

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
Factors Influencing the Health Behavior
of Uncontrolled Hypertension Patients

วริศรา ปั่นทองกลาง^{1*} ปานจิต นามพลกรัง¹ วินัฐ ดวงแสนจันทร์¹
Warissara Panthonglang¹ Panjit Namphonkrang¹ Winut Duangsangjan¹

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา

¹Lecturer, Faculty of nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, Thailand.

*Corresponding author: warissara_pan@vu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 341 คน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$, $SD=0.37$) มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.19) มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.62$) มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.90$, $SD=0.58$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.58$) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อายุ รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 (Adjusted $R^2 = .281$, $p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด ($\beta = .458$, $t=8.061$, $p < .01$) ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้วางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้; พฤติกรรมสุขภาพ; ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This study was a predictive correlation research aimed to 1) study the health behavior of uncontrolled hypertension patients and 2) factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. The participants comprised 341 uncontrolled hypertension patients who had received or were receiving treatment at Chokchai district, Nakhon Ratchasima. The researcher used the patient's medical records to obtain the patient's characteristics information. The data were then analyzed using descriptive statistics, Eta correlation, Spearman's rank correlation, Pearson's product moment correlation and multiple regression analysis. The results showed that uncontrolled hypertension patients had a moderate level of health behavior ($\bar{X}=3.38$, $SD=0.37$), and knowledge concerning hypertension (96.19%), a moderate level of health belief ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.62$), received a high level of social support ($\bar{X}=3.90$, $SD=0.58$), and had high level of self-efficacy ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.58$). From Spearman's rank correlation and Pearson's product moment correlation, it were found that age, family income, hypertension knowledge, health belief, social support and self-efficacy had a statistically significant relationship with the health behavior of uncontrolled hypertension patients ($p < .05$). From the results of the multiple regression analysis, age, hypertension knowledge, health belief, social support and self-efficacy together explained 28.1% of the variance in the health behavior (Adjusted $R^2 = .281$, $p < .05$). Significant predictor of most health behavior were social support ($\beta = .458$, $t = 8.061$, $p < .01$). The results could be used for planning effective intervention to promote health behaviors that ultimately control the patient's blood pressure.

Keywords: factors influencing health behavior; health behavior; uncontrolled hypertension

ความเป็นมาของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข สถิติประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 เพิ่มขึ้นถึง 1,560 ล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงปีละ 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด¹ ในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน)² ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง และมีสถิติมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,478 ราย อัตราตาย 389 รายต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3³ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีเพียง ร้อยละ 20.9 และไม่ทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.9 โดยมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้⁴ สำหรับข้อมูล

สถิติในจังหวัดนครราชสีมา พบกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราการเจ็บป่วย 368.49 ต่อแสนประชากรในพื้นที่เขตอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 6,008 คน มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 51.23 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ร้อยละ 10.02 เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสมองมากที่สุด ร้อยละ 43.35⁵ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อันตรายถึงชีวิตได้

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า² หากไม่รักษาหรือควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุของทุพพลภาพ

และการเสียชีวิตที่สำคัญ⁶ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย และโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ทำให้ทุพพลภาพเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว แม้โรคความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ หากควบคุมความดันให้ปกติ⁷ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 25 และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 36⁸ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่ยาลดความดันโลหิต แต่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้ มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁹ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือเจตนากระทำใดๆ ที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ซึ่งได้อิทธิพลมาจากทั้งปัจจัยภายนอกและภายในตัวบุคคล¹⁰ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคล ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้¹² อยู่ในระดับปานกลาง^{13,14} และพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย^{13,15} และยังขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การสังเกตอาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรค การควบคุมการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก¹⁵ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การขาดแรงจูงใจ และการที่มีอายุมากขึ้น¹⁶ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะตนเอง¹⁶ การสนับสนุนทางสังคม^{15,17,19,20} ความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁷⁻¹⁹ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง²⁰ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นและตนเอง และระบบบริการสุขภาพ¹⁵ การรับรู้อุปสรรค²¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางบวกและทางลบ แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้ จะนำไปสู่การวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

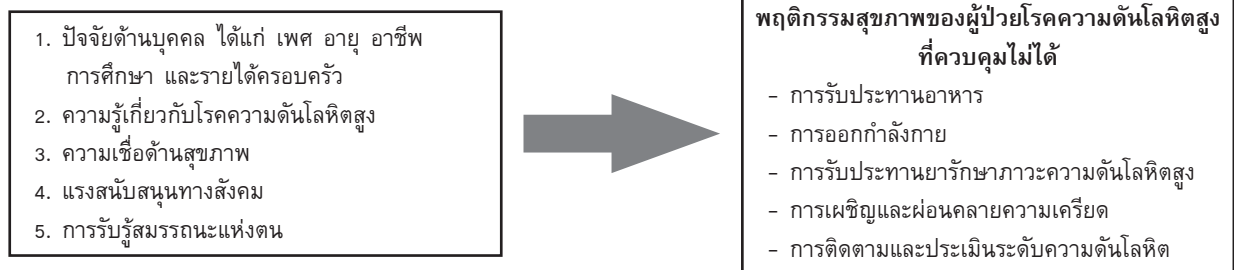
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ¹⁴ อายุ^{12,14} อาชีพ¹⁴ การศึกษา^{12,17} รายได้ครอบครัว^{12,14,16-17} ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง^{12,15,20} ความเชื่อด้านสุขภาพ^{14,18-19} แรงสนับสนุนทางสังคม^{12,14,16-20} การรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{14,16,20} และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์มาจากแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender²² (Pender's Health Promotion Model) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสุดท้าย หรือผลลัพธ์ในแบบการจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยผสมผสานเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) 2) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (physical activity) 3) พฤติกรรมด้านโภชนาการ (nutrition) 4) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal relations) และ 5) การจัดการกับความเครียด (stress management) ซึ่งกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม

ไม่ได้ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร สุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง การเผชิญกับความเครียดและการผ่อนคลาย

ความเครียด การติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต ซึ่งสามารถสรุปเป็นภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร สุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง การเผชิญและผ่อนคลายความเครียด การติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต ในเขตอำเภอโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโซคชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์แพทย์ชุมชน ในเขตอำเภอโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทั้งหมด 3,078 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan²² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนี้

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้^{1,23}

3.1 ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป แล้วยังคงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว

3.2 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีไตวายเรื้อรังร่วมด้วย

3.3 เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโซคชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์แพทย์ชุมชน ในเขตอำเภอโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยระยะเวลาที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ 4 เดือนขึ้นไป หรือจำนวน 4 ครั้ง ของการมาตรวจรับการรักษา

4. สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะที่เก็บข้อมูลและขอถอนตัวออกจากการศึกษา

จริยธรรมในการวิจัย

1. คณะผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากอธิการบดีมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล พร้อมแนบหนังสือจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึงโรงพยาบาล โชคชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์แพทย์ชุมชน ในเขตอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยประชุมชี้แจงเพื่อให้เกิดความเข้าใจการเก็บรวบรวมข้อมูลในทิศทางเดียวกัน ถึงการใช้แบบสอบถามต่างๆ กับทีมคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวมถึงชี้แจงวิธีการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย การสอบถามความสมัครใจและความยินยอมในการเข้าร่วมให้ข้อมูล การแจ้งการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

3. เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงให้ทราบสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธ ผลของการตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ผู้ยินยอมตนทุกรายลงนามด้วยความเต็มใจ/สมัครใจในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ยประมาณ 30 นาที/คน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา ถ้าต้องการยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยยินยอมยุติและยกเลิกการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล (เครื่องมือในการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล)

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เกณฑ์การแปลผล ลักษณะข้อคำถาม มี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0-2.67 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.68-5.35 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 5.36-8.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 4) การรับรู้ต่อ

อุปสรรค เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนน คือ ตั้งแต่ 1 (ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำที่สุด) ถึง 5 (ความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูงที่สุด) การแปลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านการประเมิน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนน คือ ตั้งแต่ 1 (ความเชื่อด้านสุขภาพระดับน้อยที่สุด) ถึง 5 (ความเชื่อด้านสุขภาพระดับมากที่สุด) การแปลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา 4) การเผชิญและผ่อนคลายความเครียด 5) การติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ คือ 1 ถึง 10 ระดับ กำหนดคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับ 1 (ไม่มั่นใจเลย) ระดับ 5 (มั่นใจปานกลาง) และระดับ 10 (มั่นใจที่สุด) การแปลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยหารสองพิจารณาตามรายข้อ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.81-2.61 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.62-3.41 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.42-4.21 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานยา 4) การเผชิญและผ่อนคลายความเครียด 5) การติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต โดยข้อคำถามคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดระดับพฤติกรรมสุขภาพ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง เกือบจะไม่เคยปฏิบัติ และไม่เคยปฏิบัติ การแปลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.81-2.61 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.62-3.41 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.42-4.21 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของการวิจัยโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และผู้วิจัยได้ให้ที่ปรึกษาวิจัยตรวจสอบเครื่องมือ ตรวจสอบความถูกต้อง/ ความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาอีกครั้ง โดยดำเนินการดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎี โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามทุกส่วน ได้ค่า CVI ระหว่าง 0.90-1.00 ซึ่งแสดงถึงความตรงที่ดีของแบบสอบถาม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้มีความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กลุ่มประชากรลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.70-0.89 เป็นค่าที่ยอมรับได้

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธี Kuder Richardson (KR 20) ได้เท่ากับ .75 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้มาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่รวบรวมได้มาตรวจสอบ ให้คะแนนตามแบบสอบถามแต่ละคน ทำการลงรหัสข้อมูล และประมวลผลตามวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และภาวะแทรกซ้อน/

โรคร่วม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยนำเสนอในรูปของตารางแสดงค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และค่าพิสัย (range)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอาชีพ กับพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation) ข้อมูลการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการทดสอบค่าความสัมพันธ์ (r) สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อตัวแปรที่ศึกษาผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ระดับการวัดของข้อมูลเป็นแบบ interval หรือ ratio scale และข้อมูลแบบ nominal หรือ ordinal scale สร้างเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variables) มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์ ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์และความแปรปรวนของตัวแปรตามเท่ากันในแต่ละค่าของตัวแปรต้น (homoscedasticity) จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 341 ราย มีอายุเฉลี่ย 62.30 ปี ($\bar{X}$ = 62.30, SD=11.94) (max=93, min=31) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.74 รองลงมาในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ

27.86 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.61 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.86 รองลงมา มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 21.99 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 39.30 รองลงมาไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 21.70 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 81.82 รองลงมาไม่ได้เรียน ร้อยละ 8.50 และมีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 47.80 รองลงมา มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 26.11

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.19 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ ร้อยละ 2.93 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำแนกตามระดับความรู้ (n=341)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	10	2.93
ระดับปานกลาง	328	96.19
ระดับสูง	3	0.88

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.62$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้

ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรค อยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (n=341)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	4.12	0.68	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.29	0.65	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	4.30	0.53	สูง
การรับรู้ต่ออุปสรรค	2.33	1.24	ต่ำ
รวม	3.63	0.62	ปานกลาง

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.90$, $SD=0.58$) เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน (n=341)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านอารมณ์	3.94	0.79	มาก
ด้านวัตถุประสงค์ของ	3.51	0.81	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.04	0.69	มาก
ด้านการประเมิน	4.18	0.67	มาก
รวม	3.90	0.58	มาก

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.58$) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า การรับประทานยา และการติดตามและประเมิน ระดับความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการรับประทาน

อาหาร และด้านการเผชิญและผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับมาก และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=341)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับประทานอาหาร	3.53	0.90	มาก
การออกกำลังกาย	3.26	0.94	ปานกลาง
การรับประทานยา	4.50	0.74	มากที่สุด
การเผชิญและผ่อนคลายความเครียด	4.00	0.70	มาก
การติดตามและประเมินระดับความดันโลหิตสูง	4.56	0.68	มากที่สุด
รวม	3.78	0.58	มาก

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38$, $SD=0.37$) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยา และด้านการติดตาม และประเมินระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการ

เผชิญและผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับมาก และด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (n=341)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการรับประทานอาหาร	2.70	0.56	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.64	0.88	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	4.79	0.51	มากที่สุด
ด้านการเผชิญและผ่อนคลายความเครียด	3.51	0.55	มาก
ด้านการติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต	4.72	0.57	มากที่สุด
รวม	3.38	0.37	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัตราค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.130$, $p<.05$)

รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.112$, $p<.05$) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.347$, $p<.01$) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.234$, $p<.01$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .450$, $p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .253$, $p < .01$) และพบว่า เพศ อาชีพ การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ($n=341$)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	
	ค่าสถิติ	p-value
เพศ	$\eta = .004$	.241
อายุ	$r = -.130$	.016*
อาชีพ	$\eta = .008$	.909
การศึกษา	$r_s = .078$	.149
รายได้ครอบครัว	$r_s = .112$	.038*
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	$r = .347$	.001**
ความเชื่อด้านสุขภาพ	$r = .234$	.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	$r = .450$	.001**
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$r = .253$	.001**

หมายเหตุ η =Eta, r_s =Spearman's rank, r =Pearson's coefficient, $p < .05^*$, $p < .01^{**}$

ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple linear regression) พบว่า มีตัวแปรต้น จำนวน 5 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ปัจจัยอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ 28.1% (Adjusted $R^2 = .28$, $p < .05$) โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด (Beta = .458, $t=8.061$, $p < .01$) รองลงมา คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Beta = .289, $t=6.558$, $p < .01$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตัวแปร	b	SE	Beta	T
อายุ	-.128	.046	-.163	-2.784**
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	1.36	.444	.150	3.059**
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.337	.051	.289	6.558**
แรงสนับสนุนทางสังคม	.494	.061	.458	8.061**
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.071	.028	.132	2.476*

$F = 23.11$, $p = .001$, $R \text{ square} = .293$, Adjusted $R \text{ square} = .281$, Constant = 65.215

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.38, SD = 0.37) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.19) จึงทำให้มีการรู้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร สอดคล้องกับ Pender, et al.²² ที่เชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) หรือปัจจัยพื้นฐาน (background factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laloon and Madhyamankura¹² ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จำนวน 400 คน พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแล อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 1.28, SD = 0.27) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanasupt, et al.¹⁴ ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 384 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.11, SD = 3.79) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seetisan, et al.²⁰ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 (Adjusted R^2 = .281, p < .05) ทั้งนี้จากผลการวิจัยที่พบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (beta) เท่ากับ -.163 หมายถึง เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพลดลง .163 คะแนน อาจเนื่องจากเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น อวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะมีความเสื่อมโทรมลงทั้งด้านการรู้คิด การเคลื่อนไหว การได้ยิน การมองเห็น และการรับรส จึงทำให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพลดลง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al.²² ที่กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนจะมีปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์เฉพาะของตน ซึ่งมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในครั้งต่อไป โดยตัวแปรที่ได้รับการเลือกสรรว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ลักษณะทางวัฒนธรรม บุคลิกภาพ และสภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laloon, et al.¹⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้นั้น อาจเนื่องจาก ความรู้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการรู้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับ Pender et al.²² การเชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง และการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) หรือปัจจัยพื้นฐาน (background factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongyuan²⁶ ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Seetisan, et al.²⁰ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลดอกคำใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้น อาจเนื่องจาก เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ก็จะพยายามดูแลสุขภาพของตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น รวมทั้งเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ และรับรู้ต่ออุปสรรคที่จะขัดขวางการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพต่ำ ย่อมเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ Becker, et al.⁶ ที่เชื่อว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค และการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้บุคคลยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน และสอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al.²² ที่กล่าวว่าความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นตัวแปรที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanasupt, et al.¹⁴ ที่พบว่า ความเชื่อสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yupan, et al.¹⁹ ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครนายก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในเขต อ.เมือง จ.นครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้นั้น อาจเนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมิน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าจะได้รับความ

ช่วยเหลือในด้านการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสิ่งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Pender et al.²² ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายของสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน และได้รับการช่วยเหลือ รวมทั้งได้รับความกำลังใจ ความเห็นอกเห็นใจ และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะเป็นสิ่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaiyunguen, et al.¹⁷ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง²⁰ รวมทั้งพบว่า การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .527 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹⁶

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้นั้น อาจเนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ก็จะมี ความมั่นใจและพยายามปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงสามารถกำหนดทิศทางและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura²⁵ ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ และการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว แต่ไม่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถร่วมด้วย ก็จะไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จได้ รวมทั้งสอดคล้องกับ Pender et al.²² ที่กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถ เป็นแรงจูงใจสำคัญของผู้บุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคล เป็นสิ่งเสริมให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaiyunguen, et al.¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

ได้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ.527 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น จากผลการศึกษาในครั้งนี้ เป็นหลักฐานว่า ปัจจัยด้าน อายุ รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางพื้นฐานเพื่อวางแผน การส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้สามารถควบคุมความดันโลหิต ป้องกันโรคแทรกซ้อน และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัย ไปวางแผนการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยจากการวิจัย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการติดตามและประเมินระดับความดันโลหิต ในเลือด และด้านการเผชิญและผ่อนคลายความเครียด อยู่ใน ระดับมาก และด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรหาแนวทาง ในการจูงใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้อยู่ ในระดับมากหรือมากที่สุด และปรับปรุงพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพระดับปานกลาง

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย คือ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทาง สังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้น จึงควรนำปัจจัย เหล่านี้มาเป็นแนวทางในการวางแผนพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และแรง สนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม สุขภาพได้มากที่สุด ดังนั้น จึงควรส่งเสริมปัจจัยด้านนี้เพิ่ม มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มที่มารับ

การรักษาไม่ต่อเนื่อง หรือกลุ่มที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยน แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูล ในเชิงลึกถึงสาเหตุและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และนำมาวางแผนส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยการนำปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาเป็นแนวทางในการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถควบคุมความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

เอกสารอ้างอิง

1. Niebylski ML. Annual Report [Internet]. Switzerland: World hypertension league [cited 2018 November 15]. Available from: <http://www.worldhypertensionleague.org/Documents/WHd/2012/WHd%202012%20brochure.pdf>.
2. Health System Development Group. Highlights information campaign in world hypertension day 2017 [Internet]. Bangkok: Bureau of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control. [cited 2018 November 15]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/info/.../ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf. Thai.
3. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2015. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. 2015. Thai.
4. Ekplakorn V, editor. The 4th Thai health survey by physical examination 2008-2009. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2010. Thai.
5. Nakhon Ratchasima Health Office. Sathanakarn [Internet]. [cited 2018 November 15]. Available from: <http://www.korathealth.com/korathealth/index.php>. Thai.

6. Thanamai Y, Photisat S, Archayindee S, et al., editors. Awareness guide for hypertension self care. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2012. Thai.
7. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, et al. ACCF/AHA 2011 Expert consensus document on hypertension in the elderly A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents [Internet]. American: American college of cardiology foundation and the American heart association [cited 2018 November 15]. Available from: <http://ahajournals.org> by December 12, 2018.
8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et.al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J. 2013; 34(28): 2159-219.
9. Li SX, Zhang L. Health behavior of hypertensive elderly patients and influencing factors. Aging Clin Exp Res. 2013; 25(3): 275-281.
10. Phetphum C. Health behavior: Concept, theory and applied. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. 2017. Thai.
11. Chareonpan J, Tansagun C. Health behavior. 6 th ed. Mahasarakham. Klangnanavittaya press. 2007. Thai.
12. Laloon P, Madhyamankura N, Malarat A. Self-care behavior of hypertensive patients at outpatient department of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. J Med Health Sci. 2011; 18(3): 160-169. Thai.
13. Konkeaw W. The health behaviors of elderly of Klongtumru Sub-district, Amphoe mueang, Chonburi. [master's minor thesis]. [Chonburi]: Prince of BUU; 2014. 165 p. Thai.
14. Wattanasupt N, Wattanasupt N, Suphunnakul P, et al. Social support and health belief in self-care behavior among essential hypertension patients receiving services at Promphiram hospital, Phitsanulok province. J Nurs Sci. 2012; 6(2): 76-88. Thai.
15. Khamvicha P, Santayopass P, Srisang P, et al. Development of self-care behaviors for people with hypertension in Soi joke community Bangsue district, Bangkok metropolitan. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21(2): 83-96. Thai.
16. Thongtang P, Seesawang J. Lived experience among hypertensive older people. Nursing Journal. 2014; 41(1): 1-10. Thai.
17. Jaiyungyuen U, Suwonnaroop N, Priyatrak P, et al. Factors influencing health-promoting behaviors of older people with hypertension. Paper presented at: 1st Mae Fah Luang University International Conference. Proceeding of 1st Mae Fah Luang University International Conference; 2012; Nov 29-Dec 1; Chiang rai, Thailand.
18. Purateeranrath P. Health belief and social support and self-care behaviors of essential hypertension patients in Surin hospital, Surin province. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2011; 26(3): 449-462. Thai.
19. Yoopan N, Duangchan P, Jampole P. Relationship among social support, health belief, self-care behaviors and blood pressure of hypertension patients in Meuang district, Nakhonnayok province. Thai Pharm Health Sci J. 2015; 10(1): 10-18. Thai.
20. Seetisan P, Suwannarat A, Jailungkar J. Factors associated with self-care behaviors among uncontrolled hypertension patients in Dokkhamtai hospital, Dokkhamtai district, Phayao Province. Lanna Public Health Journal. 2013; 9(2): 120-136. Thai.

21. Kamran A, Azadbakht L, Sharifirad G, et al. The relationship between blood pressure and the structures of Pender's health promotion model in rural hypertensive patients. *J Educ Health Promot.* 2015; 4(29): 1-8.
22. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice.* 6 th ed. Boston, MA: Pearson; 2011.
23. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ. Psychol. Meas..* 1970; 30(3): 607-610.
24. U.S. Department of health and human services. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.* Washington, DC: National institutes of health. 2004.
25. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. Freeman and Company. 1997.
26. Thongyuan J. Factors related to health behavioral among hypertensive patients at Surattani Hospital. *Reg 11 Med J.* 2015; 29(2): 195-202. Thai.