....	15
5	แสดงการวิเคราะห์ความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง.....	32
6	แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อคำถาม และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	46
7	แสดงค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ.....	47
8	แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเกศกาสร จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ญาติสายตรง เป็นโรคความดัน และโรคประจำตัวอื่นๆ	51
9	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และการแปลผล.....	53
10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำแนก ตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล.....	53
11	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุม ความดันโลหิต จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล.....	54
12	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดัน โลหิต จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล.....	55
13	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเข้าถึงบริการการสุขภาพ จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล.....	56
14	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล.....	57
15	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล...	58

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
16	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความ ดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการ สุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการควบคุมความดัน โลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง..... 59
17	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุม ความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึง บริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการ การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.. 60

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	38
---	--	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีการระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณั้จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก จาก 194 ประเทศ ในปี 2552 มีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา คาดว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2553) สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการลดอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง แต่จากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา ในระหว่างปี 2550 – 2554 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราความชุกสูงสุด กล่าวคือ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม (ผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่า) สูงถึง 1,997,700 ราย คิดเป็นอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3,112.60 ต่อแสนประชากร (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงก็มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นกัน โดย เพิ่มขึ้นจาก 48.92 ต่อแสนประชากร ในปี 2550 เป็น 78.92 ต่อแสนประชากร ในปี 2554 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากการเปรียบเทียบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายภาคในช่วงปี 2551 - 2555 พบว่า ทุกภาคมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุด โดยมีอัตราป่วยอยู่ระหว่าง 720.63 – 1,108.15 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) และจากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่า ในปี 2556 เขตบริการสุขภาพในภาคเหนือที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือ เขตบริการสุขภาพที่ 3 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,893.47 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ภาคเหนือ ซึ่งเป็นภาคที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ และอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ซึ่งเป็นเขตที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุด แม้ว่าในปี 2556 จังหวัดกำแพงเพชรจะมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับที่สองของเขต โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,084.95 ต่อแสนประชากร แต่ พบว่ามีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของเขต โดยมีอัตราตายเท่ากับ

19.09 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิติในช่วงปี 2550 – 2556 ของจังหวัดกำแพงเพชรพบว่าอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 708.37, 942.70, 1,181.37, 1,450.82, 1,532.17, 1,611.63 และ 2,084.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ในปี 2556 อำเภอลานกระบือ มีอัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด โดยมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 2,023.91 ต่อแสนประชากร และตำบลที่มีอัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของอำเภอลานกระบือ คือ ตำบลช่องลม โดยมีอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 6,747 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2557) ซึ่งตำบลช่องลมอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร จากรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร (2557) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสรในตำบลช่องลม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.67 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2557 ที่กำหนดให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50 โดยมีเกณฑ์กำหนดตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีคือ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 3 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน $< 140/90$ มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 3 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน $< 140/80$ มิลลิเมตรปรอท (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ในปี 2554 – 2557 เท่ากับ ร้อยละ 60.85, 65.50, 43.50 และ 23.95 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีนั้นมีจำนวนลดลง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2557)

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหรือความดันโลหิตสูงวิกฤติ อาจทำให้

เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ได้แก่ โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน ทำให้เกิดอัมพาต โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวายจากหัวใจห้องล่างซ้ายโต โรคไตวายเรื้อรัง และจอประสาทตาเสื่อมสภาพทำให้ตาบอด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับผลกระทบด้านจิตใจนั้นการที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ศักยภาพในการพัฒนาตนเองลดลงเกิดการเบื่อหน่ายในการรักษาทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกายตามมา เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าไม่สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมต่อไปเกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง (นภาพร ห่วงสุขสกุล, 2555) จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเกศการ (2557) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 140 ราย มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.14 แบ่งเป็น ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 23 ราย และไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 1 ราย

ความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการ จากการศึกษาของเสาวนีย์ ศรีติระกุล และคณะ (2542) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย จำนวน 481 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวต่อการควบคุมความดันโลหิต คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย การขาดการพักผ่อนที่เพียงพอและมีความเครียด ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐานและการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลทองลม ปี 2556 พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 10 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม กล่าวคือ มีการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง รสหวาน มัน เค็ม สูงถึง ร้อยละ 68 ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตให้ถูกต้อง เหมาะสม จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจเหตุปัจจัยอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการควบคุมโรค และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะเจ็บป่วย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหารเค็ม การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมอาหารโดยหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรือไขมันสูง การออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย

สัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละ 30 นาทีขึ้นไป การผ่อนคลายความเครียด โดยการทำงานอดิเรก หรือการใช้หลักทางศาสนา การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม, 2550) การที่บุคคลจะมีปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนดหลายปัจจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี PRECEDE Model ของลอเรนซ์กรีน มาวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม, 2550) ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ปริญญารัตน์ ลามุน, นภาพร มัธยมมากร และอนันต์ มัลรัตน์, 2554) การรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเพื่อควบคุม ความดันโลหิต สุมาลี วัฒนากกร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ (ปริญญารัตน์ ลามุน, นภาพร มัธยมมากร และอนันต์ มัลรัตน์, 2554) และด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม, 2550)

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ตามแนวคิด PRECEDE Model ของลอเรนซ์กรีน โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาปัจจัยสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริมได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นอย่างไร และปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
5. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา

ตัวแปรต้น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ขอบเขตประชากร

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย อย่างน้อย 1 ปี ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 215 คน

ขอบเขตเวลา

ระยะเวลาทำการศึกษาดังตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

4. ความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ตามรหัส ICD 10: I10 Essential (Primary) Hypertension) อย่างน้อย 1 ปี และมีรายชื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการและความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิต

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคาม ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับรู้ว่าการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตนั้นมีความลำบาก กระทำได้ยาก ไม่สะดวกสบาย ใช้เวลานาน และมีค่าใช้จ่ายสูง เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมความดันโลหิตทำให้ไม่สามารถปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับความสะดวกในการเข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน-ความดัน ในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ระยะทาง ระยะเวลาที่ใช้ ค่าใช้จ่าย และความพร้อมในการให้บริการ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ อารมณ์ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุน

ด้านทรัพยากร การให้การยอมรับ จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เป็นการกระทำหรือปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตดีขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยกระทำด้วยตัวผู้ป่วยเอง ส่งผลดีต่อสุขภาพและระดับความดันโลหิต โดยครอบคลุมพฤติกรรม 4 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร คือ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมอาหารโดยหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรือไขมันสูง
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย คือ การทำกิจกรรมที่ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างต่อเนื่องและคำนึงถึงความเหมาะสม โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน วันละ 3 นาทีขึ้นไป
3. พฤติกรรมด้านการควบคุมอารมณ์ คือ การกระทำที่ลดปฏิกิริยาของร่างกายที่จะตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความสมดุลของร่างกาย เช่น การจัดการความเครียด การทำงานอดิเรก การใช้หลักทางศาสนา การผ่อนคลายด้วยการท่องเที่ยวในวันหยุด
4. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง คือ การกระทำที่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคอื่นร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาพบแพทย์ตามนัด การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการพนันและสิ่งเสพติดให้โทษเช่น เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้อง
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีต่างๆ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
4. แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึงระดับความดันโลหิตในขณะที่หัวใจมีการบีบตัว (Systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003 อ้างอิงใน พัฒน์ บุญกาพิมพ์, 2554, หน้า 9) โดยส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการแต่จะตรวจพบโดยบังเอิญในขณะที่ไปตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่นๆ บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตุบๆ แบบไม่เกรนได้แต่ถ้าหากปล่อยทิ้งไว้นานๆ ไม่รักษาอาจมีอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย แขน และขาเป็นอัมพาตได้ เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2550)

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้มีการจำแนกระดับความดันโลหิตสูงไว้เป็นระยะๆ ดังนี้

ตาราง 1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตสูง

Category	SBP		DBP
optimal	<120	และ	<80
normal	120-129	และ	80-84
high normal	130-139	และ	85-89
grade 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
grade 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
grade 3 hypertension (severe)	>180	และ/หรือ	>110
Isolated systolic hypertension	>140	และ	<90

หมายเหตุ: SBP – Systolic blood pressure; DBP – Diastolic blood pressure; เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกันให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์

ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงยังสามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2550)

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension หรือ primary hypertension) ซึ่งเป็นภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นโดยที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงพบได้มากกว่า 90-95 % ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่าอาจจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

1.1 พันธุกรรม บุตรหลานของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 30 – 60 โดยเฉพาะที่เป็นญาติสายตรงในครอบครัว แต่ไม่ชัดเจนว่าเป็นสาเหตุโดยตรง และไม่ทราบแน่ชัดถึงยีนจำเพาะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (ชุมศักดิ์ พุทธาพงค์, 2547)

1.2 ความอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักมากหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 ขึ้นไปมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิต เนื่องจากไขมันในร่างกาย น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต (ชุมศักดิ์ พุทธาพงค์, 2547)

1.3 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้เกล็ดเลือดจับตัวกัน และไปกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (ชุมศักดิ์ พุทธาพงค์, 2547)

1.4 การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป จะทำให้ร่างกายดั่งน้ำไว้มากกว่าปกติส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำในกระแสเลือดปริมาณเลือดจะเพิ่มขึ้นร่างกายต้องใช้แรงดันในการส่งเลือดผ่านหลอดเลือดจากหัวใจเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วยส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (ซุมศักดิ์ พุกษาพงศ์, 2547)

1.5 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เกิน 30 – 60 มิลลิเมตรต่อวัน ทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูงนั้นยังไม่ทราบกลไกที่ชัดเจนแต่เชื่อว่าอาจเนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลทำให้มีการเพิ่มปริมาณเลือดที่สูงขึ้นออกจากหัวใจ มีการเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มระดับแคทีโคลามีน และผลกระทบถึงระบบเรนิน – แองจิโอเทนซินซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

1.6 อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดมีความเสื่อมตามวัย (ซุมศักดิ์ พุกษาพงศ์, 2547; Kaplan, 2002)

1.7 ความเครียด พบว่า เมื่อบุคคลมีความตึงเครียดร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่สำคัญ คือ ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อมไร้ท่อ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2546) โดยระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) มีการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) อันมีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจโดยที่หัวใจจะเต้นเร็ว และมากขึ้น เส้นเลือดตามผิวหนังจะหดตัวส่งผลให้มีการเพิ่มของระดับความดันโลหิตได้

1.8 การขาดการออกกำลังกาย หากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะสามารถช่วยป้องกัน และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ช่วยลดน้ำหนัก และลดระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ลดความเครียดได้ (ซุมศักดิ์ พุกษาพงศ์, 2547)

1.9 เพศ พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีภาวะเสี่ยงต่างๆ มากกว่า เช่น การสูบบุหรี่ (ทิพย์มาศ ชินวงศ์, 2545) แต่หลังจากที่ผู้หญิงมีอายุมากกว่า 50 ปี และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะพบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง (ซุมศักดิ์ พุกษาพงศ์, 2547)

2. ความดันโลหิตชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) จะมีสาเหตุเฉพาะชัดเจนที่ทำให้มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ การได้รับยาบางประเภท การตั้งครรภ์ เป็นต้น ซึ่งจะพบได้น้อยประมาณ 5-10 % ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดจากพยาธิสภาพที่ไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท (Grore, 2001)

อ้างอิงใน พัฒน์ บุญกาพิมพ์, 2554, หน้า 10) และความผิดปกติของฮอร์โมนระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะครรภ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ (Wood, 2002 อ้างอิงใน พัฒน์ บุญกาพิมพ์, 2554, หน้า 10) ซึ่งเมื่อทราบสาเหตุ และรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นกลับสู่ภาวะระดับปกติ และสามารถรักษาให้หายได้

ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ (WHO, 1999 อ้างอิงใน พัฒน์ บุญกาพิมพ์, 2554, หน้า 10) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1. ความรุนแรงระดับ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ
2. ความรุนแรงระดับ 2 ตรวจพบความเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่างจากภาวะเหล่านี้คือหัวใจห้องล่างซ้ายโตหลอดเลือดแดงที่จอร์ับภาพมีการตีบทั่วๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วนมีอัลบูมินในปัสสาวะ และ/หรือครีเอตินินในเลือดสูงกว่าปกติ
3. ความรุนแรงระดับ 3 ตรวจพบว่าอวัยวะถูกทำลายเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูงและมีอาการ และอาการแสดงได้แก่ 1) มีอาการเจ็บหน้าอกกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจวาย 2) อัมพาตจากเลือดออกในสมองสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack) หรือภาวะสมองบวม 3) จอร์ับภาพตามีเลือดออก และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม (Papillo edema) 4) ไตวายตรวจพบครีเอตินินมากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 5) หลอดเลือดมีการโป่งพอง (Dissecting aneurysm) หรือมีอาการของโรคหลอดเลือดอุดตัน

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง

1. ด้านร่างกาย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก เป็นเหตุให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือภาวะหัวใจล้มเหลว (Wood, 2002) ถ้าระดับความดันโลหิตขึ้นสูงมากๆ จะทำให้หลอดเลือดแดงในสมองอุดตันหรือแตกเรียกว่าโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุในการตาย ถึงร้อยละ 50 และส่งผลให้เกิดความพิการตามมานอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของโรคไตวายที่พบบ่อยที่สุด (ถนนม สุภาพร, 2549) และอาจจะทำให้เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาลงอย่างช้าๆ ประสาทตาเสื่อมส่งผลให้ตามัวลงเรื่อยๆ จนกระทั่งตาบอดได้ในที่สุด (Wood, 2002; Grosso, et al., 2005 อ้างอิงใน พัฒน์ บุญกาพิมพ์, 2554, หน้า 11)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และต้องใช้เวลาในการรักษาไปตลอดชีวิต รวมทั้งยังมีอาการแสดงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2545)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นต้องเสียค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670 บาท ต่อรายต่อครั้ง และถ้าต้องเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาท ต่อรายต่อครั้ง หากเรานำมาคำนวณกับคนทั้งประเทศที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นส่งผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

4. ผลกระทบด้านครอบครัว

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานานหรือในบางรายอาจจะต้องรักษาตลอดชีวิตไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในด้านเศรษฐกิจได้ (Hwu, 1995, อ้างอิงใน พัฒนี บุญกาพิมพ์, 2554, หน้า 11) ซึ่งพอทเตอร์ (Potter, 2005 อ้างอิงใน พัฒนี บุญกาพิมพ์, 2554, หน้า 11) ได้ทำการศึกษาอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของทหารผ่านศึกที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ จำนวน 32 รายพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวมีผลต่อการควบคุมพฤติกรรม

แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงมักจะไม่มีอาการ ผู้ป่วยบางรายมาพบแพทย์เมื่อมีโรคแทรกซ้อนแล้วเช่น ไตวาย หัวใจวาย เป็นต้น การตรวจวัดความดันประจำปี จะช่วยให้เรารักษาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น การพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่น ระดับความดันโลหิต โรคต่างๆ ที่พบร่วมปัจจัยเสี่ยงต่างที่เป็นดังนี้

ตาราง 2 แสดงโรคร่วมที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ	โรคร่วมต่างๆ ที่เป็นอยู่
การสูบบุหรี่	กล้ามเนื้อหัวใจหนา
ไขมันในเลือดสูง	เคยเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบ
โรคเบาหวาน	เคยผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ
หญิงอายุมากกว่า 65 ปี ชายมากกว่า 55 ปี	หัวใจวาย
อ้วนดัชนีมวลกายมากกว่า 30	เคยเป็นอัมพาต
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (หญิงก่อน 65 ชายก่อน 55)	โรคไต
ความดันโลหิตสูง	หลอดเลือดขาตีบ
ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย	มีการเปลี่ยนแปลงทางตา
พบไข่ขาวในปัสสาวะ	

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยง และโรคที่พบรวมก็จะจัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่ม A ผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และไม่มีโรคร่วม

กลุ่ม B ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อแต่ไม่มีโรคร่วม

กลุ่ม C ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หรือมีโรคต่างๆ ตามตาราง

หลังจากได้จัดว่าอยู่ในกลุ่มไหนจะนำมาพิจารณาว่าจะเริ่มรักษาความดันโลหิตสูงเมื่อใด

ตาราง 3 แสดงการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามกลุ่มความรุนแรงของความดันโลหิต

ความรุนแรงของความดันโลหิต (Systolic/diastolic mm Hg)	ผู้ป่วยกลุ่ม A	ผู้ป่วยกลุ่ม B	ผู้ป่วยกลุ่ม C
Prehypertension ผู้ที่มีความดันโลหิต (120-139/85-89)	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การให้ยา + ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
Stage 1 (140-159/90-99)	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จะให้ยาหลังจากปรับ พฤติกรรมแล้วเป็นเวลา 1 ปีความดันไม่ลด)	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จะให้ยาหลังจากปรับ พฤติกรรมแล้วเป็นเวลา 6 เดือนแล้วความดัน ไม่ลด หากมีหลายปัจจัย เสี่ยงต้องรีบให้ยา)	การให้ยา + ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม

ตาราง 3 (ต่อ)

ความรุนแรงของความดันโลหิต (Systolic/diastolic mm Hg)	ผู้ป่วยกลุ่ม A	ผู้ป่วยกลุ่ม B	ผู้ป่วยกลุ่ม C
Stage 2 > 160/100	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม + การให้ยา 2 ชนิด	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม + การให้ยา	ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม + การให้ยา

จากตารางจะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่ม C จะเริ่มให้ยาเมื่อความดันโลหิตสูงไม่มากเพราะกลุ่ม C มีโรคอยู่หากรักษาจะทำให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการแย่ลง กลุ่ม B และ C หากความดันอยู่ในช่วง 140-160 ยังมีเวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือน-1 ปี แต่ถ้าความดันมากกว่า 160 จะให้ยาเลย แต่ต้องเน้นว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วยเสมอ

ตาราง 4 แสดงการรักษาความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	คำแนะนำ	ความดันที่ลด
น้ำหนัก	รักษาน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายไม่เกิน 23	5-20 มม.ปรอท/ นน 10 กก.ที่ลด
รับประทานอาหารตามหลัก ของ DASH	รับประทานผัก ผลไม้ให้มาก ลดอาหารที่ มัน และไขมันอิ่มตัว	8-14 มม.ปรอท
งดเค็ม	ปริมาณโซเดียมน้อยกว่า 100 mEq/L (เกลือน้อยกว่า 6 กรัม/วัน)	2-8 มม.ปรอท
การออกกำลังกาย	ออกกำลังกายวันละ 30 นาทีอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์	4-9 มม.ปรอท
ลดการดื่มสุรา	ชายน้อยกว่า 2 หน่วย หญิงน้อยกว่า 1 หน่วย	2-4

1. ลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน การลดน้ำหนักลงจะเป็นประโยชน์มากต่อการลดความดันโลหิต โดยการลดน้ำหนักลง 10 กิโลกรัม จะลดความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

2. ควบคุมไม่ให้ดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน 25 กก./ตร.ม. [ดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)²]

3. หลีกเลียงอาหารเค็ม เมื่อได้รับ "เกลือ" หรืออาหารรสเค็มต่างๆ ร่างกายจะดูดน้ำกลับเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น เป็นผลให้ปริมาณสารน้ำในร่างกายสูงขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น และควบคุมได้ยาก ดังนั้นจึงควรหลีกเลียงอาหารที่มีรสเค็ม ควรดื่มขุรสด้วยเนื่องจากมีเกลือโซเดียมเช่นกัน และไม่แนะนำให้ใช้เกลือเทียม เช่น เกลือโปแตสเซียมแทนเกลือแกง เพราะอาจเป็นอันตรายในผู้ป่วยที่มีไตเสื่อม

การลดอาหารเค็มจะช่วยป้องกัน และลดความดันโลหิต ได้ โดยทั่วไปห้ามกินเกลือเกิน 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา(เท่ากับ โซเดียม 2400 มิลลิกรัม) แต่แนะนำให้รับประทานเกลือ 1500 มิลลิกรัมเทียบเท่าปริมาณเกลือ 4 กรัมหรือ 2/3 ช้อนชา ไม่ควรปรุงรสอาหารก่อนชิมอาหาร หากปรุงรสอาหารเองต้องเติมเกลือให้น้อยที่สุด

เกลือ 1/4 ช้อนชาเท่ากับโซเดียม 500 มิลลิกรัม

เกลือ 1/2 ช้อนชาเท่ากับโซเดียม 1000 มิลลิกรัม

เกลือ 2/3 ช้อนชาเท่ากับโซเดียม 1500 มิลลิกรัม

เกลือ 1 ช้อนชาเท่ากับโซเดียม 2400 มิลลิกรัม

หากซื้ออาหารกระป๋องต้องอ่านสลากอาหารเพื่อดูปริมาณสารอาหารเลือกที่มีเกลือต่ำ รับประทานอาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผัก หรือผลไม้ แทนการรับประทานอาหารที่ผ่านขบวนการถนอมอาหาร ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาเพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จ หลีกเลียงอาหารเค็ม เช่น หมูเค็ม เบคอน ไส้กรอก ผักดอง มัสตาร์ด และเนยแข็ง อาหารตากแห้ง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หอยเค็ม กุ้งแห้ง ปลาแห้ง เนื้อสัตว์ปรุงรส ได้แก่ หมูหยอง หมูแผ่น กุนเชียง อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่สำเร็จรูป โจ๊กซอง ซุปซอง อาหารสำเร็จรูปบรรจุถุง เช่น ข้าวเกรียบ ข้าวตังปรุงรส มันฝรั่ง เครื่องปรุงรสที่มีเกลือมาก เช่น ซุปก้อน ผงชูรส ผงฟู อาหารหมักดองเค็ม เช่น กะปิ เต้าหู้ยี้ ปลาร้า ไตปลา ไข่เค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง แหนม ไส้กรอกอีสาน

4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว วิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ครั้งละ 20-30 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ควบคุมน้ำหนักได้ง่าย ไขมันคอเลสเตอรอลชนิดดีเพิ่มขึ้น จิตใจแจ่มใส สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากหรือผู้สูงอายุ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มออกกำลังกาย หากไม่มีเวลาออกกำลังกาย แนะนำให้ทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำอยู่แล้ว เช่น ใช้การเดินขึ้นบันไดแทนลิฟต์ เดินไปตลาด หรือทำงานบ้านด้วยตนเอง

5. งดบุหรี่ การสูบบุหรี่มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว แม้ว่าการเลิกบุหรี่อาจไม่มีผลต่อการลดความดันโลหิตในระยะยาว แต่การไม่สูบบุหรี่จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจ ฤๅลมโป่งพอง มะเร็งอีกหลายชนิด และยังเป็นผลดีต่อสุขภาพของคนใกล้ชิดอีกด้วย

6. ลดแอลกอฮอล์ แม้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยๆ อาจจะช่วยเพิ่มไขมันคอเลสเตอรอลชนิดดีได้บ้าง แต่ผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์มีมากกว่าผลดี จึงไม่ควรเชื่อโฆษณา

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Concept about health behavior)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจเจกบุคคลซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากความเป็นปัจเจกบุคคลเช่น พันธุกรรมที่ต่างกันซึ่งเมื่อเกิดมาแล้วพันธุกรรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่สามารถดูแล และปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้มีความเชื่อความรู้เจตคติ และทักษะต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันด้วยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคลย่อมมีสุขภาพดีและความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

2. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

จากการศึกษาของคาร์ล และคอบบ์ (สันติ ธรรมชาติ, 2545; Kals and Cobbs, 1966) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรคหรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการเด่นชัดด้วย อุบล เลี้ยววาริณ (2534) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าการปฏิบัติใดๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยไว้เจ็บต่างๆ (สุภัทร ชูประดิษฐ์, 2554) ได้ให้ความหมายว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรม และนามธรรมที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเดินของหัวใจการบีบตัวของลำไส้พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกายพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือเป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือ

ผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการไม่กระทำ(Non action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำคือการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ได้ให้ความหมายไว้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

ธวัช อิมสมบุญ (2555) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสามารถวัด และสังเกตได้ บุคคลที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อการใช้ทรัพยากรของประเทศทั้งบุคลากร ยา รวมทั้งงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะฉะนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรดำเนินการให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

กองมณี สุรวงษ์สิน (2551) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการงดเว้นการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งมีความหมายรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเอง และเป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล

กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ (2555) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่จะส่งผลโดยตรงทำให้ตนเอง ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติรวมทั้งการปฏิบัติตนทางสุขภาพ ที่เกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม โดยการกระทำนั้นประกอบด้วย การกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการไม่กระทำสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

จรัส วรรณบุตร (2550) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำสิ่งที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ หรือละเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพหรือดูแลให้ร่างกายอยู่ในภาวะสุขภาพที่ดี และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ขึ้นอยู่กับบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ นอกจากนี้ยังจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลสุขภาพเช่นกัน

จากข้อความข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของแต่ละบุคคลที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย ใจ อารมณ์ สังคม และการไม่กระทำที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย ทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้ โดยจะอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติตนในทางสุขภาพของแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบมีวินัยควบคุมตนทั้งทางด้านการกินการนอนการพักผ่อนการขยับถ่ายการป้องกันโรคและการเกิดโรค

3. ขอบข่ายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกตการพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็กหรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อมๆ กันทั้ง 3 ด้านคือ

1. ด้านความรู้ (Cognitive domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าคุณคนนั้นรู้หรือคิดพัฒนาความสามารถทักษะทางสติปัญญาการใช้วิจารณ์ญาณในการตัดสินใจความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อโรคความรู้ด้านโภชนาการความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะตนเอง เป็นต้น

2. ด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (Affective domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจความรู้ลึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การชอบหรือไม่ชอบรับประทานผัก การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษา การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้หรือในด้านลบบางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เหนื่อย และเสียเวลา

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติทางสุขภาพ (Health practice) เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังจากออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อค การพักผ่อนให้เพียงพอ การนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากพฤติกรรมทั้งสามด้านจะเห็นว่ามีเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพทั้งสามด้านนั้นต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินเป็นนิสัยหรือเรียกว่าสุขนิสัย (Health habit)

4. ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ (Health behavior in normal situation)

4.1.1 พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย กระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การใช้เข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อก การขับรถให้ถูกกฎจราจร การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

4.1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้น ด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะครบถ้วนตามหลักโภชนา การการผ่อนคลายความเครียด

4.2 พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior)

พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่ากายเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่างหรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่จะแพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย จึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร และค้นหาแนวทางแก้ไขตามสถานการณ์ เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่ากายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพรหรือไม่ทำอะไรเลยคอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

4.3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behavior)

การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงดบุหรี่สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และนำหนักการมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจัดอยู่ในประเภทพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick role behavior) มีขอบข่ายการแสดงออกของพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ หลังจากได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการกระทำหรือปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลทำให้ความดันโลหิตดีขึ้น เป็นผล

มาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญโดยกระทำด้วยตัวผู้ป่วยเอง ส่งผลดีต่อสุขภาพและระดับความดันโลหิต โดยครอบคลุมพฤติกรรม 4 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร โดยการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 อาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยง

ข้อควรระวังในการรับประทานอาหารสำหรับความดันโลหิตสูง จากรายงานทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ที่กินเกลือมากกว่าวันละ 1.8 ช้อนชา/วัน หรือเท่ากับน้ำปลา 7 ช้อนชา จะมีความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่กินเกลือน้อยกว่า 1 ช้อนชา/วัน หรือน้ำปลา 3 ช้อนชา/วัน เนื่องจากในอาหารธรรมชาติมีโซเดียม อยู่บ้างแล้ว และนอกจากนี้จะพบว่าคนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนักลงทุก 10 กิโลกรัม จะลดความดันโลหิตตัวบนลง 5 – 20 มิลลิเมตรปรอทด้วย เมื่อลดน้ำหนักลงความดันโลหิตก็จะต่ำลงด้วย การกินอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มาก ก็จะทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง และความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงควรระวังอาหารต่อไปนี้

อาหารที่มีโซเดียม (sodium) สูง ประมาณครึ่งหนึ่งของโซเดียม ส่วนใหญ่ได้จากเกลือแกง การได้รับโซเดียมในปริมาณมากจะทำให้ความดันโลหิตสูง การรับประทานโซเดียม 2.3 กรัม/วัน (เกลือ 1.8 ช้อนชา) ค่าความดันโลหิตตัวบนจะสูงขึ้นเฉลี่ย 3 - 6 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งโซเดียมในเกลือแกงจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตมากกว่าโซเดียม ของอนุมูลอื่นๆ ที่มีโซเดียมในเกลือแกง ปริมาณของโซเดียมที่แนะนำให้บริโภคไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม อาหารที่มีโซเดียมสูงได้แก่

1. อาหารที่มีเกลือมาก เช่น ซอส น้ำปลา กะปิ เต้าเจี้ยว อาหารหมักดอง ฯลฯ
2. อาหารพวกผงชูรส หรือผงปรุงรสต่างๆ ได้แก่ ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด
3. ขนมกรุบกรอบที่มีเกลืออยู่เป็นจำนวนมาก
4. อาหารแปรรูป ได้แก่ ไส้กรอก กุนเชียง แหนม อาหารทะเลทำเค็ม ฯลฯ
5. สารกันบูด หลายชนิดมีโซเดียมประกอบอยู่ เช่น โซเดียมเบนโซเอต

และโซเดียมโปรนิโอเนตใช้ป้องกันเชื้อราในขนมปังปอนด์

อาหารไขมัน (Lipid) การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว มีรายงานว่าปริมาณไขมัน และชนิดของไขมันอิ่มตัวมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ดังนั้น จึงควรควบคุมปริมาณไขมัน และน้ำหนักตัวรวมทั้งการเลือกชนิดของไขมันที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และควรงดไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และคอเลสเตอรอล

คอเลสเตอรอลสูง ควรเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง หรือรับประทานแต่น้อย ได้แก่เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ หัวใจ ปอด ไข่ กระเพาะ ไข่แดง ไข่ปลา ปลาหมึก หอยนางรม มันกุ้ง มันปู เนยหรือครีม เนยแข็ง ขนมอบต่างๆ ครัวซอง เค้ก พัฟ พาย และอาหารฟาสฟู๊ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า

ไตรกลีเซอไรด์สูง ควรเลี่ยงอาหารทอดทุกชนิด และอาหารอบที่มีไขมัน เช่น ปาท่องโก๋ ข้าวเกรียบทอด มันทอด แคปหมู น้ำตาล ขนมหวานต่างๆ เช่น ขนมเชื่อม ผลไม้เชื่อม ขนมหม้อแกง สังขยา ทองหยิบ ทองหลอดฯ ผลไม้หวานจัด เช่น ทูเรียน น้อยหน่า ละมุด ลำไย มะขามหวาน อินทผลัม ผลไม้กวน เครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชา กาแฟใส่น้ำตาล และครีม เครื่องผสม น้ำผลไม้ และแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ฯ

โปรตีน (Protein) มีวิจัยรายงานว่า การได้รับโปรตีนสูงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ปริมาณโปรตีนที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน ประมาณ 0.8 - 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และควรกินเนื้อสัตว์ไม่ติดหนังไม่ติดมัน

คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำตาล ไม่พบว่ามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตในมนุษย์ แต่มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตในหนูทดลอง

แอลกอฮอล์ (Alcohol) เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความดันโลหิต เนื่องจากมีส่วนกระตุ้นให้หัวใจสูบฉีดแรงขึ้น (เรียวกพลอย กาศพร้อม และชนิดา ปิทธิการ, 2555)

1.2 อาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรบริโภค

โพแทสเซียม (Potassium) จากวิจัยรายงานว่ากลุ่มประชากรที่ได้รับโพแทสเซียมจากอาหารมาก จะมีความดันโลหิตทั้งค่าบน และล่างต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโพแทสเซียม น้อย ปริมาณโพแทสเซียมที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน ปริมาณ 7,500 มิลลิกรัม อาหารที่มีโพแทสเซียมสูงได้แก่ ผัก และผลไม้ ดังนั้น จึงควรรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำ และควรรับประทานผัก ผลไม้ หลากสี

ผักที่มีโพแทสเซียมสูง (250 - 450 มิลลิกรัม) ได้แก่ เห็ด หน่อไม้ฝรั่ง บร็อคโคลี่ ดอกกะหล่ำ มันเทศ แครอท แขนงกะหล่ำ มันฝรั่ง ผักโขม ผักบุ้ง ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า ผักตำลึง ใบแค

ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง (201 - 450 มิลลิกรัม) ได้แก่ กัลยพฤกษชนิด ขนุน ทูเรียน ฝรั่ง กระท้อน น้อยหน่า ลูกพลับ แคนตาลูป ส้มฮันนี่ดิว มะม่วงสุก ลำไย ลูกพรุน น้ำผลไม้ทุกชนิด มะขามหวาน กัลยพฤกษ กี่วี

แมกนีเซียม (Magnesium) ถ้าได้รับอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง ความดันโลหิตจะต่ำลง ถ้าได้รับน้อยความดันโลหิตจะสูงขึ้น ปริมาณแมกนีเซียมที่แนะนำให้บริโภค สำหรับคนไทยต่อวัน 250-350 มิลลิกรัม เนื่องจากมีงานวิจัยรายงานว่าแมกนีเซียมมีผลต่อการช่วยขยายหลอดเลือด จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง อาหารที่มีแมกนีเซียมสูง ได้แก่ ผักใบเขียวต่างๆ ดังนั้นผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัติจะมีความดันโลหิตต่ำกว่า

แคลเซียม (Calcium) มีมากในผักใบเขียว และนม มีการศึกษาพบว่าการได้รับแคลเซียมน้อยกว่า 600 มิลลิกรัม ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูง ปริมาณแคลเซียมที่แนะนำให้บริโภค สำหรับคนไทยต่อวัน 800-1,200 มิลลิกรัม แคลเซียมจะมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูง การขาดแคลเซียมจะทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ จึงเกิดการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ เมื่อระดับของฮอร์โมนเพิ่มขึ้นจะทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการหดตัว แรงดันของเลือดจะเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (เสียวพลอย กาศพร้อม และชนิดา ปโชติการ, 2555)

1.3 อาหารลดความดันโลหิตสูง DASH DIET

อาหารที่ได้รับการพิสูจน์ในผู้ป่วยความดันเลือดสูงแล้วว่า สามารถลดความดันโลหิตได้ผลดี คือ อาหารแดช (DASH ซึ่งย่อมาจาก Dietary Approach to Stop Hypertension) หรืออาหารหยุดความดันเลือดสูง จากการศึกษาในประชากรชาวอเมริกันที่ความดันเลือดปกติและสูงปานกลางจำนวน 500 กว่ารายในเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าอาหารแดชนี้สามารถลดความดันเลือดทั้งตัวบน และความดันเลือดตัวล่างได้อย่างชัดเจน (ได้ผลพอๆ กับกินยาลดความดันเลือดหนึ่งตัว) โดยไม่เกิดผลข้างเคียงใดๆ ในขณะที่ผู้ที่กินอาหารอเมริกันทั่วไป ไม่พบว่าความดันเลือดลดลง และถ้ากินอาหารแดชร่วมกับการลดการกินเกลือโซเดียมในอาหาร จะยิ่งลดความดันเลือดได้เพิ่มขึ้น (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2548)

การรับประทานอาหารแดชคือ การรับประทานอาหารที่มีการลดปริมาณของไขมันลง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ร่วมกับการบริโภคธัญพืชมากขึ้น เน้นการรับประทานผักและผลไม้มากขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อแดง เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู แต่รับประทานปลาแทน ลดเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือมีน้ำตาลมาก ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี การบริโภคอาหารแดช ไม่ยากต่อการปฏิบัติเนื่องจากเป็นการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดความสมดุลกับความต้องการของร่างกาย เน้นการรับประทานอาหารกลุ่มธัญพืชซึ่งเป็นอาหารหลักประเภทข้าว แป้ง ต่าง ๆ ที่รับประทานกันเป็นประจำทุกวันอยู่แล้ว เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และช่วยลดความดันโลหิตอาหารข้าว และธัญพืชอื่นๆ ควรเน้นที่ผ่านการขัดสีน้อย หรือไม่ผ่านการขัดสีเลย เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด ลูกเดือย เป็นต้น รวมทั้งเน้นบริโภคถั่วต่างๆ เพื่อให้ได้โปรตีนจากพืชเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดปริมาณของการบริโภคเนื้อสัตว์ต่างๆ ลง ซึ่งจะสอดคล้องกับความต้องการของ

ร่างกายที่กำหนดปริมาณของกลุ่มเนื้อสัตว์น้อยกว่ากลุ่มของข้าว แป้ง (วันทนี เกரியสินยศ, 2553)

2. **พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย** โดยการทำกิจกรรมที่ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างต่อเนื่อง และคำนึงถึงความเหมาะสม โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน วันละ 30 นาทีขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการออกกำลังกายที่ควรแนะนำ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด คือ “แบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise)” ที่กระทำต่อเนื่องไม่รวดเร็วรุนแรงหรือมีการแข่งขัน การออกกำลังกายที่ควรหลีกเลี่ยง คือ การออกกำลังกาย “แบบใช้ออกซิเจนน้อยหรือไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic exercise)” ซึ่งเกิดการเบ่ง ดึง ดันหรือผลัก กระชาก ทำให้เกิดความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเป็นอันตรายได้ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2550)

หลักการออกกำลังกายเบื้องต้นทั่วไปในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ และภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายควรมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้องหลัก

ขั้นตอนที่ 1 ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที เป็นการเตรียมร่างกายให้ตื่นตัวปรับสภาพอุณหภูมิของร่างกาย และเป็นการบริหารกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ ให้มีความหยุ่นพอเหมาะ คล่องแคล่ว เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ได้แก่ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ลูกนั่งเข่างอ แล้วเริ่มออกกำลังกาย อาจใช้เวลาในการอบอุ่นร่างกายน้อยลงถ้าอากาศร้อน

ขั้นตอนที่ 2 ช่วงออกกำลังกาย (Exercise) ต่อเนื่อง และไม่กลั้นหายใจขณะออกกำลังกายใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ช่วงผ่อนคลาย (Cool down) ใช้เวลา ประมาณ 5 - 10 นาที เพื่อปรับร่างกายให้กลับสู่สภาวะปกติโดย การผ่อนคลายความหนักลงเรื่อยๆ ช่วยระบายกรดแลคติกที่เกิดภายในกล้ามเนื้อขณะออกกำลังกาย เพื่อลดเจ็บปวดเมื่อยกล้ามเนื้อภายหลังจากออกกำลังกาย

2. **หลักการออกกำลังกายที่เพิ่มประสิทธิภาพต่อระบบหายใจระบบหัวใจ และการไหลเวียนเลือด** ตาม FITT (ACSM, 2000) คือ

F = frequency คือ ความถี่หรือความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ จะมีผลดีต่อการลดระดับความดันโลหิต

I = intensity คือ ความหนัก/เบา ของการออกกำลังกายควรหนักระดับปานกลาง คือ นับอัตราการเต้นของชีพจรขณะออกกำลังกายได้ประมาณ 40 - 59 % ของอัตราการเต้นของชีพจร

สูงสุด (220 - อายุเป็นปี) (เทียบได้ใกล้เคียงกับอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด, VO2R หรืออัตราความเหนื่อยที่ยังพูดคุยกับคนอื่นได้สบาย ทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจ และหลอดเลือดหรือระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ ถึงอย่างไรก็ตาม ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดควรมีการประเมินสมรรถภาพ และข้อจำกัดต่อการออกกำลังกายไว้เป็นพื้นฐานก่อนเริ่มออกกำลังกายทุกราย และถ้าต้องการออกกำลังกายที่ระดับความหนักมากกว่า 60 % ควรออกกำลังกายที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีบุคลากรเวชศาสตร์การกีฬาควบคุมดูแล

ตัวอย่าง : คุณสมชาย อายุ 60 ปี สุขภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรงดี แต่เริ่มมีความดันโลหิตสูงแบบกำกวม 138/89 มม.ปรอท แพทย์แนะนำให้งดอาหารเค็ม และเริ่มออกกำลังกาย ดังนั้นอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดของคุณสมชาย = $220 - 60 = 160$ ครั้ง/นาที ความหนักเบาขึ้นต่ำ 40 - 59 % จึงเท่ากับ 64 - 94 ครั้ง/นาที ดังนั้นคุณสมชายจึงควรออกกำลังกายให้หัวใจเต้นอยู่ระหว่าง 64 - 94 ครั้ง/นาที

T = time คือ ระยะ เวลา ต่อเนื่องในการออกกำลังกาย ประมาณ 30 - 60 นาที โดยพบว่าผลของการลดความดันโลหิตไม่แตกต่างกันในช่วงเวลานี้ แต่อย่างไรก็ดีไม่ควรออกกำลังกายมากกว่า 1 ชั่วโมงจะทำให้ล้ามากเกินไป อาจใช้การออกแบบสะสมเวลา ครั้งละ 10 นาที (Intermittent exercise) ให้ได้ระยะเวลารวม 30 - 60 นาทีต่อวัน

T = type คือ ประเภทของการออกกำลังกาย ควรเป็นแบบแอโรบิกเป็นหลัก เพราะมีการใช้แรงของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นการเพิ่มสมรรถภาพของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต เช่น การออกกำลังกายบริหาร กระโดดเชือก การเดินแอโรบิก การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ โยคะ รำมวยจีน เป็นต้น ไม่ควรออกกำลังกายแบบมีแรงต้านหรือมีการแข่งขัน เช่น การยกน้ำหนัก ออกแรงดึง ผลัก การเล่นแข่งขันกีฬาที่รุนแรง

3. ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรงหรือไม่สามารถควบคุมได้ ควรเริ่มออกกำลังกายหลังจากได้รับการตรวจรักษา และรับประทานยาจากแพทย์แล้ว

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมองหากจะเริ่มออกกำลังกายระดับควรออกกำลังกายที่ศูนย์ฟื้นฟูหัวใจที่มีบุคลากรทางการแพทย์ดูแลใกล้ชิด

ห้ามออกกำลังกายเมื่อความดันขณะพัก SBP > 200 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP > 110 มิลลิเมตรปรอท และขณะออกกำลังกายต้องระวังไม่ให้ SBP $\geq$ 220 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP $\leq$ 105 มิลลิเมตรปรอท

ยา β -blockers และยาขับปัสสาวะอาจจะมีผลต่อระบบการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจึงควรอธิบายอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยรวมถึงป้องกันการเกิดภาวะเหล่านี้ด้วย

ยา β -blockers โดยเฉพาะชนิดไม่จำเพาะเจาะจง อาจลดสมรรถภาพสูงสุดและรองสูงสุดของผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้นเมื่อออกกำลังกายควรใช้ค่าระดับแสดงความเหนื่อยแทนอัตราการเต้นของหัวใจในการบอกระดับความหนักของการออกกำลังกาย

ยาลดความดัน เช่น β -blockers, calcium channel blockers และยาขยายหลอดเลือดอาจมีผลทำให้ความดันลดลงอย่างรวดเร็วทันทีหลังออกกำลังกาย ดังนั้นจึงควรติดตามความดันโลหิตในช่วงผ่อนคลาย (cool down) หลังการออกกำลังกายอย่างใกล้ชิด

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลายคนมีภาวะน้ำหนักรุนเกินหรืออ้วนร่วมด้วย การออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมุ่งเน้นให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับการบริโภคอาหารเพื่อให้น้ำหนักลดลงด้วย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกายจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้เหมือนกับวัยหนุ่มสาว แต่จะต้องเพิ่มความระมัดระวัง และปรับการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

ผลของการลดความดันจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะเกิดขึ้นทันทีที่เป็นปกติที่เรียกว่า Post exercise hypotension เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการออกกำลังกายจึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลนี้ด้วย

สำหรับผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และทราบว่ามีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกายที่อัตราการเต้นของหัวใจเท่าใด (Ischemic threshold) เมื่อออกกำลังกายควรปรับระดับความหนักให้จำกัดอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่าระดับนั้นอย่างน้อย 10 ครั้งต่อนาที

อย่ากลั้นหายใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด Valsalva maneuver ระหว่างการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (จักรชนก รุ่งรัตน์ณิมาศ, 2555)

3. พฤติกรรมด้านการควบคุมอารมณ์ โดยการกระทำที่ลดปฏิกิริยาของร่างกายที่จะตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความสมดุลของร่างกาย ความเครียดทางด้านอารมณ์มีผลต่อความดันโลหิตที่สูงขึ้นในระยะสั้น โดยผ่านการกลไกของระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเทติก และ Hypothalamo-pituitaryadrenocorticalaxis ดังจะเห็นได้จากเมื่อตื่นเต้น กังวล หรือโกรธ

พบว่าความดันโลหิต และชีพจรจะ สูงขึ้นทันที และจะเป็นอยู่ระยะหนึ่ง เมื่ออารมณ์เหล่านี้ลดลง ความดันโลหิต และชีพจรจะลดลง

การจัดการความเครียดเป็นการฝึกร่างกายหรือจิตใจ ให้รู้จักความเครียดที่เกิดขึ้น และควบคุมการตอบสนองความเครียดในสิ่งที่สามารถควบคุมได้ มาสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเกือบทุกราย และน่าจะมีประโยชน์มากในรายที่มีความเครียดสูง ในปัจจุบันมีวิธีที่ได้รับความนิยม และมีการศึกษาถึงประสิทธิผล หลายวิธี เช่น

1. การผ่อนคลาย มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยผ่านการควบคุมกล้ามเนื้อหรือการหายใจ
2. การทำสมาธิ และกิจกรรมที่ใช้กายและจิต (เช่น ชี่กง ไทชิ โยคะ) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะที่รู้ตัว และสงบโดยผ่านเทคนิคแบบต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยสนใจ
3. Biofeedback เป็นการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายออกมาในรูป ตัวเลข แสง หรือเสียง ซึ่งอาจใช้ควบคู่กับการผ่อนคลายวิธีต่างๆ
4. การลดความเครียด โดยการปรับเปลี่ยนความคิด หรือพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียดที่เป็นปัญหา

การเลือกใช้วิธีต่างๆ แล้วแต่ความชอบหรือถนัดของแต่ละบุคคล สำหรับการผ่อนคลายในช่วงแรกหลังจากฝึกเบื้องต้นแล้ว ควรกลับไปฝึกด้วยตนเองทุกวัน วันละ 2 - 3 รอบ หรือมากกว่านั้น จนสามารถใช้ได้อย่างคล่องแคล่วทันทีเมื่อมีความเครียด

ตัวอย่างการฝึกวิธีจัดการความเครียดอย่างง่าย

1. การผ่อนคลายโดยการคลายกล้ามเนื้อ

อุปกรณ์และการเตรียมตัว

ผู้ฝึกสวมเสื้อผ้าที่สบาย นั่งบนเก้าอี้ ในห้องที่ไม่มีสิ่งรบกวน

การฝึก

1. รู้จักการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการกำมือ และเกร็งแขน ให้แน่นที่สุดเป็นเวลา 5 - 10 วินาที จนรู้สึกเมื่อยหรือชา จากนั้นค่อยๆ ผ่อนมือ และแขนลง สังเกตความรู้สึกที่คลายตัวลงของกล้ามเนื้อ

2. เกร็ง และคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน โดยนิยมเริ่มจากศีรษะลงปลายเท้า เกร็งค้างไว้ 5 - 10 วินาที และค่อยๆ คลายกล้ามเนื้อที่ละมัด แล้วทำซ้ำกับกล้ามเนื้อชุดถัดไป ตามลำดับ เช่น หน้าผาก ใบหน้า ลำคอ ไหล่ ต้นแขน ปลายแขน และมือ หน้าอก ท้อง ต้นขา ขา และเท้า โดยแต่ละจุดให้รู้สึกถึงความแตกต่างของความตึงเมื่อเกร็ง และความสบายเมื่อคลาย

3. คลายกล้ามเนื้อเมื่อเครียด เมื่อรู้สึกถึงความแตกต่างของความตึง-คลาย แล้ว เมื่อมีความเครียด จะมีกล้ามเนื้อบางส่วนเกร็งโดยอัตโนมัติ (เช่น ที่คอ และไหล่) ทันทิที่รู้สึกถึงความตึงให้ค่อยๆ คลายกล้ามเนื้อส่วนนั้น หากทำไม่ได้ให้ลองเกร็งให้มากขึ้น แล้วค่อยๆ คลาย

2. การผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจ

อุปกรณ์และการเตรียมตัว

ผู้ฝึกสวมเสื้อผ้าที่สบาย นั่งหรือเอนนอนให้สบาย ในห้องที่ไม่มีสิ่งรบกวน

การฝึก

1. สังเกตการหายใจ ให้หายใจตามปกติสังเกตการเคลื่อนไหวของท้อง
2. ฝึกควบคุมการหายใจ หายใจออกยาวๆ จากนั้นหายใจเข้าลึก โดยพยายามให้ท้องป่องออก กลั้นหายใจเล็กน้อย แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก สังเกตว่าท้องจะยุบลง เมื่อหายใจออกจนหมดกลั้นหายใจเล็กน้อย แล้วสูดหายใจเข้าอีกครั้ง ช่วงแรกทำ 3 - 5 ครั้ง แล้วกลับมาหายใจปกติ บางคนอาจมีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด ให้พักสักครู่ แล้วเริ่มฝึกใหม่ โดยหายใจออกให้ยาวขึ้น แล้วหายใจไม่เร็วเกินไปจากนั้นฝึกที่ละ 10 ครั้ง และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจร และความตึงของกล้ามเนื้อก่อนทำ และหลังทำ

3. ควบคุมการหายใจเมื่อเครียด เมื่อสามารถควบคุมการหายใจได้แล้ว เมื่อมีความเครียดการหายใจจะเร็วขึ้นโดยไม่รู้ตัว ทันทิที่รู้สึกว่าการหายใจไม่ผ่อนคลาย ให้ทำการควบคุมการหายใจแล้วสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอัตราชีพจร และความตึงของกล้ามเนื้อ ก่อนทำและหลังทำ

3. การผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ

อุปกรณ์และการเตรียมตัว

ผู้ฝึกสวมเสื้อผ้าที่สบาย นั่งหรือเอนนอนให้สบาย ในห้องที่ไม่มีสิ่งรบกวน

การฝึก

1. หลับตาลง แล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่ที่สวยงาม สงบ และเป็นสุข เช่น การเดินชมชายหาด โดยอาจเป็นประสบการณ์ที่ดีในอดีต หรือจินตนาการขึ้นใหม่ ควรทำให้ตัวเองรู้สึกเหมือนจริงที่สุด โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้ายตามจนรู้สึกเป็นสุข

2. เมื่อจิตใจสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบาย และคุณเป็นคนดี มีความสามารถมากพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เสมอ

3. ค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้ และทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไป (ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล, 2555)

4. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง คือ การกระทำที่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคอื่นร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาพบแพทย์ตามนัด หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันสูง/ อาหารรสจัด การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงการพนัน และสิ่งเสพติดให้โทษ เช่น เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด

แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model

1. ความหมายและความเป็นมาของแบบจำลอง PRECEDE - PROCEED Model

งานหลักที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการพยาบาลชุมชนคือการช่วยให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขซึ่งภารกิจดังกล่าวนี้สามารถทำได้โดยการให้ความรู้ทางสุขภาพ (Health Education) หรือทั้งสองอย่างรวมกันแก่ทั้งบุคคลกลุ่มคน และชุมชนซึ่ง Green and Kreuter (1999) ได้ให้ความหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพว่าเป็นการวางแผนการให้การช่วยเหลือด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองหรือสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ส่วนการส่งเสริมสุขภาพนั้นจะหมายรวมถึงทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการยกระดับคุณภาพของชีวิตของประชาชนให้ได้อีกด้วย และแบบจำลอง PRECEDE -PROCEED ก็เป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ช่วยให้การดำเนินการดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย (ยุวดี รอดจากภัย และคณะ, 2548)

PRECEDE - PROCEED เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรมพัฒนาโดยลอเรนซ์กรีน (Green) โดยได้พัฒนา PRECEDE Model ในปี ค.ศ. 1968 – 1974 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงสร้างสุขภาพศึกษาต่างๆ เนื่องจากในระยะนี้เป็นช่วงที่งานด้านสุขภาพศึกษาได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้ามากขึ้นด้านสุขภาพยังขาดความชัดเจนในเรื่องขอบเขตของงาน วิธีการ และขั้นตอนในการดำเนินงานต่างๆ ขาดการวางแผน และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ต่อมากรีน และผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ (John Hopkins University) ได้พัฒนา PRECEDE สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัย และประเมินผลโครงการสุขภาพศึกษาและโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ (Green and Kreuter, 1999) ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อบัณฑิตที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัยคือปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์โดยเริ่มจากเป้าหมาย และสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะปัจจัยใดหลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1980 ได้ร่วมกับมาร์แชลครูเตอร์ (Marshall Kreuter) พัฒนา PROCEED เพิ่มเติม

แบบจำลอง PRECEDE - PROCEED เป็นแบบจำลองที่ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ร่วมกำหนดขอบข่ายสภาวะทางสุขภาพของบุคคลแบบจำลองนี้สร้างโดยกรีน และครูเตอร์ Green and Kreuter (1991) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะหลักคือ

1. ระยะการวินิจฉัย (การประเมินความต้องการที่จำเป็น) เรียกระยะนี้ว่า PRECEDE ย่อมาจากปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) การวินิจฉัยการศึกษา (Education Diagnosis) และการประเมิน (Evaluation) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Predisposing Reinforcing Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation หมายถึงการประเมินผลและวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมอันเนื่องมาจากปัจจัยนำปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้ออำนวย

2. ระยะพัฒนาการวางแผนส่งเสริมสุขภาพซึ่งดำเนินตามกระบวนการนับตั้งแต่การประเมินการวินิจฉัยการปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

องค์ประกอบในระยะที่ 2 นี้เรียกว่า PROCEED ที่ย่อมาจากนโยบาย (Policy) กฎข้อบังคับ (Regulator) การจัดองค์กร (Organizational Constructs) และพัฒนาการศึกษา และสิ่งแวดล้อม (Education and Environment Development) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Policy Regulatory and Organizational Construct in Educational and Environment Development หมายถึง การกำหนดนโยบายกฎข้อบังคับจัดองค์กรเพื่อพัฒนาการศึกษา และสิ่งแวดล้อม

PROCEED เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาโครงการ และการประเมินกิจกรรมที่เป็นการแก้ไขสุขภาพ (Intervention/ Treatment) ในกลุ่มเป้าหมายซึ่งประกอบด้วยมิติต่างๆ ทั้งทางด้านสังคมวิทยาพฤติกรรมระบาดวิทยาการบริหาร และการศึกษาอันเป็นปัจจัยหลากหลายที่อธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการทางอนามัยชุมชนต่างๆ เช่นโรงเรียนกลุ่มของผู้ป่วย และกลุ่มเฉพาะต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

PROCEEDเป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาเพิ่มเติมขึ้นมา และได้คำนึงถึงปัจจัยด้านแผนพัฒนาหรือนโยบาย (The Plan or Police) การควบคุมปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Regulated the Environment) การจัดการด้านแหล่งประโยชน์ และการบริการต่างๆ ที่ต้องมีในแผนหรือนโยบาย การบริการด้วย (Organize the Resources and Service)

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ PRECEDE – PROCEED Model

กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการแล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลซึ่งการวิเคราะห์ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1 – Social Diagnosis) ระยะนี้ต้องศึกษา และประเมินปัญหาทางสังคมซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินการต้องร่วมกันของผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ทางสังคม อย่างผสมผสานขั้นตอนการดำเนินการศึกษาข้อมูลอาจใช้วิธีการหลายอย่าง เช่น การสำรวจชุมชน การสัมภาษณ์การทำกลุ่มเฉพาะการสนทนากลุ่ม ฯลฯ

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2 – Epidemiological Diagnosis) ระยะที่ต้องศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้แก่ปัจจัยทางพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมศึกษาปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงต่อปัญหาสุขภาพ และที่ไม่เจาะจงแต่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีโดยอธิบายถึง 1) ความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ กับคุณภาพชีวิต 2) รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยสาเหตุเพื่อประโยชน์ในการเสนอการแก้ไข 3) ความเป็นไปได้ของความร่วมมือกันขององค์กรต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ตัวอย่างของข้อมูลระบาดวิทยาที่ต้องศึกษาได้แก่สถิติชี้พบความพิการอุบัติการณ์ของโรคต่างๆ อัตราตาย อัตราตายอัตราการเกิดโรค ฯลฯ

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม (Phase 3 – Behavior and Environment Diagnosis) การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับการศึกษาขั้นตอนที่ 2 อย่าง เป็นระบบเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล และสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ พันธุกรรมอายุเพศโรคภัยไข้เจ็บที่มีอยู่แล้วอากาศ สถานที่ทำงาน เป็นต้น ในขั้นนี้จะให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจาก พฤติกรรมของบุคคลอันเป็นสำคัญตลอดจนการวิเคราะห์ความสำคัญ และสามารถในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนั้นๆ เพื่อเป็นแนวทางการลำดับความสำคัญปัญหาในตารางเมตริกซ์ (The Behavioral Matrix)

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์ความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง
(Green and Kreuter, 1991)

ความสามารถในการ เปลี่ยนแปลง	ความสำคัญมาก (More Important)	ความสำคัญน้อย (Less Important)
เปลี่ยนแปลงได้มาก (More Changeable)	การจัดกิจกรรมแก้ไขในลำดับต้นๆ (High Priority) ส่วนที่ 1 (Quadrant I)	การจัดกิจกรรมแก้ไขขั้นกับ เหตุผลเชิงนโยบาย (Low Priority Except for Political) ส่วนที่ 3 (Quadrant III)
เปลี่ยนแปลงได้น้อย (Less Changeable)	การสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไข (Priority for Innovations Assessment Crucial) ส่วนที่ 2 (Quadrant II)	ไม่ต้องดำเนินการแก้ไข (No Program) ส่วนที่ 4 (Quadrant IV)

จากตาราง 5 ในส่วนที่ 1 และ 2 มีความสำคัญที่ต้องจัดกิจกรรมการแก้ไขส่วนที่ 3 ขึ้นอยู่กับเหตุผลเชิงนโยบาย และในส่วนที่ 4 ไม่ต้องดำเนินการแก้ไข

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4 – Education Diagnosis)
ในขั้นนี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ 3 ปัจจัย คือ

2.4.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็น ลักษณะ ของบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรมได้แก่ความรู้เจตคติค่านิยมความเชื่อต่างๆ การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจอายุเพศระดับการศึกษา เป็นต้น

1) ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไปถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

2) การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดจากการผสมกัน

ระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ แล้วคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่องพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3) ความเชื่อ หมายถึง ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1980, p. 72) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ 1) ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื่อเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย 2) ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวดมากหรือนานการเสียเวลาเสียเศรษฐกิจ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคาเวลา และสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไปเมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

4) ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

5) ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคลว่าการกระทำความคิดซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งผลดี และผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.4.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) เป็นลักษณะของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำหรือความชำนาญหรือลักษณะพฤติกรรมเฉพาะต่างๆ เช่น ระยะเวลาความสามารถในการเข้าถึงบริการต่างๆ ความสะดวกทักษะที่มีอยู่กฎระเบียบต่างๆ ฯลฯ

2.4.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดหวังจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตนสิ่งที่ได้รับอาจเป็นการให้รางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชยการยอมรับการลงโทษการไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น อิทธิพลของครอบครัวเพื่อนครูฯลฯซึ่งจะมีส่วนทำให้มีแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมชัดเจนขึ้น

2.5 ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 5 – Administrative and Policy) ระยะนี้ให้ความสำคัญกับการบริหาร และความตระหนักขององค์กรที่จะดำเนินโครงการ แก้ไขปัญหาได้แก่การประเมินทางด้านทรัพยากรการกระจาย และการจัดสรรงบประมาณการ กำหนดระยะเวลาของการดำเนินการการจัดบุคลากรการประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายใน และภายนอกต่างๆ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งด้านบวกคือทำให้โครงการบรรลุเป้าหมายหรือมี ผลตรงข้ามคือกลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ เช่น งบประมาณระยะเวลาความสามารถของ ผู้ดำเนินการตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร

3. ขั้นตอนในการใช้ PRECEDE – PROCEED Model

สำหรับส่วนของ PROCEED จะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

3.1 ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยนโยบายและการดำเนินงาน (Phase 6 – Implementation and Policy Diagnosis) เป็นระยะดำเนินโครงการแก้ปัญหาตามสาเหตุที่ วิเคราะห์ได้

3.2 ขั้นตอนที่ 7 (Phase 7 – Process) เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนิน โครงการในขั้นตอนที่ 6

3.3 ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลกระทบของโครงการ (Phase 8 – Impact Evaluation) เป็นการวัดประสิทธิผลโครงการ (Program effectiveness) ในรูปของการบรรลุตาม วัตถุประสงค์ของโครงการ และการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

3.4 ขั้นตอนที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Phase 9 – outcome evaluation) เป็นการวัด ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและสังคมหรือการเปลี่ยนคุณภาพชีวิตซึ่งมักใช้ เวลานานที่จะสามารถประเมินผลลัพธ์นี้ได้

โดยสรุปแบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกับกิจกรรมหลัก 2 ประการคือการพัฒนา การศึกษา และการจัดการสิ่งแวดล้อมสนับสนุนสภาวะการมีสุขภาพดีของบุคคลชุมชน และสังคม ตามแนวคิดของ Green and Kreuter (1991) ได้ให้ข้อเสนอว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็น การผสมผสานระหว่างการจัดการการสนับสนุนทางการศึกษา และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิด การกระทำ และสภาพการต่างๆ ของการอยู่อาศัยนำไปสู่สุขภาพอันสมบูรณ์” การกระทำหรือ พฤติกรรมที่เราได้ระบุถึงอาจเป็นได้ทั้งบุคคลกลุ่มคนหรือชุมชนผู้กำหนดนโยบายครูหรือบุคคลอื่นๆ ซึ่งการกระทำของเขาเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการคิดการตัดสินใจกระทำหรือปฏิบัติทางสุขภาพของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนนับว่าเป็นศูนย์กลางสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพแบบจำลอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด

ไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE Model ในขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทบทวนประเด็นปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร พบว่าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการศึกษาจากรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร และการศึกษาสำรวจพบว่า มีหลายเหตุปัจจัย แต่ผู้วิจัยสนใจเหตุปัจจัยอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงทำการวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งสรุปประเด็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการวิเคราะห์ทางการศึกษาในขั้นตอนที่ 4 มาใช้ในการทบทวนวรรณกรรม เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถใช้ในการวิเคราะห์ทางการบริหารในขั้นตอนที่ 5 สืบไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

ศิริมา มิตรเกษม (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคล ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และสื่อมวลชน สาเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จันทน์ เปี่ยมนุ่ม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกึ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยชีวทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ระดับความดันโลหิต ส่วนอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยในโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.05$) สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สุมาลี วัฒนากกร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ใช้สถิติประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้าน ร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 16 ($R^2 = 0.16$, $F = 5.518$, $p < 0.01$) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.347$, $t = -3.425$, $p < 0.01$)

บุบผาชาติ ทั่งาม, เยาวภา ตีอัสสุวรรณ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านโพธิ์ม่วง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุรินทร์ จากการศึกษาพบว่า อายุ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนการป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปฐญาภรณ์ ลามุน, นภาพร มัยมามงกูร และอนันต์ มาลรัตน์ (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์ (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่มีเพศ และญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

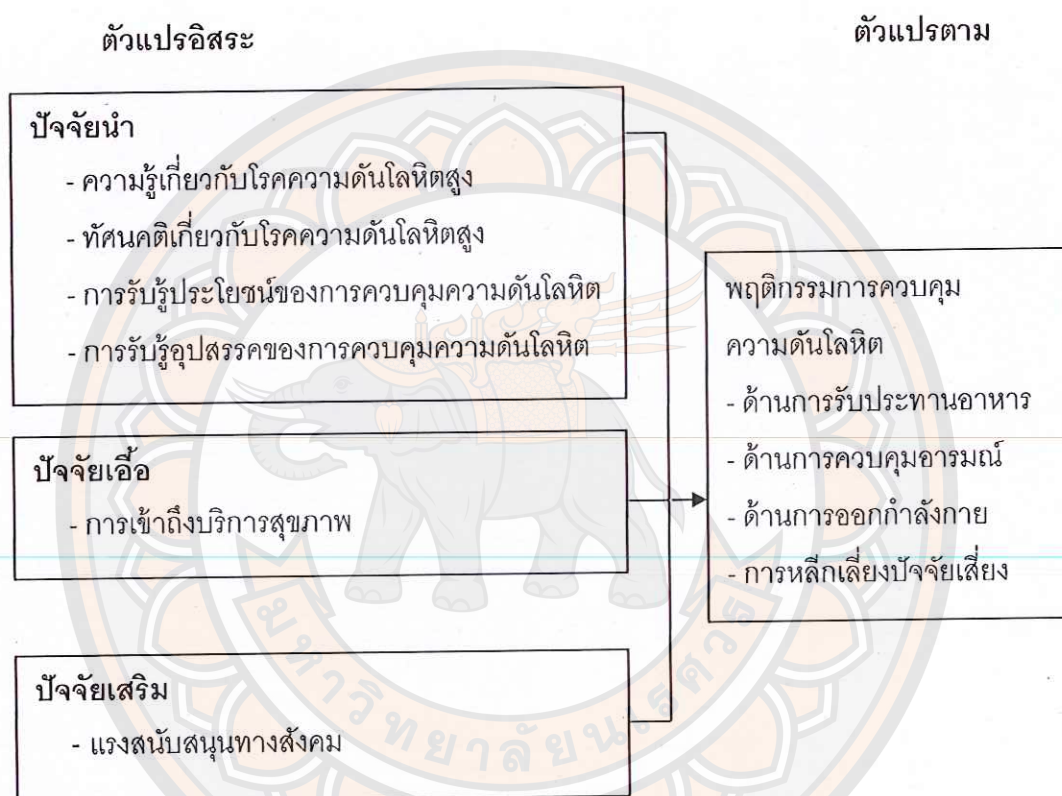
ขวัญใจ สุภรณ์ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตเมือง จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงคือ ปัจจัยด้านความรู้ และศาสนา โดยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} = 0.03$ ($r = 0.19$), 0.01 ($r = 0.22$) ตามลำดับ

นภาพร ห่วงสุขสกุล (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยหลัก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ปัจจัยร่วม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สุวรรณี ใจคำ (2556) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปงป่าป้อ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ได้แก่ วิธีการดูแลตนเองวิธีอื่นนอกจากการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการกินยาหรืออาหารเสริมเพิ่มเติม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE FRAMEWORK มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ไว้ดังนี้



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมดจำนวน 215 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ได้คำนวณจากสูตรขนาดตัวอย่างที่ใช้สำรวจเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ย

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N \sigma_x^2}{Z_{\alpha/2}^2 \sigma_x^2 + (N-1) \sigma^2}$$

เมื่อ

N = จำนวนประชากร (215 คน)

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด

คือ $\alpha/2 = 0.025$, $Z = 1.96$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ย กำหนด เท่ากับ .05

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการนำผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตเมืองของขวัญใจ สุกรนันท์ พบว่ามีค่าความแปรปรวน เท่ากับ 0.62 จึงนำมาใช้ในการกำหนดค่าความแปรปรวนครั้งนี้

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2 (215)(0.62)^2}{(1.96)^2 (0.62)^2 + (215-1)(0.05)^2}$$

$$= 157.82$$

$$n = 158 \text{ ตัวอย่าง}$$

เพื่อลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 173 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ICD 10: I10) มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

2. พุดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้

3. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย ยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยการกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. คำนวณช่วงของการเลือกตัวอย่าง ดังนี้

$$I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ

I = ช่วงของการเลือกตัวอย่างในการสุ่ม

N = จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่รพ.สต.

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องการ

$$\text{แทนค่า } I = \frac{215}{173} = 1.243 \approx 2$$

ดังนั้นระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 2

2. เลือกเลขสุ่ม (r) โดยใช้เทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (จับฉลาก) ทำการเลือกสุ่มรายชื่อจากทะเบียนผู้ป่วย โดยรายชื่อที่สุ่มได้จะใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สุ่มได้รายชื่อลำดับที่ 1 ของทะเบียนผู้ป่วย ดังนั้น $r = 1$

3. เริ่มต้นสุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มต้นลำดับที่ 1 จากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น หน่วยที่ตกเป็นตัวอย่างคือ $R, R+I, R+2I, R+3I, \dots, R+(n-1)I$

ดังนั้นจะได้ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในลำดับที่ 1, $[1+2]$, $[1+2(2)]$, $[1+3(2)]$, ..., $[1+172(2)]$

4. เมื่อสุ่มจนหมดจากทะเบียนได้ตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนให้ใช้วิธีวนกลับมาสุ่มใหม่จากทะเบียนเดิม โดยข้ามคนที่สุ่มได้แล้วจนครบจำนวนตัวอย่างที่กำหนด 173 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาป่วย ประวัติครอบครัว และการมีโรคประจำตัวอื่นๆ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเติมข้อความ (Open-ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 18 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน แต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก (Positive Statement) และลักษณะข้อความทางลบ (Negative Statement) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1
ไม่ทราบ	0	0

การประเมินผล ได้ประยุกต์การวิเคราะห์ระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ (เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรพงษ์, 2554) โดยกำหนดค่าคะแนนความรู้ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 18 คะแนน ดังนี้

- 0.00 – 8.99 คะแนน หมายความว่า มีความรู้ในระดับต่ำ
 9.00 – 13.99 คะแนน หมายความว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง
 14.00 – 18.00 คะแนน หมายความว่า มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีข้อความเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติทางบวก และข้อความที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติทางลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	3	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = .67 \end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้
 คะแนนเฉลี่ย

- 1.00 - 1.66 หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ
 1.67 - 2.33 หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง
 2.34 – 3.00 หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีข้อความเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อความเชิงบวก และข้อความเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	3	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = .67 \end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 - 1.66 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ

1.67 - 2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับ

ปานกลาง

2.34 - 3.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีข้อความเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อความเชิงบวก และข้อความเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	3	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = .67 \end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 - 1.66 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต อยู่ในระดับต่ำ

1.67 - 2.33 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับ

ปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 7 ข้อ มีข้อความเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อความเชิงบวก และข้อความเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	3	1
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = .67 \end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

1.00 - 1.66 หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

1.67 - 2.33 หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

2.34 – 3.00 หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีข้อความเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อความเชิงบวก และข้อความเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก(คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
ได้รับเป็นประจำ	3	1
ได้รับเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่ได้รับ	1	3

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = .67\end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้
คะแนนเฉลี่ย

1.00 - 1.66 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

1.67 - 2.33 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

2.34 - 3.00 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ มีข้อความเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อความเชิงบวก และข้อความเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก(คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) โดยมีสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = .67\end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

- 1.00 - 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ
 1.67 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง
 2.34 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก) ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสม ชัดเจนของภาษา โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- +1 ข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร
- 0 ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร
- 1 ข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับนิยามตัวแปร

จากนั้น นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item – Index of Item-Objective Congruence: IOC) ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์ ค่า CVI > 0.5 และค่า IOC > 0.5 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ การคำนวณหาค่า IOC และค่า CVI ของแบบสอบถาม แต่ละส่วน ได้ผลดังนี้

ตาราง 6 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อคำถาม และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

แบบสอบถาม	ค่า IOC	ค่า CVI
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.67 – 1	0.81
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	1	1
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต	0.67 – 1	0.93
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต	0.67 – 1	0.93
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	1	1
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.67 – 1	0.95
พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต	1	1

2. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) ดำเนินการโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน ต่อกันนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) และใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach, 1951, pp.297-344) กำหนดเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปจึงจะถือว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีความเชื่อถือได้ และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ผล ดังนี้

ตาราง 7 แสดงค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

แบบสอบถาม	Reliability
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.765
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.702
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต	0.829
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต	0.769
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.860
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.837
พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต	0.718

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย
3. ผู้วิจัยได้ให้ความมั่นใจว่าการศึกษาครั้งนี้จะไม่เกิดผลเสียแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง จะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย ไม่มีผู้อื่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น และในระหว่างการให้ข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่ได้รับความเป็นธรรม สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตามต้องการ

4. ผู้วิจัยจะให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างในการเลือกสถานที่และเวลาในการให้ข้อมูล เพื่อความเป็นธรรมของกลุ่มตัวอย่าง

5. กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาหรือตอบรับการศึกษด้วยความสมัครใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยอ่านคำถามและอธิบายรายละเอียดในข้อที่กลุ่มตัวอย่างสงสัย ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และตอบคำถามที่ละข้อจนครบคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2558 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2558

2. ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. เมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 173 ราย ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเก็บข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยรับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตามนัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการตามนัด ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรายชื่อเพื่อออกติดตามเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย ตามวันเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก ในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของการตอบแบบสอบถาม กำหนดรหัส และบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ พร้อมทั้งดำเนินการประมวลผล โดยกำหนด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาป่วย การมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการมีโรคประจำตัวอื่นๆ ใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต ใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.5 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทศนคติ การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

2.2 วิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรู้ ทศนคติ การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 173 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 173 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยการนำเสนอแบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 7 ข้อมูลอำนาจในการทำนายของ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเกศกาสร จำแนกตามเพศ อายุ
อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ญาติสายตรง
เป็นโรคความดัน และโรคประจำตัวอื่นๆ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนตัว (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	32.9
หญิง	116	67.1
อายุ (ปี)		
≤ 49 ปี	30	17.3
50 - 59	60	34.7
≥ 60 ปี	83	48.0
Min = 36.00, Max = 88.00, $\bar{X}$ = 59.92, S.D. = 10.50		
อาชีพ		
รับจ้าง	37	21.4
ค้าขาย	9	5.2
ข้าราชการบำนาญ	3	1.7
เกษตรกรรม	69	39.9
แม่บ้าน	25	14.45
ว่างงาน	30	17.35
รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน		
ไม่เพียงพอ	78	45.1
เพียงพอ	93	53.8
มีเหลือเก็บ	2	1.2

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนตัว (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	27	15.6
ประถมศึกษา	132	76.3
มัธยมศึกษา	11	6.30
อุดมศึกษา	3	1.8
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
1 – 5 ปี	105	60.7
6 – 10 ปี	48	27.7
11 ปีขึ้นไป	20	11.6
Min = 1.00, Max = 25.00, $\bar{X}$ = 5.86, S.D. = 5.08		
ญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	61	35.3
มี	74	42.7
ไม่ทราบ	38	22.0
โรคประจำตัวอื่นๆ (โรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว)		
ไม่มี	97	56.1
อัมพฤกษ์	5	2.9
อัมพาต	1	0.6
โรคหัวใจ	7	4.0
โรคเบาหวาน	33	19.1
ไขมัน	28	16.1
ไตวาย	16	9.2

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.10 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48.00 อยู่ใน
 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 59.92 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.50 ปี
 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.90 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.80 มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ละ
 เดือน ร้อยละ 76.30 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.70 มีระยะเวลาที่ได้รับ

การวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี โดยมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย เท่ากับ 5.86 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.08 ปี ร้อยละ 42.70 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.10 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต

ตาราง 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการแปลผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (14.00 – 18.00 คะแนน)	59	34.10
ระดับปานกลาง (9.00 – 13.99 คะแนน)	102	59.00
ระดับต่ำ (0.00 – 8.99 คะแนน)	12	6.90

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.00 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 34.10 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง มีเพียงร้อยละ 6.90 ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำแนก ตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
คนที่ได้รับการรักษาเหมือนกันจึงซื้อยาเองได้	1.00	3.00	2.84	0.45	สูง
เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้วสามารถหยุดยาได้เอง	1.00	3.00	2.78	0.55	สูง
ถ้าไม่รักษาอย่างถูกต้องจะทำให้อายุสั้น	1.00	3.00	2.69	0.62	สูง
ไม่ต้องตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าปฏิบัติตนได้ถูกต้อง	1.00	3.00	2.69	0.63	สูง
การเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องของโชคชะตา	1.00	3.00	2.63	0.57	สูง
คนที่เป็นจำเป็นต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลทุกราย	1.00	3.00	2.54	0.71	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
การหยุดยาในบางเมื่อไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต	1.00	3.00	2.45	0.73	สูง
การทำงานบ้านช่วยควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้	1.00	3.00	2.27	0.72	ปานกลาง
ไม่ต้องคุมอาหารหรือออกกำลังกายถ้าทานยาตามสั่ง	1.00	3.00	2.16	0.88	ปานกลาง
ดูแลสุขภาพดีอย่างไร ก็หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนไม่ได้	1.00	3.00	1.94	0.83	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม	1.60	3.00	2.50	0.30	สูง

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.50$, S.D. = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง จำนวน 7 ข้อ อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 3 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “คนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาเหมือนกันทุกราย จึงสามารถซื้อยามารับประทานเองได้โดยไม่ต้องพบแพทย์” ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 0.45) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ไม่ว่าจะดูแลสุขภาพดีอย่างไร ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้” ($\bar{X} = 1.94$, S.D. = 0.83)

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
วัดความดันเดือนละ 1 ครั้งทำให้ทราบระดับที่ผิดปกติ	2.00	3.00	2.95	0.22	สูง
พบแพทย์ตามนัดทำให้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง	1.00	3.00	2.90	0.34	สูง
การรับประทานยาตามแผนทำให้ควบคุมความดันได้	1.00	3.00	2.80	0.45	สูง
การลดภาวะเครียดช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลง	1.00	3.00	2.78	0.46	สูง
การสังเกตอาการทำให้ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่	2.00	3.00	2.75	0.43	สูง
การออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่นระดับความดันไม่เพิ่ม	1.00	3.00	2.69	0.53	สูง
เมื่อรับยาตัวใหม่ จะถามถึงผลข้างเคียงของยาดังนั้น	1.00	3.00	2.48	0.61	สูง
หลีกเลี่ยงขนมหวานป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงได้	1.00	3.00	2.47	0.66	สูง
งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้	1.00	3.00	2.45	0.77	สูง
การออกกำลังกายควบคุมระดับความดันโลหิตได้	1.00	3.00	2.40	0.73	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต โดยรวม	1.60	3.00	2.67	0.28	สูง

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 0.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตทุกข้อ อยู่ในระดับสูง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "ท่านคิดว่าการวัดความดันโลหิตเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้ทราบระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติ" ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.22) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "ท่านคิดว่า หากท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในเรื่องของการออกกำลังกายจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้" ($\bar{X} = 2.40$, S.D. = 0.73)

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
การควบคุมอาหารเป็นภาระครอบครัวในการจัดเตรียม	1.00	3.00	2.03	0.81	ปานกลาง
ไม่สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากไม่มีเวลา	1.00	3.00	1.94	0.70	ปานกลาง
การพักผ่อนคลายเครียดทำได้ยากเนื่องจากไม่มีเวลา	1.00	3.00	1.94	0.74	ปานกลาง
เมื่ออยู่ในภาวะเครียดไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้	1.00	3.00	1.87	0.74	ปานกลาง
ไม่สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์	1.00	3.00	1.84	0.72	ปานกลาง
มาพบแพทย์เพื่อรับยาและตรวจตามนัดทำให้เสียรายได้	1.00	3.00	1.78	0.67	ปานกลาง
รับประทานผักผลไม้สดทำได้ยากเนื่องจากหาซื้อยาก	1.00	3.00	1.76	0.71	ปานกลาง
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากลืมเวลา	1.00	3.00	1.71	0.70	ปานกลาง
ลดละเลิกดื่มสุราทำได้ยากเพราะเพื่อนส่วนใหญ่ดื่ม	1.00	3.00	1.57	0.76	ต่ำ
ไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากติดภาระงานประจำ	1.00	3.00	1.40	0.79	ต่ำ
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต โดยรวม	1.00	3.00	1.78	0.40	ปานกลาง

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 ข้อ อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 2 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นภาระของครอบครัวในการจัดเตรียม" ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 0.81) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "ท่านคิดว่าการที่ท่านไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ทุกครั้งเนื่องจากติดภาระงานประจำ" ($\bar{X} = 1.40$, S.D. = 0.79)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเข้าถึงบริการสุขภาพ
จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
สถานพยาบาลอยู่ในที่เหมาะสมเดินทางสะดวก	1.00	3.00	2.82	0.40	สูง
บุคลากรมีความพร้อมและเพียงพอในการให้บริการ	2.00	3.00	2.80	0.40	สูง
ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการมีความเหมาะสม	1.00	3.00	2.71	0.48	สูง
การเดินทางจากบ้านมายังสถานพยาบาลสะดวก	1.00	3.00	2.71	0.62	สูง
ค่าเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาลไม่แพง	1.00	3.00	2.70	0.53	สูง
ระยะเวลาจากบ้านมายังสถานพยาบาลใช้เวลาไม่นาน	1.00	3.00	2.70	0.56	สูง
ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอตรวจมีความเหมาะสม	1.00	3.00	2.60	0.53	สูง
การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยรวม	1.71	3.00	2.72	0.35	สูง

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทุกข้อ อยู่ในระดับสูง โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "ท่านคิดว่าสถานที่ตั้งสถานพยาบาล อยู่ในที่ที่เหมาะสมสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการ" ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.40) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "ท่านคิดว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการรอน้ำห้องตรวจก่อนได้รับการตรวจรักษา มีความเหมาะสม" ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.53)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ได้รับคำแนะนำการทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์	1.00	3.00	2.86	0.39	สูง
บุคลากรทางการแพทย์แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1.00	3.00	2.75	0.48	สูง
บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ	1.00	3.00	2.75	0.52	สูง
ครอบครัวแนะนำพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ	1.00	3.00	2.60	0.56	สูง
ครอบครัวเตือนให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	1.00	3.00	2.60	0.58	สูง
ครอบครัวพามาตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง	1.00	3.00	2.52	0.60	สูง
ครอบครัวเตือนเมื่อไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	1.00	3.00	2.49	0.58	สูง
ครอบครัวถามอาการ ผลการตรวจ และการนัดหมาย	1.00	3.00	2.47	0.65	สูง
ครอบครัวกระตุ้นเตือนให้หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม.	1.00	3.00	2.38	0.68	สูง
เพื่อนบ้าน ให้คำแนะนำเมื่อมีอาการแทรกซ้อน	1.00	3.00	2.05	0.58	ปานกลาง
ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านที่เป็นความดันโลหิตสูง	1.00	3.00	1.94	0.69	ปานกลาง
เพื่อนบ้านจะชวนท่านไปออกกำลังกาย	1.00	3.00	1.60	0.62	ต่ำ
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	1.33	3.00	2.42	0.34	สูง

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.42$, S.D. = 0.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง จำนวน 6 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 1 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "ท่านได้รับคำแนะนำในการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์" ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.56) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "เพื่อนบ้านจะชวนท่านไปออกกำลังกาย" ($\bar{X} = 1.60$, S.D. = 0.62)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม รายข้อ และโดยรวม และการแปลผล

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	1.00	3.00	2.87	0.33	ดี
รับประทานยาตรงเวลาและครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	1.00	3.00	2.87	0.37	ดี
ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเอง	1.00	3.00	2.83	0.39	ดี
รีบไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ	1.00	3.00	2.76	0.45	ดี
ดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.00	3.00	2.57	0.66	ดี
รับประทานอาหารผักและผลไม้สดอย่างไม่จำกัด	1.00	3.00	2.55	0.52	ดี
เมื่อเกิดปัญหาทำให้ใจให้สงบและค่อยๆหาทางแก้ปัญหา	1.00	3.00	2.43	0.55	ดี
ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน	1.00	3.00	2.20	0.65	ปานกลาง
ลิ้มรับประทานยาท่านจะข้ามมื้อนั้นไปเลย	1.00	3.00	2.20	0.76	ปานกลาง
ปรับทุกข์กับญาติหรือเพื่อนสนิทเวลาที่ท่านมีปัญหา	1.00	3.00	2.19	0.49	ปานกลาง
อ่านข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	1.00	3.00	2.10	0.70	ปานกลาง
ออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที	1.00	3.00	2.09	0.64	ปานกลาง
รับประทานอาหารหวานที่มีส่วนผสมของกะทิ	1.00	3.00	2.02	0.28	ปานกลาง
รับประทานอาหารรสเค็มเช่นปลาเค็มของหมักผงบรดี	1.00	3.00	2.02	0.42	ปานกลาง
รับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น	1.00	3.00	2.01	0.55	ปานกลาง
พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม	1.80	2.80	2.38	0.18	ดี

จากตาราง 15 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.38$, S.D. = 0.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อยู่ในระดับดี จำนวน 7 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 8 ข้อ โดยรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดมีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ “ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว” ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.33) และ “ท่านรับประทานยาตรงเวลาและครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง” ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.37)

0.37) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ท่านรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ปลาหมึก อาหารทอด” ($\bar{X} = 2.01$, S.D. = 0.18)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	พฤติกรรม	
	การควบคุมความดันโลหิต	
	r	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	-0.036	0.639
ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.382**	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต	-0.107	0.159
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต	-0.239*	0.002
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-0.323**	< 0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.300**	< 0.001

**p < 0.01, *p < 0.05

จากตาราง 16 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = -0.036$, $p = 0.639$) ส่วนทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.382$, $p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = -0.107$, $p = 0.159$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์เชิงลบ อยู่ในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการ

การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.239$, $p = 0.002$)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงลบ อยู่ในระดับปานกลาง กับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.323$, $p < 0.001$)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับปานกลางกับ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.300$, $p < 0.001$)

ส่วนที่ 7 ข้อมูลอำนาจในการทำนายของ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิด เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ตาราง 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต สูง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุม ความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึง บริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมการ ควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ตัวแปรทำนาย	R ²	b	Beta	t	p
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.146	0.192	0.317	4.941**	< 0.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.227	-0.175	-0.330	5.133**	< 0.001
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.322	0.168	0.313	4.863**	< 0.001
Constant (a) = 1.970	R square = 0.322		Adjusted R square = 0.310		
F = 26.730	p < 0.001				

** $p < 0.01$

จากตาราง 17 เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นคือ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยการนำค่าที่ได้เทียบเกณฑ์การแปลค่าของ Durbin-Watson กำหนดค่าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5 – 2.5) (เพชรน้อย สิงห์ขำชัย, 2549; Pasiouras, Tanna, and Zopounidis, 2005) และตัวแปรอิสระด้วยกันจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) r น้อยกว่า 0.85 และดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) ต้องไม่เกิน 10 และค่า Tolerance มีค่าสูงสุดไม่เกิน 1 (ภาคผนวก ง) จากการศึกษาครั้งนี้ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่าไม่มีตัวทำนายคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงกว่า 0.85 จึงไม่ก่อให้เกิดปัญหา Multicollinearity และค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.698 แสดงให้เห็นว่าค่าคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก คือทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.146 แสดงว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้ร้อยละ 14.60 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 2 คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.227 แสดงว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้ร้อยละ 22.70 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.322 แสดงว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้ร้อยละ 32.20 แต่เมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จึงยุติลง ณ ขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } \hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

เมื่อ $\hat{Y}$ = พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด

ไม่ทราบสาเหตุ

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

x_1 = ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

x_2 = การเข้าถึงบริการสุขภาพ

x_3 = การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้น

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต = $2.098 + 0.192$ (ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง) -0.175 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) $+ 0.168$ (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม)

จากสมการแสดงว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.192 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนน พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.192 หน่วย

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ -0.175 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จะลดลงเท่ากับ 0.175 หน่วย

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเท่ากับ 0.168 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.168 หน่วย

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 173 คน โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และปรับปรุงจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหา สาระ และโครงสร้างครอบคลุมตามจุดมุ่งหมาย ของการวิจัย ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา (Cronbach Alpha Coefficient) หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ ทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยสามารถอธิบายตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัด กำแพงเพชร ด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.10 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48.00 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.90 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.80 มีรายได้ เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน ร้อยละ 76.30 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.70 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 42.70 มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 56.10 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ด้านปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง และมีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเอื้อพบว่า มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง และด้านปัจจัยเสริม พบว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สำหรับผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับดี

2. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์ ($r = -0.036, p = 0.639$; $r = -0.107, p = 0.159$) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวก และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.382, p < 0.001$; $r = -0.239, p = 0.002$) ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.323, p < 0.001$) และด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้แรงสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.300, p < 0.001$)

3. ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายได้ดีที่สุดมี 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้ร้อยละ 32.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จุดมุ่งหมายของการวิจัย ข้อ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตและการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = -0.036$, $p = 0.639$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับใดก็ตาม ไม่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต กรีน (Green, et al, 1980) กล่าวว่าความรู้เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม โดยความรู้เป็นกลไกขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล มีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Pender, 1987) แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ยังต้องอาศัยปัจจัยด้านอื่นๆ ร่วมด้วย (สุกิจ ไชยชมภู และคณะ, 2555) จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.00 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสรทุกคนจะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทุกครั้ง ซึ่งอาจเป็นความรู้เรื่องเดิมซ้ำๆ เป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากในบางครั้งความรู้ที่ได้รับอาจไม่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.38$, $S.D. = 0.18$) แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ดังนั้นอาจไม่ใช่ปัจจัยด้านความรู้เพียงอย่างเดียวแต่อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านการดูแล กระตุ้นและติดตาม การรับประทานอาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับดีเช่นกัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลชีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (สุภาพร พูลเพิ่ม, 2554) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการวิจัย พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.382, p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับดีด้วย เนื่องจากทัศนคติมีผลต่อแนวโน้มของจิตใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อสะสมกันมา และผ่านการประเมินคุณค่าในลักษณะของผลเชิงบวกหรือเชิงลบจากบุคคลนั้นๆ แล้ว (Green, et al., 1980) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่กล่าวว่า ทัศนคติมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อ โดยทั่วไปบุคคลที่เชื่อว่าหากกระทำพฤติกรรมอย่างหนึ่งผลลัพธ์จะออกมาในแง่บวก ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น แต่หากเชื่อว่าผลลัพธ์จะไม่ดีก็จะมีทัศนคติไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Fishbein and Ajzen, 1975) และการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.50, S.D. = 0.30$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาและดูแลสุขภาพให้ดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เพราะเชื่อว่าจะทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพที่ดี การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง จังหวัดนครปฐม (สุรชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์, 2544) ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (ปฐญาภรณ์ ลาธุณ และคณะ, 2554) ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .238, p < .05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร (เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ($r = -0.107, p = 0.159$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตในระดับใดก็ตาม ไม่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งขัดแย้งจากแนวคิดของ Becker ที่อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ (Becker, 1974) ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.67, S.D. = 0.28$) ดังนั้นการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตจึงอาจขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนี้โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย และทั้งนี้อาจเนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำตัวแปรทั้งหมดตามแนวคิดของ Becker มาศึกษาซึ่งตัวแปรเหล่านั้นอาจมีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สุภาพ ไบแก้ว, 2528) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี (จันทน์ เปี่ยมนุ่ม, 2550) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สุมาลี วังนากกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการวิจัย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.239, p = 0.002$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระดับดีในทางตรงกันข้าม กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตในระดับสูง

จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระดับต่ำ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า บุคคลจะประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความรู้สึกหรือการคาดคะเนของตนเอง หากเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อย บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) และการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$, S.D. = 0.40) ซึ่ง พบว่ามีการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ คิดว่าการควบคุมอาหารเป็นภาระของครอบครัวในการจัดเตรียม ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตเหล่านี้ มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติและมีอุปสรรคมากพฤติกรรมนั้นจะไม่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงและรับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็จะมากขึ้น (Pender, 1996) การวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ปราวณี ทองพิลา, 2541) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจุฬารัตน์พิกุล จังหวัดร้อยเอ็ด (อารักษ์า ใจธรรม, 2545) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สุมาลี วัฒนากกร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราวณี คำจันทร์ (2551) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.347$, $p < .01$)

จุดมุ่งหมายของการวิจัย ข้อ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

การเข้าถึงบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการวิจัย พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.323, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระดับดี ในทางตรงกันข้าม กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระดับต่ำ ซึ่งอธิบายจากแนวคิดของซูลซ์ และจอห์นสัน ได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นจะต้องประกอบด้วย ความเพียงพอของบริการคือ ความเพียงพอของผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการคือ มีสถานที่ตั้งที่สามารถให้บริการได้โดยสะดวก ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการคือ การได้รับบริการอย่างรวดเร็วมีการนัดหมายที่ไม่ยุ่งยาก ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ คือราคาค่าบริการที่ผู้ป่วยสามารถจะจ่ายได้ และการยอมรับในการใช้บริการคือการยอมรับลักษณะบุคลากร ความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาล (Schulz and Johnson, 1990) และการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.72, S.D. = 0.35$) เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรศาสตร์ ตั้งอยู่ในจุดศูนย์กลางของตำบลช่องลม ให้ระยะเวลาเดินทางไม่เกิน 15 นาที เพราะมีระยะทางไม่ไกล ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปได้ง่าย อีกทั้งยังมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการอย่างเพียงพอและยังมีการจัดบริการอย่างเป็นระบบ ซึ่งการเข้าถึงบริการเป็นความสามารถในการเข้าไปใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพอันหมายถึงมีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถเข้าไปใช้สถานบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในการเข้ามาใช้บริการทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (กุสุมา กังหลี, 2557) ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับสูง แต่มีแนวโน้มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระดับต่ำ ซึ่งข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82.70 มีการรับรู้ว่าสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลอยู่ในที่ที่เหมาะสม ร้อยละ 79.80 มีการรับรู้ว่าคุณภาพในสถานพยาบาลมีความพร้อมและเพียงพอในการให้บริการ และการเดินทางจากบ้านมายังสถานบริการมีความสะดวก ร้อยละ 75.10 มีการรับรู้ว่าระยะเวลาเดินทางจากบ้านมายังสถานบริการใช้เวลาไม่นาน ซึ่งแสดงให้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าตนเองอาศัยอยู่ใกล้สถานพยาบาล อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าจะมาใช้บริการเมื่อใดก็ได้ที่มีอาการเจ็บป่วย จึงทำให้ละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี (มุทิตา วรรณชาติ, 2558) ที่พบว่า ระยะทางในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จุดมุ่งหมายของการวิจัย ข้อ 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.300, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระดับดีด้วย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม นั้นคือการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ และทรัพยากร รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และกำลังใจเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคคลอื่น ดังนั้นสังคม ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ล้วนมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม และการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.42, S.D. = 0.34$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ (ศิริมา มิตรเกษม, 2548) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (ปฐญาภรณ์ ลาลุน และคณะ, 2554) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี (เนาวพร ห่วงสกุล, 2555) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดมุ่งหมายของการวิจัย ข้อ 5 เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายได้ดีที่สุดมี 3 ตัวแปร เรียงตามลำดับของค่าอำนาจนัยได้ดังนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 32.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรีน (Green, et al., 1980) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยแต่ละอย่างจะมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะต้องพิจารณาองค์ประกอบหลายๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สำคัญ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อนจึงสามารถวางแผน หรือกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนสนิท การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

พฤติกรรม การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.90

จากข้อค้นพบดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ ดังนั้นการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยหลายๆ ปัจจัยร่วมกันเสมอ ไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาเพียงปัจจัยเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จึงควรพิจารณาเพื่อปรับรูปแบบในการสอนสุขภาพที่เน้นให้ บุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับผู้ป่วยค้นหาและจัดการสิ่งที่เป็นอุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ดีต่อการปฏิบัติ ก่อให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการกระทำนั้นๆ ซึ่งจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงควรจัดกิจกรรมพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืน

3. จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ยังมีความเข้าใจผิดว่า หากลืมรับประทานยา ไม่สามารถรับประทานยาทดแทนมื้อต่อไปได้ และมีความเชื่อว่า ไม่ว่าจะดูแลสุขภาพตนเองดีอย่างไร ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงควรสนับสนุนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น และปรับทัศนคติของผู้ป่วยให้มีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนั้น สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อยืนยันผลการวิจัยในการที่จะนำไปใช้ได้อย่างชัดเจน
2. ศึกษาเชิงลึกถึงกระบวนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อนำปัญหาและอุปสรรคมาปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล





บรรณานุกรม

- กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, รัตนา พึ่งเสมา และสมจิตร นครพานิชย. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 26(1), 32-50.
- กอมณี สุรวงษ์สิน. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- กุสุมา กังหลี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 256-268.
- ขวัญใจ สุกรนันท์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตเมือง. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 31(3), 237-246.
- จรุง วรบุตร. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- จันทน์ เปี่ยมนุ่ม. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี. การศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเอง วท.ม., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- ฉัตรชนก รุ่งรัตน์มณีมาศ. (2555). การออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล. (2555). การจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชุมศักดิ์ พุกษาพงศ์. (2547). คู่มือโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ.
- ณอม สุภาพร. (2549). รายงานข้อมูลผลการลงทะเบียนรักษาทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2549. วารสารสมาคมโรคไตประเทศไทย, 13(1), 45-49.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2546). ความฉลาดทางอารมณ์จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มติชน.

- นภาพร ห่วงสุขสกุล. (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์. ส.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัย มข., 16(6),
749-758.
- บุบผาชาติ ทุ่งาม, เยาวภา ตีอัสสุวรรณ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อ
การปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงใน
เขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านโพนม่วง อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. ใน
การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ครั้งที่ 2 (หน้า 1-13). สุโขทัย: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปฐญาภรณ์ ลามุน, นภาพร มัชฌมางกูร และอนันต์ มาลรัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาล
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารการแพทย์
และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 18(3), 160-169.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ปรานี
ทองพิลา.
- พัฒน์ บุญกาพิมพ์. (2554). การจัดการสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ในโรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ ร.บ.ม., สถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2550). ความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย: บทบาทของพยาบาล.
วารสารพยาบาล, 56(1-2), 10-22.
- พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริ วลีวีร์ และสุนันท์ ศลโกสม. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข.
วารสารเกื้อการุณย์, 19, 60-74.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับ
การวิจัยทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย มั่นแสงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์.
(2558). คุณภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร
สาธารณสุขศาสตร์ ฉบับพิเศษ, 1, 18-29.

- ยวดี รอดจากภัย, รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(1), 61-78.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร. (2557). รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2556. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร.
- วันทนี เกรัมย์สินยศ. (2553). อาหารแนว DASH ตอนที่ 6. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2556, จาก <http://www.inmu.mahidol.ac.th/th/knowledge/view.php?id=336>
- ศิริมา มิตรเกษม. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ. การศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเอง. วท.ม., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สุภวรรณ มโนสุนทร. (2553). รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2556, จาก http://www.interfethailand.net/forecast/files/report_2012/report_2012_11_no01.pdf
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2548). อาหารลดความดันเลือดสูง. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558, จาก <http://www.doctor.or.th/article/detail/1899>
- สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่มที่ 2) (พิมพ์ครั้งที่ 15, หน้า 129-163). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ศักดิ์. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สันติ ธรรมชาติ. (2545). สุขภาพจิตในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในงานของผู้บริหารธนาคารออมสิน สำนักงานใหญ่. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2557). อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกำแพงเพชร. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558, จาก http://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=e46c73b57c9eeb2f07759a9e9bc50fb3

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). สถิติสาธารณสุขปี พ.ศ.2554. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2556, จาก http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_54.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2558, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical2556.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2558, จาก http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_54.pdf
- สำนักโรคติดต่อ สำนักโรคติดต่อ. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 44(10), 145-152.
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ด้วยโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2556, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์. กศ.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สุกิจ ไชยชมภู, พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริ วสีวีร์ และสุนันท์ ศลโกสม. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเกื้อการุณย์, 19(2), 60-74.
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สุภัทร ชูประดิษฐ์ (2554). พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร และการรณรงค์ด้านสุขภาพ.
- สุภาพ ไบแก้ว. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์. วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- สุภาพร พูลเพิ่ม. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลชีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 5(2), 49-54.
- สมาลี วังนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-547.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2550). คู่มือหมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุวรรณ ใจคำ. (2556). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางป่าป้อ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระ, สม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เสาวนีย์ ศรีตระกูล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ธรากุล, โพนม บัลดังโพธิ์ และอุษา เกานิล. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 29(1), 49-58.
- อารักขา ใจธรรม. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อุบล เลี้ยววาริน. (2534). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ด., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพฯ.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (2002). Understanding attitude and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall.
- Becker, M. (1974). The health belief model and sick role behavior. New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M. and Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. Journal of Community Health, 6(2), 113-131.
- Best, J. (1977). Research in education. New Jersey: Prentice Hall.
- Cobb, S. (1979). Social support as a moderator for life street. New York: Psychosomatic Medicine.
- Cronbach, L. J. 1970. Essential of psychological testing. New York: Harper and Row.

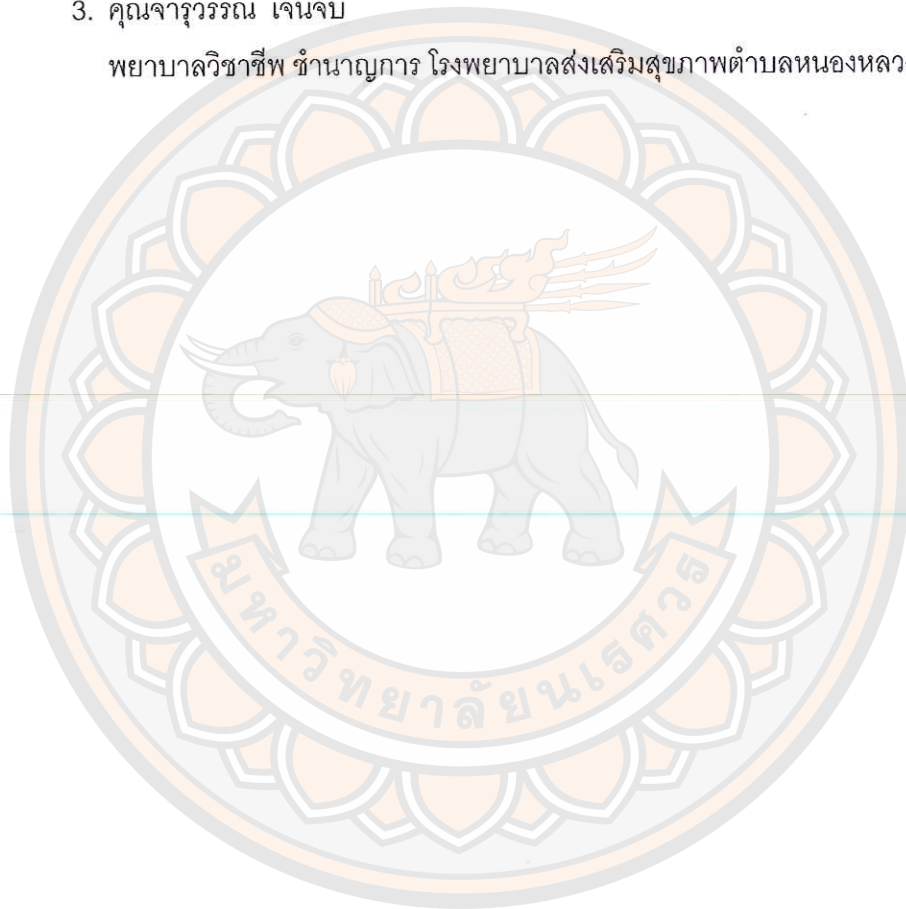
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research reading*. MA: Addison-Wesley.
- Green, L. and Kreuter, M. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View, C.A.: Mayfield.
- Green, L. W. and Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach* (2nd ed.). Palo Alto: Mayfield.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G. and Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. California: Mayfield.
- Kaplan, E. (2002). Serendipity in science: A personal account. In T. Stringer, E. Cooley and A.L. Christensen (Eds.), *Pathways to prominence in neuropsychology: Reflections of twentieth century pioneers*. New York: Psychology.
- Kasl, S. A. and Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior: Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 244-266.
- Orem, D. E., Taylor, S. G. and Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pasiouras, F., Tanna, S. and Zopounidis, C., (2005). *Application of quantitative techniques for the prediction of bank acquisition targets*. Singapore: World Scientific.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Schulz, R. and Johnson, A. C. (1990). *Management of hospitals and health services: Strategic issues and performance* (3rd ed.). St Louis: Mosby.
- World Health Organization and International Society of Hypertension. (1999). 1999 World health organization-international society of hypertension guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 17(2), 151-183.
- World Health Organization. (1998). *The world health report 1998*. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. คุณพิมพ์า แอ่อ่วม
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลานกระบือ
3. คุณจารุวรรณ เจนจบ
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง



ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจงตอบแบบสอบถาม

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาลัทธิสุทธสาธรรณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องเขียนชื่อ – สกุล ที่อยู่ ของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการศึกษาเพื่อทำการวิจัยในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ในทางตรงกันข้ามข้อมูลที่ท่านตอบจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

แบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 15 ข้อ

โดยให้ท่านอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนลงมือทำ และโปรดตอบให้ครบทุกข้อคำถามตามประเด็นนั้นๆ ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร

อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมรายละเอียดลงใน

ช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มปีถึงวันที่สัมภาษณ์)
3. อาชีพ () 1. รับจ้าง () 2. ค้าขาย
() 3. ข้าราชการบำนาญ () 4. เกษตรกรรม
() 5. ธุรกิจส่วนตัว () 6. อื่น ๆ ระบุ.....
4. รายได้ของท่านเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ละเดือนหรือไม่
() 1. ไม่เพียงพอ () 2. เพียงพอ
() 3. มีเหลือเก็บ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ชั้นประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.3) () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6)/ ปวช.
() 5. อนุปริญญา/ ปวส. () 6. ปริญญาตรี
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี
6. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี
7. ท่านมีญาติสายตรงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
() 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....
() 3. ไม่ทราบ
8. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆ (โรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
() 1. ไม่มี () 2. อัมพฤกษ์
() 3. อัมพาต () 4. โรคหัวใจ
() 5. โรคเบาหวาน () 6. โรคอื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ให้ตรงกับข้อความทางซ้ายมือ เพียงช่องเดียว ตามที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบ ถ้าตอบถูกต้อง ให้ลงในช่อง คำตอบ "ใช่" ถ้าตอบไม่ถูกต้อง ให้ลงในช่องคำตอบ "ไม่ใช่" และถ้าตอบไม่ทราบให้ลงในช่องคำตอบ "ไม่ทราบ"

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	เมื่ออายุเพิ่มขึ้น มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว มากขึ้น			
2	ถ้าบิดามารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง บุตรก็มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย			
3	คนที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติ			
4	คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง			
5	การที่มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและควบคุมไม่ได้ อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน และเป็นอัมพาตได้			
6	สัญญาณอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง			
7	เมื่อมีอาการใจสั่น ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง ต้องรีบปรึกษาแพทย์ความดันโลหิต เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า			
8	การควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่จำเป็นต้องยา แต่สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารให้เหมาะสม และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ			
9	การรับประทานอาหารรสเค็ม จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น			
10	การใช้ไขมันพืช เช่น ไขมันถั่วเหลือง ไขมันรำข้าว ไขมันงา ในการประกอบอาหาร จะช่วยลดไขมันในเลือดได้			
11	อาหารที่ทำจากมะพร้าวหรือกะทิ เช่น แกงหรือผัดใส่กะทิ ขนมที่มีกะทิหรือกวนกับกะทิ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น			

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
12	การออกกำลังกายหรือแบกของ ลาก ดึง หรือดันของหนักจะทำให้ระดับความดันโลหิต สูงขึ้นได้			
13	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที			
14	การผ่อนคลายความเครียด เช่น การท่องเที่ยว การทำสมาธิ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้			
15	การดื่มสุรา เบียร์ หรือไวน์ จะช่วยรักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้			
16	การสูบบุหรี่ จะทำให้ภาวะความดันโลหิตสูง รุนแรงขึ้น			
17	เมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้แล้ว ผู้ป่วยสามารถปรับลดยาได้ด้วยตนเอง			
18	ถ้าลิ้มรับประทานยา มื้อต่อไปสามารถรับประทานยาชดเชยได้			

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกว่าเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน ปานกลาง
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
1	การเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องของโชคชะตา			
2	ถ้าไม่รักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องจะทำให้อายุสั้น			

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย
3	คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารหรือออกกำลังกาย ถ้ารับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ			
4	คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกราย			
5	การหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตในบางมือจะไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต			
6	ภายหลังการรักษา เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้วสามารถหยุดยาได้เอง			
7	คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง			
8	ไม่ว่าจะดูแลสุขภาพดีอย่างไร ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้			
9	ท่านคิดว่า คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาเหมือนกันทุกราย จึงสามารถซื้อยามารับประทานเองได้โดยไม่ต้องมาพบแพทย์			
10	ท่านคิดว่า การออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านช่วยควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ จึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นเพิ่มอีก			

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน ปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านคิดว่า การหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน ขนมใส่กะทิ น้ำหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด มีผลต่อการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง			
2	ท่านคิดว่าการงดดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง			
3	ท่านคิดว่า หากท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในเรื่องของการออกกำลังกาย จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้			
4	ท่านคิดว่า การออกกำลังกายช่วยให้ท่านรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่าขึ้น และทำให้ความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น			
5	ท่านคิดว่าการลดภาวะเครียด ทำจิตใจให้สบาย ช่วยให้ ระดับความดันโลหิตลดลง			
6	ท่านคิดว่า การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ทำให้ทราบอาการผิดปกติและได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที			
7	ท่านคิดว่า การรับประทานยาตามแผนการรักษา อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้			

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
8	ท่านคิดว่าเมื่อท่านได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตัวใหม่ ท่านจะถามถึงผล และฤทธิ์ข้างเคียงของยาตัวนั้น			
9	ท่านคิดว่า การพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ท่านได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง			
10	ท่านคิดว่า การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้ทราบระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติ			

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน ปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านคิดว่า การควบคุมอาหารที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นภาระของครอบครัวในการจัดเตรียม			
2	ท่านคิดว่า การลด ละ เลิก ดื่มสุราเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะเพื่อนส่วนใหญ่ชอบดื่มสุรา			

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย
3	ท่านคิดว่า การรับประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำ กระทำได้ยาก เนื่องจากหาซื้อได้ยากและ/หรือมีราคาแพง			
4	ท่านคิดว่า ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์และสถานที่ ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย			
5	ท่านคิดว่า ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย			
6	ท่านคิดว่า ท่านไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้เมื่ออยู่ในภาวะเครียด เนื่องจากต้องใช้เวลานานในการฝึกสมาธิ			
7	ท่านคิดว่า การไปพักผ่อนเพื่อคลายเครียด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากไม่มีเวลาและต้องเสียค่าใช้จ่าย			
8	ท่านคิดว่า การที่ท่านไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากลืมเวลารับประทานยา			
9	ท่านคิดว่า การที่ท่านไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ทุกครั้งเนื่องจากติดภาระงานประจำ			
10	ท่านคิดว่า การมาพบแพทย์เพื่อรับยาและตรวจตามนัด ทำให้เสียรายได้และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น			

ส่วนที่ 6 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน ปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านคิดว่า สถานที่ตั้งสถานพยาบาลอยู่ในที่เหมาะสม สะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการ			
2	ท่านคิดว่า ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการมีความเหมาะสม			
3	ท่านคิดว่า การเดินทางจากบ้านมายังสถานพยาบาลมีความสะดวก			
4	ท่านคิดว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอน้ำห้องตรวจก่อนได้รับการตรวจรักษามีความเหมาะสม			
5	ท่านคิดว่า ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมายังสถานพยาบาล ราคาไม่แพง ยอมรับได้			
6	ท่านคิดว่า ระยะเวลาจากบ้านของท่านมายังสถานพยาบาลใช้เวลาไม่นาน			
7	ท่านคิดว่า บุคลากรในสถานพยาบาลมีความพร้อมและเพียงพอในการให้บริการ			

ส่วนที่ 7 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

ได้รับเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน ปานกลาง

ไม่ได้รับ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับเป็นบางครั้ง	ไม่ได้รับ
1	สมาชิกในครอบครัว กระตุ้นเตือนให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารสำเร็จรูป อาหารแห้ง เป็นต้น			
2	สมาชิกในครอบครัว สอบถามอาการ ผลการตรวจ และการนัดหมายครั้งต่อไปของท่าน			
3	สมาชิกในครอบครัว แนะนำให้มาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติเช่น วิงเวียนศีรษะ เป็นลม แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น			
4	สมาชิกในครอบครัว เตือนให้รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด			
5	สมาชิกในครอบครัว คอยกระตุ้นเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์			
6	สมาชิกในครอบครัว พาท่านมาตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง			
7	ท่านได้รับคำแนะนำ จากเพื่อนบ้านที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน			
8	เพื่อนบ้านจะชวนท่านไปออกกำลังกาย			
9	เพื่อนบ้าน ให้คำแนะนำท่านเมื่อท่านมีอาการแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ			

ส่วนที่ 7 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับเป็นบางครั้ง	ไม่ได้รับ
10	บุคลากรทางการแพทย์ ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง			
11	บุคลากรทางการแพทย์ แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต			
12	ท่านได้รับคำแนะนำ ในการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์			

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ในแต่ละข้อความให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน ปานกลาง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	ท่านรับประทานอาหารคาว-หวานที่มีส่วนผสมของกะทิ			
2	ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ของหมัก ผงรสดี			
3	ท่านรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ปลาหมึก อาหารทอด			

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
4	ท่านรับประทานอาหารพวกผักใบเขียว อาหารที่มีเส้นใย อย่างไม่จำกัดและผลไม้สดเช่นกล้วยน้ำว้า แอปเปิ้ล ส้ม			
5	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
6	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน			
7	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที			
8	ท่านจะพูดคุยหรือปรับทุกข์กับญาติหรือเพื่อนสนิท เวลาที่ท่านมีปัญหา			
9	เมื่อเกิดปัญหา ท่านจะทำให้ใจให้สงบ และค่อยๆ หาทางแก้ปัญหานั้น			
10	ท่านจะรีบไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ			
11	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
12	ท่านรับประทานยาตรงเวลาและครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง			
13	เมื่อท่านลืมรับประทานยาท่านจะข้ามมื้อนั้นไปเลย			
14	ท่านดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
15	ท่านอ่านข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วน

นางสาวจิราวรรณ เจนจบ

นิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ค สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง
ข้อคำถาม(IOC) กับนิยามตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	คะแนนความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับนิยามจากผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. เมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้...	+1	+1	+1	1.00
2. ถ้าบิดามารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง บุตรก็มีโอกาส...	+1	+1	+1	1.00
3. คนที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง...	+1	0	+1	0.67
4. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ...	+1	+1	+1	1.00
5. มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและควบคุมไม่ได้..	+1	+1	+1	1.00
6. สัญญาณอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง...	+1	+1	+1	1.00
7. เมื่อใจสั่น ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรงต้องรับประทานยา..	+1	+1	0	0.67
8. การควบคุมระดับความดัน ไม่จำเป็นต้องใช้ต้องยา...	+1	+1	0	0.67
9. การรับประทานอาหารรสเค็มทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น...	+1	+1	+1	1.00
10.การใช้ น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ช่วยลดไขมัน...	+1	+1	+1	1.00
11.อาหารที่ทำจากมะพร้าวหรือกะทิทำให้ความดันสูงขึ้น...	+1	+1	+1	1.00
12.การออกกำลังกายหรือแบกของหนักทำให้ความดันสูงขึ้น...	+1	+1	0	0.67
13.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกาย...	+1	+1	+1	1.00
14.การผ่อนคลายความเครียดช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน...	+1	+1	+1	1.00
15.การดื่มสุรา เบียร์หรือไวน์ จะช่วยรักษาภาวะความดันได้	+1	+1	+1	1.00
16.การสูบบุหรี่ จะทำให้ภาวะความดันโลหิตสูง รุนแรงขึ้น	+1	+1	+1	1.00
17.ควบคุมระดับความดันได้แล้ว ปรับลดยาได้ด้วยตนเอง...	+1	+1	+1	1.00
18.ถ้าลืมกินยาเมื่อต่อไปให้กินยาทดแทนได้...	+1	0	+1	0.67
คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา CVI	CVI _(1,2)	16/18		0.89
	CVI _(1,3)	15/18		0.83
	CVI _(2,3)	13/18		0.72
	CVI _(เฉลี่ย)	2.44/3		0.81

สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(IOC) กับนิยามตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	คะแนนความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับนิยามจากผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องของโชครชะตา.....	+1	+1	+1	1.00
2. ถ้าไม่รักษาโรคความดันอย่างถูกต้องจะทำให้อายุสั้น.....	+1	+1	+1	1.00
3. ไม่ต้องคุมอาหารหรือออกกำลังกายถ้าทานยาตามสั่ง.....	+1	+1	+1	1.00
4. คนที่เป็นจำเป็นต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลทุกราย.....	+1	+1	+1	1.00
5. การหยุดยาในบางมือไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต.....	+1	+1	+1	1.00
6. เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้วสามารถหยุดยาได้เอง.....	+1	+1	+1	1.00
7. ไม่ต้องตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าปฏิบัติตนได้ถูกต้อง.....	+1	+1	+1	1.00
8. ดูแลสุขภาพดีอย่างไร ก็หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนไม่ได้....	+1	+1	+1	1.00
9. คนที่เป็นได้รับการรักษาเหมือนกันจึงซื้อยาเองได้.....	+1	+1	+1	1.00
10.การทำงานบ้านช่วยควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้....	+1	+1	+1	1.00
คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา CVI	CVI _(1,2)	10/10		1.00
	CVI _(1,3)	10/10		1.00
	CVI _(2,3)	10/10		1.00
	CVI _(เฉลี่ย)	3/3		1.00

สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(IOC) กับนิยามตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต	คะแนนความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับนิยามจากผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. หลีกเลียงขนมหวานป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงได้....	+1	+1	+1	1.00
2. งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้....	+1	+1	+1	1.00
3. การออกกำลังกายควบคุมระดับความดันโลหิตได้.....	+1	+1	+1	1.00
4. การออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่นระดับความดันไม่เพิ่ม	+1	+1	0	0.67
5. การลดภาวะเครียดช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลง.....	+1	+1	+1	1.00
6. การสังเกตอาการทำให้ได้รับการช่วยเหลือทันทั่วทั้งที่.....	+1	+1	+1	1.00
7. การรับประทานยาตามแผนทำให้ควบคุมความดันได้....	+1	+1	+1	1.00
8. เมื่อรับยาตัวใหม่ จะถามถึงผลข้างเคียงของยาด่วนนั้น.....	+1	+1	+1	1.00
9. พบแพทย์ตามนัดทำให้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง.....	+1	+1	+1	1.00
10. วัดความดันเดือนละ 1 ครั้งทำให้ทราบระดับที่ผิดปกติ.....	+1	+1	+1	1.00
คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา CVI	CVI _(1,2)	10/10		1.00
	CVI _(1,3)	9/10		0.90
	CVI _(2,3)	9/10		0.90
	CVI _(เฉลี่ย)	2.80/3		0.93

สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(IOC) กับนิยามตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต	คะแนนความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับนิยามจากผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	คนที่1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. การควบคุมอาหารเป็นภาระครอบครัวยในการจัดเตรียม...	+1	+1	+1	1.00
2. ลดละเลิกดื่มสุราทำได้ยากเพราะเพื่อนส่วนใหญ่ดื่ม.....	+1	+1	+1	1.00
3. รับประทานผักผลไม้สดทำได้ยากเนื่องจากหาซื้อยาก.....	+1	+1	+1	1.00
4. ไม่สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์.....	+1	+1	+1	1.00
5. ไม่สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากไม่มีเวลา.....	+1	+1	+1	1.00
6. เมื่ออยู่ในภาวะเครียดไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้.....	+1	+1	+1	1.00
7. การพักผ่อนคลายเครียดทำได้ยากเนื่องจากไม่มีเวลา.....	+1	+1	+1	1.00
8. รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากลืมเวลา.....	+1	0	+1	0.67
9. ไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากติดภาระงานประจำ.....	+1	+1	+1	1.00
10. มาพบแพทย์เพื่อรับยาและตรวจตามนัดทำให้เสียรายได้	+1	+1	+1	1.00
คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา CVI	CVI _(1,2)	9/10		0.90
	CVI _(1,3)	10/10		1.00
	CVI _(2,3)	9/10		0.90
	CVI _(เฉลี่ย)	2.80/3		0.93

สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(IOC)
กับนิยามตัวแปรการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

การเข้าบริการสุขภาพ	คะแนนความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับนิยามจากผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	คนที่1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. สถานพยาบาลอยู่ในที่เหมาะสมเดินทางสะดวก.....	+1	+1	+1	1.00
2. ช่วงเวลาที่เปิดให้บริการมีความเหมาะสม.....	+1	+1	+1	1.00
3. การเดินทางจากบ้านมายังสถานพยาบาลสะดวก.....	+1	+1	+1	1.00
4. ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอตรวจมีความเหมาะสม.....	+1	+1	+1	1.00
5. ค่าเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาลไม่แพง.....	+1	+1	+1	1.00
6. ระยะเวลาจากบ้านมายังสถานพยาบาลใช้เวลาไม่นาน...	+1	+1	+1	1.00
7. บุคลากรมีความพร้อมและเพียงพอในการให้บริการ.....	+1	+1	+1	1.00
คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา CVI	CVI _(1,2)	7/7		1.00
	CVI _(1,3)	7/7		1.00
	CVI _(2,3)	7/7		1.00
	CVI _(เฉลี่ย)	3/3		1.00

สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(IOC)
กับนิยามตัวแปรการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	คะแนนความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับนิยามจากผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ครอบครัวกระตุ้นเตือนให้หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม.....	+1	+1	+1	1.00
2. ครอบครัวถามอาการ ผลการตรวจ และการนัดหมาย.....	+1	+1	+1	1.00
3. ครอบครัวแนะนำพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ..	+1	+1	+1	1.00
4. ครอบครัวเตือนให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง.....	+1	+1	+1	1.00
5. ครอบครัวเตือนเมื่อไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์...	+1	+1	+1	1.00
6. ครอบครัวพามาตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง.....	+1	+1	+1	1.00
7. ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านที่เป็นความดันโลหิตสูง....	+1	+1	+1	1.00
8. เพื่อนบ้านจะชวนท่านไปออกกำลังกาย.....	+1	0	+1	0.67
9. เพื่อนบ้าน ให้คำแนะนำเมื่อมีอาการแทรกซ้อน.....	+1	+1	+1	1.00
10.บุคลากรทางการแพทย์แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	+1	+1	+1	1.00
11.บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ..	+1	+1	+1	1.00
12.ได้รับคำแนะนำการทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์..	+1	+1	+1	1.00
คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา CVI	CVI _(1,2)	11/12		0.92
	CVI _(1,3)	12/12		1.00
	CVI _(2,3)	11/12		0.92
	CVI _(เฉลี่ย)	2.84/3		0.95

สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม(IOC)
กับนิยามตัวแปรพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

พฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต	คะแนนความสอดคล้องของ ข้อคำถามกับนิยามจากผู้ทรงคุณวุฒิ			IOC
	คนที่1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. รับประทานอาหารหวานที่มีส่วนผสมของกะทิ.....	+1	+1	+1	1.00
2. รับประทานอาหารรสเค็มเช่นปลาเค็มของหมักผงรสดี....	+1	+1	+1	1.00
3. รับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น.....	+1	+1	+1	1.00
4. รับประทานอาหารพวกผักและผลไม้สดอย่างไม่จำกัด.....	+1	+1	+1	1.00
5. ทำนดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	+1	+1	+1	1.00
6. ทำนออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน	+1	+1	+1	1.00
7. ทำนออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที	+1	+1	+1	1.00
8. ปรับทุกข์กับญาติหรือเพื่อนสนิทเวลาที่ท่านมีปัญหา.....	+1	+1	+1	1.00
9. เมื่อเกิดปัญหาทำให้ใจให้สงบและค่อยๆหาทางแก้ปัญหา...	+1	+1	+1	1.00
10.ท่านจะรีบไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ	+1	+1	+1	1.00
11.ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเอง.....	+1	+1	+1	1.00
12.รับประทานยาตรงเวลาและครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง..	+1	+1	+1	1.00
13.เมื่อท่านลืมรับประทานยาท่านจะข้ามมือนั้นไปเลย	+1	+1	+1	1.00
14.ท่านดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	+1	+1	+1	1.00
15.อ่านข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง.....	+1	+1	+1	1.00
คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา CVI	CVI _(1,2)	15/15		1.00
	CVI _(1,3)	15/15		1.00
	CVI _(2,3)	15/15		1.00
	CVI _(เฉลี่ย)	3/3		1.00

ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y)

มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity)

Correlations

		MEANB	MEANA	MEANAC	MEANS
Pearson Correlation	MEANB	1.000	.382	-.323	.300
	MEANA	.382	1.000	-.106	.097
	MEANAC	-.323	-.106	1.000	.130
	MEANS	.300	.097	.130	1.000
Sig. (1-tailed)	MEANB		.000	.000	.000
	MEANA	.000	.	.082	.103
	MEANAC	.000	.082	.	.045
	MEANS	.000	.103	.045	.
N	MEANB	173	173	173	173
	MEANA	173	173	173	173
	MEANAC	173	173	173	173
	MEANS	173	173	173	173

MEANB: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

MEANA: ทักษะการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

MEANAC: การเข้าถึงบริการสุขภาพ

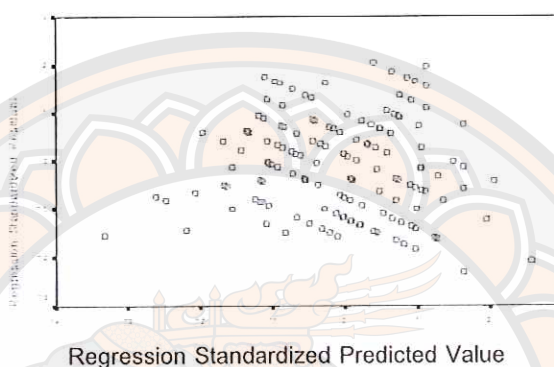
MEANS: การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่

Scatterplot

Dependent Variable: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

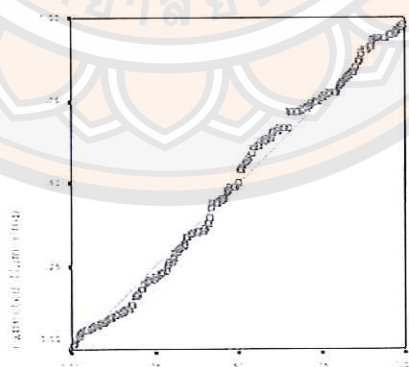


3. การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของค่าคลาดเคลื่อน

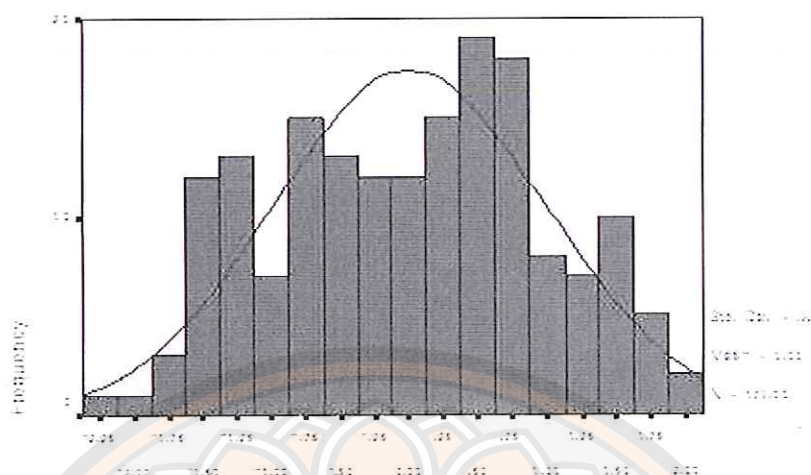
พบว่าการแจกแจงแบบปกติ

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต



Dependent Variable: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต



4. การตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าคลาดเคลื่อน (Autocorrelation)

โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson (d) พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.698 ซึ่งมีค่าใกล้ 2 (อยู่ในช่วง 1.5-2.5) หมายความว่า ค่าคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.382(a)	.146	.141	.16978	.146	29.229	1	171	.000	
2	.476(b)	.227	.218	.16201	.081	17.798	1	170	.000	
3	.567(c)	.322	.310	.15219	.095	23.646	1	169	.000	1.698

a. Predictor: (Constant), ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

b. Dependent Variable: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)

โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง โดยค่า VIF ของตัวแปรทุกตัวไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ของตัวแปรทุกตัวไม่เกิน 1 รวมถึงค่า r ของตัวแปรแต่ละตัวไม่เกิน 0.85

Model	Unstandardized		Standardized		t	Sig.	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients				Statistics	
	B	Std. Error	Beta				Tolerance	VIF
1 (Constant)	1.970	.153			12.917	.000		
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.192	.039	.317		4.941	.000	.976	1.024
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-.175	.034	-.330		-5.133	.000	.969	1.032
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.168	.035	.313		4.863	.000	.971	1.030

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง

Correlations

		MEANB	MEANA	MEANAC	MEANS
Pearson Correlation	MEANB	1.000	.382	-.323	.300
	MEANA	.382	1.000	-.106	.097
	MEANAC	-.323	-.106	1.000	.130
	MEANS	.300	.097	.130	1.000
Sig. (1-tailed)	MEANB	.	.000	.000	.000
	MEANA	.000	.	.082	.103
	MEANAC	.000	.082	.	.045
	MEANS	.000	.103	.045	.
N	MEANB	173	173	173	173
	MEANA	173	173	173	173
	MEANAC	173	173	173	173
	MEANS	173	173	173	173

MEANB: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

MEANA: ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

MEANAC: การเข้าถึงบริการสุขภาพ

MEANS: การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 106/2015
IRB No. 130/58



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑๑ หมู่ ๗ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๕5000 เบอร์โทรศัพท์ 05526 2642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนซึ่งเป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, COA/MS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคสสาร อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Study Title : Factors affecting blood pressure control behaviors of patients with essential hypertension of Ban Keksasom sub-district health promotion hospital, Lankrabue district Kamphaeng Phet province.

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิราวรรณ เจนจบ

Principal Investigator : Miss Jirawan Jenjob

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากจะสิ้นสุดโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF-01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2558
2. AF-02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2558
3. AF-03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2558
4. AF-04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤษภาคม 2558
5. AF-05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤษภาคม 2558
6. โครงการวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2558
7. โครงการวิจัยฉบับย่อ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 พฤษภาคม 2558
8. ประมวลจริยธรรม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2558
9. แบบฟอร์มคำยินยอมโครงการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2558
10. แบบฟอร์มการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 เมษายน 2558

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวัลย์ คำดี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 19 พฤษภาคม 2558
Date of Approval : May 19, 2015
วันหมดอายุ : 19 พฤษภาคม 2559
Approval Expire Date : May 19, 2016

ทั้งนี้ การรับรองมีผลในสิ่งที่ระบุไว้เท่านั้น (ผู้ดำเนินการขอเอกสารรับรองการวิจัย)