

อิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย  
กับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

หทัยกานต์ ห้องกระจก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

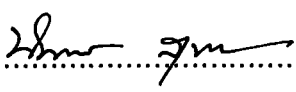
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ หทัยกานต์ ห่องกระจก ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

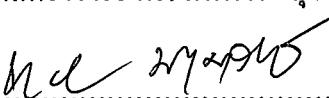
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล ปทุมรัตน์)

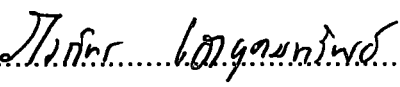
1๖๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑๑..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(อาจารย์ ดร. เขมรดี มาสิงบุญ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
..... ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวัน สุวรรณรูป)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล ปทุมรัตน์)

1๖๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑๑..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. เขมรดี มาสิงบุญ)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล ปทุมรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักที่ให้ความรู้ คำปรึกษา และกำลังใจ ตลอดจนกรุณาแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาสอนและให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบพระคุณ ดร.อนัญญา มานิตย์ ดร.เอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์ คุณอภิรักษ์ คุณระกูด และคุณบุษยพงษ์ พรหมเสนา ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือของท่านในการทำวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้อันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ตลอดจนบุคลากรโรงพยาบาลหนองม่วงทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาการศึกษาในระดับปริญญาโท

ที่สำคัญมาก ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตสูงปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองม่วง ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมในการวิจัยและตอบแบบสอบถาม จึงทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องสาว และน้องชาย ที่เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง รวมถึงเพื่อน ๆ และคนอื่น ๆ อีกมากที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเสมอมา

คุณประโยชน์ใดอันจะเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

หทัยกานต์ ห้องกระจก

52920035: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความแตกฉานด้านสุขภาพ/ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน/ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย

กับบุคลากรสุขภาพ/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ โรคความดันโลหิตสูง

หัตถ์กานต์ ห้องกระจก: อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (INFLUENCES OF HEALTH LITERACY, PERCEIVED SELF-EFFICACY, AND PATIENT-HEALTH CARE PROVIDER COMMUNICATION ON SELF-CARE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ นฤมล ปทุมารักษ์, Ph.D., เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N. 93 หน้า ปี พ.ศ. 2559.

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี จำนวน 77 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 113.83$ ,  $SD = 12.67$ ) ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ร้อยละ 39 ( $R^2 = .39$ ,  $p < .001$ ) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ( $\beta = .478$ ,  $p < .001$ ) รองลงมา คือ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ( $\beta = .309$ ,  $p < .01$ ) และพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลที่มีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

52920035: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORD: HEALTH LITERACY/ PERCEIVED SELF-EFFICACY/ PATIENT-HEALTH CARE PROVIDER COMMUNICATION/ SELF-CARE BEHAVIORS/ HYPERTENSION

HATHAIKAN HONGKRAJOK: INFLUENCES OF HEALTH LITERACY, PERCEIVED SELF-EFFICACY, AND PATIENT-HEALTH CARE PROVIDER COMMUNICATION ON SELF-CARE BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION. ADVISORY COMMITTEE: NARUMON PATHUMARAK, Ph.D., KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N. 93 P. 2016.

Hypertensive patients require good self-care behaviors to control and prevent complications. The purposes of this study were to examine self-care behaviors and the influences of health literacy, perceived self-efficacy and patient-health care provider communication on self-care behaviors among patients with primary hypertension. A sample of 77 patients who came for follow-up visit at hypertension clinic in Nongmuang Hospital, Lopburi Province, Thailand was randomly selected to participate in the study. Self-reported questionnaires were used to collect data which consisted of the Demographic Data Questionnaire, Health Literacy Questionnaire, Perceived Self-efficacy Questionnaire, Patient-Health care Provider Communication Questionnaire, and Hypertensive Self-care Behavior Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The results showed that patients with primary hypertension had good self-care behaviors ( $\bar{x} = 113.83$ ,  $SD = 12.67$ ). Health literacy and perceived self-efficacy were significant predictors and explained 39 percent of variance in self-care behaviors ( $R^2 = .39$ ,  $p < .001$ ). Perceived self-efficacy explained most of the variance in self-care behaviors ( $\beta = .487$ ,  $p < .001$ ), followed by health literacy ( $\beta = .309$ ,  $p < .01$ ). However, there was no relationship between patient-health care provider communication and self-care behaviors.

Enhancing self-efficacy and health literacy in nursing intervention to promote competency for self-care behaviors of patients with primary hypertension are suggested by this study.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
สมมติฐานของการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ .....	11
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง .....	16
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง .....	20
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	33
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	37
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	39

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	41
ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง .....	41
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา .....	45
ส่วนที่ 3 อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ .....	46
5 สรุปและอภิปรายผล .....	48
สรุปผลการวิจัย .....	48
อภิปรายผลการวิจัย .....	49
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	53
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	54
บรรณานุกรม .....	55
ภาคผนวก .....	67
ภาคผนวก ก .....	68
ภาคผนวก ข .....	76
ภาคผนวก ค .....	80
ภาคผนวก ง .....	90
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	93

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง .....	37
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ.....	42
3	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	45
4	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
5	ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สันระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ.....	47
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หุคูณระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปฐมภูมิ .....	47
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิแยกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง .....	77



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....

9

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เป็นจำนวนมาก คือ หนึ่งพันล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็นร้อยละ 40 ของประชากรโลก (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 21.4 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) นอกจากนี้ยังพบอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ เพิ่มขึ้นจาก 500.65 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2551 เป็น 937.58 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2555 (สำนักโรคบาวิทยา, 2556) จากสถิติการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบจากปี พ.ศ. 2546 ถึงปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นจาก 389.8 เป็น 1,621.7 ต่อประชากรแสนคน คือ เพิ่มขึ้นถึง 4.16 เท่า (ธาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2558)

โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงซึ่งไม่ทราบสาเหตุชัดเจน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ถึงร้อยละ 95 (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ผู้ป่วยจะมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ไม่ปรากฏอาการอย่างชัดเจน จนกว่าจะมีการทำลายของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของร่างกาย จึงจะปรากฏอาการที่สอดคล้องกับตำแหน่งที่มีหลอดเลือดแดงถูกทำลายไป ยังมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้นเท่าใด ก็ยิ่งเกิดการทำลายของหลอดเลือดแดงมากขึ้นเท่านั้นและเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคไตวาย และโรคหลอดเลือดสมอง (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ต้องไม่น้อยกว่า 90/ 60 มิลลิเมตรปรอท (James et al., 2014) สำหรับแนวทางการปฏิบัติในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้แนะนำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต โดยการจำกัดโซเดียมในอาหารให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน รับประทานอาหารตามแนวทาง Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) คือ การเน้นรับประทานผักผลไม้ และอาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที ไม่ต่ำกว่า 5 วัน

ต่อสปีดห้า ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ดื่มเลย เลิกสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และใช้ยาลดความดันโลหิตตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ครบถ้วนตามขนาดและจำนวน รวมทั้งต้องมาตรวจตามนัดเพื่อติดตาม ผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรมีการจัดการความเครียดให้เหมาะสม (Leung et al., 2016)

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยต้องเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง เพื่อให้มี สุขภาพที่ดี ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติซึ่งตรงกับ ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ริเริ่มขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งเป็นการกระทำโดยตั้งใจ มีเป้าหมาย ผ่านขั้นตอนของการคิด พิจารณาก่อนตัดสินใจลงมือกระทำ และเมื่อกระทำซ้ำ ๆ ไประยะหนึ่ง ก็จะสามารถกระทำได้ในทันทีโดยกระบวนการคิดพิจารณา นั้น เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้นได้บ่อยจนเป็นนิสัย (Orem, 2001) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามคำแนะนำดังที่กล่าว มาแล้ว จึงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่จำกัดเกลือในการรับประทาน อาหาร โดยที่ผู้ป่วยร้อยละ 96.2 ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร ร้อยละ 63.3 เติมน้ำปลาเพิ่มลงไป ในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (พรพิมล ว่องไว, 2554) ผู้ป่วยร้อยละ 51.30 เติมน้ำปลาหรือเกลือลงใน อาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ร้อยละ 73.71 รับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส (ปรีดา สุริยะ, 2553) ผู้ป่วย ร้อยละ 84.2 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (พิมพ์พร คงชุ่ม, 2552) ผู้ป่วยร้อยละ 36.7 รับประทาน ยาไม่สม่ำเสมอ (สุมาลี วัจนกร, ชุติมา ผาคิดำรงกุล และปราณี คำจันทร์, 2551) ร้อยละ 8.5 รับประทานยาไม่ครบทุกมื้อ (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550) ร้อยละ 75.30 เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2558) และยังมีผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 22.5 (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ ทิพย์ญาณ (2554) และพรพิมล ว่องไว (2554) ที่พบว่า มีผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายร้อยละ 16.85 และ 18.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมี ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรืออยู่ถึงร้อยละ 62.2 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) รวมถึงผู้ป่วยร้อยละ 46.7 ไม่ไปตรวจตามนัด (สุมาลี วัจนกร และคณะ, 2551)

การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจนอาจเสียชีวิต โดยพบว่า ร้อยละ 45 ของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 51 เสียชีวิตจากโรค

หลอดเลือดสมอง (WHO, 2013) ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดความพิการผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ เป็นภาระของครอบครัว สูญเสียคุณภาพชีวิต สูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม (สุชีพ เณรรานนท์, 2553) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวนเงินถึง 79,263 ล้านบาทต่อปี (ไพจิตร วิชาจิต, 2555) อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะสามารถลดการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 51 ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 27-31 (Grossman, 2011) ดังนั้น ถ้าส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ ซึ่งสอดคล้องกับวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในปัจจุบันที่มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังได้ (สภาพัฒนาฯ, 2558)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (พรพิมล ว่องไว, 2554; อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558; Namwong, Panuthai, Suwanprapisa, & Khampolsiri, 2015; Pinprapapan, Panuthai, Vannari, & Srisuphan, 2013; Saleema, Panpakdee, Arpanantikul, & Chai-Aroon, 2016) ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถส่งเสริมหรือพัฒนาได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพในปัจจุบันที่ต้องการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (สภาพัฒนาฯ, 2558)

ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจและการกระทำ เมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ (The Center for Health Care Strategies, 2000 อ้างถึงใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ในปัจจุบันบุคคลได้รับข้อมูลเป็นจำนวนมาก ทั้งจากระบบสุขภาพและผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่หลากหลาย บุคคลจึงต้องมีทักษะขั้นพื้นฐานด้านการเรียนรู้ควบคู่ไปกับความรู้ด้านสุขภาพ มีความเข้าใจและไตร่ตรองเพื่อเลือกใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสมในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง นั่นคือ บุคคลต้องมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ ความแตกฉาน

ด้านสุขภาพประกอบไปด้วยทักษะที่จำเป็น คือ ทักษะด้านการอ่าน ทักษะด้านตัวเลข และทักษะด้านการทำความเข้าใจ ซึ่งทักษะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับได้อย่างถูกต้อง เข้าใจถึงเหตุผลของการปฏิบัติและสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ (WHO, 2009) ผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอจึงสามารถตัดสินใจ ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความสัมพันธ์กัน ( $r = .28, p < .001$ ) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ความสัมพันธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง ( $r = .29, p < .01$ ;  $r = .36, p < .01$  ตามลำดับ) (สมฤทัย เพชรประยูร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และรัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์, 2555; Chen, Yehle, Plake, Murawski, & Mason, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา แบบจำลองสมการเชิงโครงสร้างของความแตกฉานด้านสุขภาพ พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ( $\beta = .21, p < .01$ ) (Lee, Lee, & Moon, 2016)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุ เป้าหมายที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงในพฤติกรรมใดจะมีแนวโน้ม มากที่จะตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1998) จากการศึกษาของ พรพิมล ว่องไว (2554) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $r = .23, p < .001$  และ  $r = .22, p < .001$  ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา ( $r = .55, p < .01$ ) (ศรัทธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และพีระ บูรณะกิจเจริญ, 2557) เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับ ความร่วมมือในการรักษา ( $r = .66, p < .01$ ) (Pinprapapan et al., 2013)

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพซึ่งการสื่อสารที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินว่าเป็นอย่างไรและจะตอบสนองต่อการสื่อสารที่เกิดขึ้นอย่างไร การที่ผู้ป่วย

มีการรับรู้ว่าการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างตนเองกับบุคลากรสุขภาพ เป็นการสื่อสารที่ดี ผู้ป่วยก็จะมี ความร่วมมือในการรักษา (มณีรัตน์ เลย์ตัน, 2552) ตลอดจนสามารถตัดสินใจกระทำพฤติกรรม สุขภาพในเรื่องอื่น ๆ (Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับบุคลากรสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงกับ ความร่วมมือในการรักษาซึ่งรวมการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ( $\beta = .42, p < .01$ ) (Pinprapapan et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษา ในผู้สูงอายุไทยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร สุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงกับความร่วมมือในการรักษา ( $\beta = .34, p < .01$ ) (Namwong et al., 2015) นอกจากนี้ ยังพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น สุภาพร เพ็ชรอรุณ, นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณรูป (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวาน ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ( $\beta = .23, p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gao et al. (2013) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ( $\beta = .14, p < .05$ )

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงจะเห็นได้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่จากการศึกษาที่มีอยู่ส่วนใหญ่พบว่า เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ดังกล่าวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเฉพาะบางเรื่อง เช่น การใช้ยา การรับประทานอาหาร หรือการออกกำลังกายเท่านั้น ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการมาตรวจตามนัด ยังมีอยู่อย่างจำกัด

นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ ทิพย์ญาณ, 2554; สุมาลี วัจนกร และคณะ, 2551; อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558; Namwong et al., 2015) ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงอ้างอิงมาจากประชากรผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ในปัจจุบันอายุเฉลี่ยของผู้ที่ตรวจพบว่า มีระดับ ความดันโลหิตสูงนั้นลดลงจากปี พ.ศ. 2547 อายุเฉลี่ยคือ 50.03 ปี ลดลงเหลือ 48.20 ปี ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนั้นยังพบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับ จากปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2550 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยอายุ 35-44 ปี เพิ่มจากร้อยละ 4.62 เป็นร้อยละ 6.20 กลุ่มผู้ป่วยอายุ 45-54 ปี เพิ่มจากร้อยละ 12.78 เป็นร้อยละ 14.50 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

และจากการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอยู่ถึงร้อยละ 44.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) จะเห็นได้ว่า อายุเฉลี่ยของผู้ที่ตรวจพบว่า มีความดันโลหิตสูงนั้นมีแนวโน้มอายุที่ลดลงและมีกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่จำนวนเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ และภาวะสุขภาพ เป็นต้น (Orem, 2001) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งนี้เพราะความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่ถูกจำกัด ขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุจะถูกจำกัดด้วยภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก การมองเห็น การได้ยิน ลดลง จนอาจต้องมีผู้ช่วยเหลือ อีกทั้งผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและมีการใช้เทคโนโลยีในการแสวงหาความรู้ได้มากกว่าผู้สูงอายุ ดังนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงอาจสรุปอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ไม่ได้

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิในประชากรวัยผู้ใหญ่ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะได้นำไปพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

### สมมติฐานของการวิจัย

ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ซึ่งเชื่อในศักยภาพของบุคคลว่า เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างจริงจัง มีเป้าหมาย และมีเหตุผล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพจะมีความต้องการในการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปและปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายในการดูแล คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูง จนเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อตนเองในการกระทำพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่ถูกต้อง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เลิกดื่มแอลกอฮอล์และเลิกสูบบุหรี่ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวัน จึงจะทำให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนได้ และมีชีวิตที่มีความผาสุก ดังนั้น พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องกระทำ จึงเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้นั้น บุคคลจำเป็นที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลมี 3 ระดับ ได้แก่ คุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components enabling capabilities for self-care) และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) (Orem, 2001)

คุณสมบัติขั้นพื้นฐานนั้นแบ่งเป็นความสามารถที่จะรู้ (Knowing) และความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ในส่วนของความสามารถที่จะรู้ได้อธิบายถึงกลุ่มทักษะพื้นฐานด้านการเรียนรู้ที่จำเป็น เช่น ทักษะการอ่าน การเขียน การพูด เพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะเห็นได้ว่า มีความสอดคล้องกันกับแนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ทักษะด้านการอ่าน ด้านตัวเลข และการทำความเข้าใจ เชื่อมโยงกับบริบทด้านสุขภาพ (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2551) Orem (2001) ได้อธิบายว่า เมื่อใดที่บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเองในเรื่องใหม่ ความสามารถในการอ่าน เขียน พูด และทำความเข้าใจ จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลนั้น ดังนั้น ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง

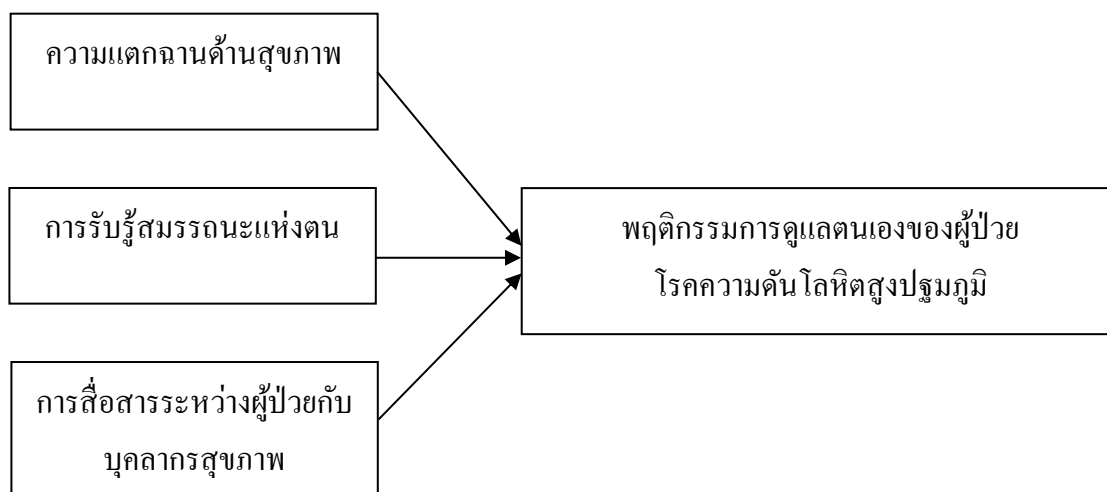


พลังความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวถึงศักยภาพของบุคคล 10 ประการ ซึ่งประการหนึ่ง คือ ความสามารถเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารในเรื่องการดูแลตนเองซึ่งบุคคล จะประเมินและตัดสินใจว่าการสื่อสารที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรและจะตอบสนองต่อการสื่อสารครั้งนั้น อย่างไรก็ตาม (Orem, 2001) สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร สุขภาพที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อตอบสนองในการดูแลสุขภาพ (Xu, 2005) ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า ผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ จะมีการสร้างสัมพันธภาพ และสื่อสารกัน เพื่อผู้ป่วยจะได้นำผลลัพธ์ที่เกิดจากการสื่อสารไปใช้ในการ ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ว่าการสื่อสาร กับบุคลากรสุขภาพ ที่เกิดขึ้นเป็นการสื่อสารที่ดี จะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองตามที่ได้ รับรู้

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transition) และการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) ในระยะของการคาดการณ์นั้น บุคคลจะตัดสินใจว่าการดูแลตนเองเรื่องใดที่สามารถ กระทำได้ และควรทำอย่างไร ถ้าคาดการณ์ว่ามีความสามารถที่จะกระทำได้ จะประเมินถึง ความสำเร็จ (ระยะของการปรับเปลี่ยน) และลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองการดูแล ตนเอง (ระยะของการลงมือปฏิบัติ) (Orem, 2001) การที่บุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถ หรือไม่ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องใด ๆ นั้น สอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนที่หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลว่าจะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ (Bandura, 1998) บุคคลจะประเมินความสามารถของตนเองก่อนปฏิบัติ พฤติกรรมดูแลตนเอง ณ ช่วงเวลานั้น หากประเมินว่าตนมีความสามารถก็จะปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Orem, 2001)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับความสามารถ ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำการดูแลตนเอง ถ้าบุคคลมีความสามารถที่ เพียงพอ เหมาะสม บุคคลจะมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง นอกจากนี้ จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่าปัจจัยทั้ง 3 ประการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง (พรพิมล ว่องไว, 2554; ศรีทธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุรยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และพีระ บุรณะกิจเจริญ, 2557; อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558; Namwong et al., 2015; Pinprapapan et al., 2013; Saleema et al., 2016) และของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อื่น ๆ (สมฤทัย เพชรประยูร และคณะ, 2555; Chen, et al. 2011) ดังนั้น ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ จึงสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ วัยผู้ใหญ่ ที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ความแตกฉานด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ในการอ่าน การทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขและทำความเข้าใจข้อมูลในสิ่งพิมพ์ ด้านสุขภาพหรือบริการที่ได้รับ วัด โดยแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ของ Manit, Tuicomepee, Jiamjarasrangi and Taneepanichskull (2011)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการมาตรวจตามนัด วัด โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อภินันท์ คุณตระกูล (2545)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ เกี่ยวกับการปฏิบัติในการสื่อสารของบุคลากรสุขภาพในเรื่อง ความชัดเจนระหว่างการสนทนา การอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองและการฟัง อย่างตั้งใจระหว่างการสนทนา วัด โดยใช้แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพของ Pinprapapan et al. (2013)

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิตามคำแนะนำของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการมาตรวจตามนัด วัด โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ผู้วิจัยทำการศึกษารวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

ในการทบทวนวรรณกรรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมินี้จะเกี่ยวข้องกับเนื้อหา เรื่อง การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง พยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการรักษา

##### การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การที่จะระบุว่า บุคคลใดเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น จะใช้ระดับของความดันโลหิต เป็นเกณฑ์ คือ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะเป็นค่าใดค่าหนึ่งหรือ ทั้งสองค่าก็ได้ โดยที่ระดับความดันโลหิตนี้ ต้องได้จากการวัดอย่างมีมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อย 2 ครั้ง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การวัดความดันโลหิต อย่างมีมาตรฐาน คือ ให้ผู้ที่รับการตรวจได้พักก่อนการวัด 3-5 นาที วัดในท่านั่งที่ผ่อนคลาย แขนวางบนโต๊ะให้ต้นแขนอยู่ระดับเดียวกับหัวใจ ไม่ควรมีสิ่งปกปิดระหว่างต้นแขนกับที่พันแขน สำหรับวัด วัดจากแขนทั้งสองข้าง ใช้ค่าความดันโลหิตจากข้างที่สูงกว่า วัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 นาที ค่าที่ได้จากทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีค่าห่างกันไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท โดยบันทึก ค่าที่สูงกว่าเป็นค่าความดันโลหิตในครั้งนั้น หากค่าที่ได้ห่างกันเกิน 5 มิลลิเมตรปรอท ให้วัดเพิ่มเติมจนกว่า 2 ครั้งที่ได้คิดกันจะมีค่าใกล้เคียงกัน โดยเครื่องวัดความดันโลหิตจะต้องมีการส่งตรวจสอบความเที่ยงตรงอย่างสม่ำเสมอทุก 6-12 เดือน (พีระ บวรณะกิจเจริญ, 2553)

##### พยาธิสภาพของโรค

โรคความดันโลหิตสูงที่พบในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรค เรียกความดันโลหิตสูงชนิดนี้ว่า ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (พีระ บวรณะกิจเจริญ, 2553) ถึงแม้ว่า

จะไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่ก็สามารถอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงของกลไกการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งกลไกเหล่านี้เชื่อมโยงกับความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย อัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีซึ่งไปมีผลต่อระดับความดันโลหิตนั่นเอง โดยประกอบด้วยกลไกหลักดังนี้

1. กลไกเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเทอโรน (Renin-Angiotensin-Aldosterone) โดยอธิบายว่า เรนินนั้นเป็นเอนไซม์ที่สร้างจากไต มีฤทธิ์ในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซินซึ่งเป็นโปรตีนที่สร้างจากตับให้เป็นแองจิโอเทนซินวัน จากนั้นแองจิโอเทนซินคอนเวตติ้งเอนไซม์จากปอดจะเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวันให้เป็นแองจิโอเทนซินทูซึ่งไปกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวและกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งอัลโดสเทอโรน มีผลให้มีการดูดกลับของโซเดียมบริเวณท่อไต จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การหลั่งเรนินเพิ่มขึ้นทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น จากเหตุผลดังกล่าว การทำลายของเนื้อไตและการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไตก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ร่างกายมีเรนินเพิ่มขึ้น และทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นในที่สุด (จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ, บุญยอร์ ทีฆัญญา และวิไลลักษณ์ ปาลกะวงษ์ ณ อยุธยา, 2553; พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553)

2. กลไกควบคุมปริมาตรของเหลวในหลอดเลือดซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับประทานเกลือโซเดียมเกินความสามารถที่ไตจะขับทิ้งได้ ทำให้มีการดูดกลับของน้ำนอกเซลล์ (Extracellular fluid) ส่งผลให้มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มสูงขึ้น แต่ทั้งนี้ร่างกายมีกลไกในการปรับสมดุลดังกล่าวโดยสมองและไตซึ่งถึงแม้ว่าปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีจะสูงขึ้น ร่วมกับมีระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น แต่จะมีการชดเชยโดยการเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อคงปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตและสมองอย่างเหมาะสม การปรับตัวในลักษณะนี้จะทำให้ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง แต่เมื่อกลไกนี้เสียสมดุลก็จะนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นในที่สุด (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2552; เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2552)

3. กลไกของระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งผลิตสารที่ช่วยในการปรับสมดุลระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ แคททีโคลามีน 3 ชนิด คือ นอร์อิพิเนฟริน อิพิเนฟริน และโดปามีน สารเหล่านี้มีผลต่อการหดและขยายตัวของหลอดเลือด คือ ช่วยลดและเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือด เมื่อมีการกระตุ้นการหลั่งของสารเหล่านี้จะไปมีผลต่อระดับความดันโลหิต เช่น การกระตุ้นการหลั่งนอร์อิพิเนฟรินและอิพิเนฟรินจากภาวะเครียด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีสูงขึ้น ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ในขณะที่โดปามีนเป็นสารสื่อประสาทที่หลั่งเมื่อร่างกายมีความตื่นตัว ตื่นตัว มีผลต่อ

การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2552; Selye, 1930 cited in Oberg, 2009)

กลไกทั้งหมดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาและความรุนแรงของระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น คือ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง สูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดง เป็นผลให้การไหลเวียนโลหิตเพื่อไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ และอวัยวะสำคัญที่ได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ก็คือ สมอง หัวใจ และไต ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่อาจทำงานได้ต่อไป นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลายประการ (เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2552)

### ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า การเริ่มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุยังน้อย จะมีการพยากรณ์โรคที่แย่กว่าผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อมีอายุมากแล้ว (จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ และคณะ, 2553) โรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คือ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งขึ้น ลดอัตราการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่าง ๆ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ และมีแนวโน้มของการเพิ่มโอกาสการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย ตามมา (World Hypertension League, 2013) การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในหลายระบบที่เกิดขึ้นจากระดับความดันโลหิตสูง แม้จะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยและยังไม่มี การทำลายของอวัยวะเป้าหมายในระยะเวลา 7-10 ปี ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยร้อยละ 30 พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงแข็งและร้อยละ 50 พบภาวะแทรกซ้อนจากอวัยวะเป้าหมายถูกทำลายจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะจอประสาทตาเสื่อม (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงกับอัตราการตายในประชากรอายุระหว่าง 40-69 ปี พบว่า ทุก ๆ การเปลี่ยนแปลงของช่วงความดันโลหิตเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า ทุก ๆ การเพิ่มขึ้นของระดับความดันซิสโตลิก 10 มิลลิเมตรปรอทหรือทุก ๆ การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 5 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40 และโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ มีระดับความดันโลหิตปกติ (Kearney et al., 2005) ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ มักพบระดับความดันโลหิตสูงแบบซิสโตลิกร่วมกับไดแอสโตลิกซึ่งการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ คาดการณ์ได้ยาก

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและโรคไต (Hypertensive Nephrosclerosis) (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันและเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้มากกว่าผู้ที่มียกระดับความดันโลหิตปกติ เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีความไวต่อความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจึงมักไม่มีอาการนำหรือมีอาการของภาวะหัวใจวายหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ทราบได้ช้ากว่าคนที่มียกระดับความดันโลหิตปกติ และถึงแม้ว่าขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอกความดันโลหิตจะสูงขึ้น แต่เมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว ความดันโลหิตก็จะลดต่ำลง การพยากรณ์โรคจะขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิตก่อนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ ยิ่งความดันโลหิตสูงมากเท่าไรการบีบตัวของหัวใจจะเลวลงเท่านั้น การพยากรณ์โรคลงเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายก็ยิ่งแยกลงนั่นเอง ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มียกระดับความดันโลหิตปกติ (Kenchaiah et al., 2004 อ้างถึงใน พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ส่วนโรคไตที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นการเสื่อมสภาพของไตที่มีลักษณะจำเพาะ ประกอบด้วย Sclerosis และ Hyalinosis ของหลอดเลือดฝอยในไต ส่งผลให้มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ลดอัตราการกรองผ่านโกลเมอรูลัส และนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุด (Ibsen, Olsen, & Wachtell, 2005) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มากมาย การควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญ

#### แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ใช่การรักษาให้หายขาด แต่เป็นการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่ต่ำกว่า 90/ 60 มิลลิเมตรปรอท เพื่อคงสภาพระบบการไหลเวียนโลหิตที่เหมาะสม หากควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายจะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้เฉลี่ยร้อยละ 35-40 ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายลงได้เฉลี่ยร้อยละ 20-25 และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจวายได้มากกว่า ร้อยละ 50 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ในปัจจุบันมีแนวทางการดูแลรักษาที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างได้ผล คือ แนวทางการรักษาของคณะกรรมการ Joint National Committee ซึ่งได้มีแนวทางการรักษาออกมาเป็นฉบับที่ 8 (James et al., 2014) โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้นำแนวทางการรักษาดังกล่าวมาประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและได้กำหนดเป็นแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558 ซึ่งได้แนะนำการรักษาไว้ว่าประกอบด้วย 2 วิธีคือ

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยทุกรายต้องปฏิบัติ ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง คือ การจำกัดเกลือในอาหาร รับประทานอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงและไขมันต่ำ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ งดสูบบุหรี่และงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิต และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ในกรณีที่ผู้ป่วยตรวจพบความดันโลหิตสูงในครั้งแรกและยังไม่มีอาการของอวัยวะเป้าหมาย การรักษาให้เริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตอย่างน้อย 1 เดือน จากนั้นติดตามระดับความดันโลหิต หากพบว่ามีระดับความดันโลหิต  $\geq 140/90$  มิลลิเมตรปรอท จึงเริ่มรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตต่อไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2. การรักษาโดยการใช้นิยาลดความดันโลหิต ซึ่งให้เริ่มการรักษาเมื่อระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก  $\geq 90$  มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันโลหิตซิสโตลิก  $\geq 140$  มิลลิเมตรปรอท โดยตั้งเป้าหมายให้มีระดับความดันไดแอสโตลิก  $< 90$  มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันซิสโตลิก  $< 140$  มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่า สามารถลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และลดอัตราการตายลงได้ การเริ่มยาให้เลือกจากยาใน 4 กลุ่มนี้ คือ Thiazide-type diuretic, Calcium channel blockers (CCBs), Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) และ Angiotensin receptor blockers (ARBs) โดยที่ Thiazide-type diuretic จะรวมทั้ง Chlorthalidone และ Indapamide ด้วยยาทั้ง 4 กลุ่มมีประสิทธิภาพไม่ต่างกันในเรื่องการลดอัตราการตาย ลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดการ โรคหลอดเลือดสมองและผลต่อไต แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องโรคหัวใจล้มเหลว โดยประสิทธิภาพของ Thiazide-type diuretic มีประสิทธิภาพมากกว่า ACEIs, CCBs และ ACEIs (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ยากลุ่มที่สามารถใช้เสริมฤทธิ์จากยาหลัก ได้แก่ ยากลุ่ม Alpha-blockers (ABs) Beta-blockers (BBs) และ Renin-angiotensin-aldosterone (RAAS blockers) ยา ABs แนะนำให้ใช้เป็นยาตัวแรกได้กรณีเดียว คือ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะต่อมลูกหมากโตร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ยาจึงได้ผล ส่วน BBs มีการศึกษาเปรียบเทียบกับ ARBs พบว่า BBs มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมองที่สูงกว่า ARBs จึงแนะนำให้ใช้เป็นยาชนิดที่ 2 ร่วมกับยาหลักตัวอื่น แต่มีข้อยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็วหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถเลือก BBs ชนิดที่ออกฤทธิ์นานเป็นยาขนานแรกได้ สำหรับยา RAAS blockers เป็นยาใหม่ที่อยู่ระหว่างการศึกษาและยังไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาขนานแรกเช่นกัน



นอกจากนั้นยังมียาลดความดันโลหิตอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก และมีการศึกษาถึงผลระยะยาวน้อย จึงให้ใช้เป็นยาลำดับหลัง ๆ เพื่อเสริมฤทธิ์ของยาก่อผลหลัก ในกรณีที่ผู้ป่วยยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ Methyldopa, Colnidine และ Reserpine (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014)

จากแนวทางการรักษาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น ผู้ป่วยทุกคนต้องเริ่มต้นจากการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จึงเริ่มการรักษาโดยการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตควบคู่กันไปด้วย ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั่นเอง

### พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ริเริ่มขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) มีเหตุผล เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem, 2001, p. 43)

เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วย บาดเจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของร่างกายหรือมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป ความต้องการในการดูแลตนเองย่อมมีความแตกต่างออกไปจากภาวะปกติซึ่งเรียกความต้องการนี้ว่า ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ประกอบไปด้วยความต้องการต่าง ๆ ดังนี้ (Orem, 2001, p. 235)

1. แสวงหาและรับความช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างเหมาะสม จากบุคคลที่สามารถเชื่อถือได้ ในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. ตระหนักรู้และสนใจดูแลผลและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพ รวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง
3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการควบคุมการทำงานของร่างกายอย่างบูรณาการ แก้ไขความผิดปกติหรือชดเชยความทุพพลภาพ
4. ตระหนักและสนใจดูแลความไม่สุขสบายหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา หรือจากพยาธิสภาพของโรค รวมถึงผลกระทบจากการรักษาที่มีต่อการพัฒนาการ
5. ปรับอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ของตนเอง ในการยอมรับตนเองในฐานะของบุคคล ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษด้านสุขภาพ

6. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ผลของการวินิจฉัยโรคและการรักษา ปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้สามารถส่งเสริมพัฒนาการของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

จากลักษณะการดำเนินโรคของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีลักษณะ การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจึงยาวนานและต่อเนื่องเช่นกัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดต่อร่างกาย ผลกระทบที่เกิดจากการรักษา ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแล จัดการปัญหาสุขภาพ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงถือได้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องตามแนวทางการรักษาที่ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้แนะนำไว้มีดังนี้

1. การรับประทานอาหาร เพื่อคงไว้ซึ่งอาหารที่เพียงพอแต่ยังคงสอดคล้องกับแผน การรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะต้องรับประทานเกลือ โซเดียม ในปริมาณที่จำกัด รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงและไขมันต่ำ

1.1 รับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณที่จำกัด คือ ผู้ป่วยต้องได้รับเกลือโซเดียม จากการรับประทานไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยต้องคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ จากอาหารต่าง ๆ ได้แก่ เกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม ผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัม และซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียม ประมาณ 320-455 มิลลิกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การได้รับ เกลือโซเดียมในปริมาณที่จำกัดมีผลดีต่อผู้ป่วย คือ สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ โดยสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 8 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกได้ประมาณ 5 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากการรับประทานเกลือโซเดียมในปริมาณที่จำกัด สามารถช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตได้ อีกทั้งยังช่วยลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที และช่วยให้หลอดเลือดแดงใหญ่มีความยืดหยุ่นดีขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

1.2 รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงและไขมันต่ำหรือการใช้ Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) ซึ่งเป็นการแนะนำให้รับประทานผักผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมัน ในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2552) ดังนี้

1.2.1 การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง คือ การเพิ่มปริมาณกากใยในอาหาร 9-11 กรัมต่อวัน คือ การรับประทานอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน โดยผัก 1 ส่วนมีปริมาณเท่ากับ ผักดิบประมาณ 2 ทัพพี หรือผักสุก 1 ทัพพี รับประทานอาหารประเภทผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน โดยผลไม้ 1 ส่วนเท่ากับผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้ผลกลาง 1 ผล ซึ่งพบว่า สามารถช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 1.1 มิลลิเมตรปรอท ลดความดันโลหิต

โคเลสเตอรอลในเลือดได้เฉลี่ย 1.3 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Strepple, Arends, Veer, Grobbee, & Geleijnse, 2005)

1.2.2 ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว คือ การรับประทานไขมันไม่เกินวันละ 3 ส่วน ได้แก่ น้ำมันพืช 3 ช้อนชา มากา린 3 ช้อนชา หรือมายองเนส 1 ช้อนชา โดยน้ำมันพืชที่แนะนำ คือ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวันหรือน้ำมันคาโนล่า คีมนมไขมันต่ำ หรือผลิตภัณฑ์ปราศจากไขมัน 3 ส่วน ได้แก่ นมหรือโยเกิร์ต 1 ถ้วย (National Heart Lung and Blood Institute, 2015) การลดปริมาณไขมันในอาหารอาจไม่มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต แต่สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลงได้ซึ่งการมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงส่งผลให้หลอดเลือดเสียหายการบีบคั้นและทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2. การใช้ยาตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา ครบตามจำนวนทุกมื้อ ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ไม่หยุดยา และสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการรับประทานยา เรียนรู้ผลข้างเคียงของยาที่ได้รับแต่ละชนิด (พรทิพย์ ชูจอหอ, 2555)

3. ออกกำลังกาย เพื่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งยังช่วยในการควบคุมการทำงานของร่างกายให้มีประสิทธิภาพ วิธีออกกำลังกายที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ซึ่งก็คือ การออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ให้มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ให้เหงื่อออกชุ่มตัว ใช้เวลานานต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 30 นาที โดยแบ่งเป็นช่วงอบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที ช่วงออกกำลังกายแอโรบิกไม่ต่ำกว่า 12 นาที และช่วงฟื้นฟูร่างกายให้อยู่ในสภาพปกติอีกประมาณ 5-10 นาที ควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ รวมแล้วต้องไม่ต่ำกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น (วรศักดิ์ ลาภานันท์, 2554) การออกกำลังกายอย่างถูกต้องขึ้นอยู่กับช่วงเวลาด้วยเช่นกัน คือ ให้ออกกำลังกายก่อนมีอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง อีกทั้งผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ คือ เมื่อมีอาการผิดปกติใด ๆ ให้หยุดออกกำลังกายและพบแพทย์เพื่อแจ้งอาการดังกล่าวให้ทราบด้วย

4. การจัดการความเครียดเพื่อเป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง อีกทั้งยังเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความเครียดผู้ป่วยจะต้องมีวิธีในการจัดการความเครียดเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง ถึงแม้ว่าเทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ จะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงชั่วคราวและยังไม่มีหลักฐานบ่งชี้ถึงวิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่การจัดการความเครียดมีผลต่อจิตใจและช่วยให้อารมณ์

พาราซิมพาเทคทำงานได้ดีขึ้น จึงเป็นผลดีต่อการทำงานของหลอดเลือดทั่วร่างกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; Leung et al., 2016; Oberg, 2009)

5. ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี่

5.1 งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ได้ แต่ในปริมาณที่จำกัด คือ ดื่มได้ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง (หนึ่งดื่มมาตรฐาน เท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม หรือประมาณ 12.5 มิลลิลิตร) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์นั้น มีผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2 มิลลิเมตรปรอท (Zilkens et al., 2005) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกจากเพิ่มระดับความดันโลหิตแล้วยังพบว่ากระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยทุกคนจึงต้องงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

5.2 เลิกสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้แรงต้านทานของผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเป็นเหตุให้หลอดเลือดแดงแข็งในระยะยาว และมีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวในทันที และหดตัวอยู่นาน 15-30 นาที ต่อการสูบบุหรี่ 1 มวน อีกทั้งสารนิโคตินยังเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทันทีที่สูบบุหรี่ (พีระ บูรณกิจเจริญ, 2553)

6. มาตรฐานตามนัด เพื่อใส่ใจผลการรักษาความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ผู้ป่วยต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งและสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่นอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา อาการบ่งบอกถึงการมีระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น อาการที่เป็นอาการนำของภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบเป็นต้น (พรทิพย์ ชูจอหอ, 2555)

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ภาวินี ศรีสันต์ (2552) ศึกษาความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยจำนวน 130 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.62 ปี พบว่าความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 61.5 และ 57.7 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ เมธา ขัตตินานนท์ และเสริมทรัพย์ พุ่มพุทรา (2551) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ในผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 480 คน อายุเฉลี่ย

ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 62.4 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 43.4 ไม่หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรค และการศึกษาของ อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทุพพลาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 251 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.73 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทุพพลาอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.30 เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ร้อยละ 78.48 หยุดรับประทุพพลาเมื่อรู้สึกว่าคุณความดันโลหิตลดลง

การศึกษาของ พิมพ์พร คงชุ่ม (2552) ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 190 คน ที่มาตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.01 ปี พบว่า ร้อยละ 28.9 ใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซุปผงสำเร็จรูปหรือเครื่องแกงสำเร็จรูปในการปรุงอาหารเป็นประจำ และร้อยละ 5.8 ยังคงสูบบุหรี่ ส่วนการศึกษาของ พรพิมล ว่องไว (2554) ศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิใน 9 อำเภอของจังหวัดสระแก้ว จำนวน 291 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.22 ปี พบว่า ร้อยละ 63.3 เติมน้ำปลาเพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ร้อยละ 18.2 ไม่ออกกำลังกาย

จึงเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเกิน 60 ปี

### **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในงานวิจัยนี้ได้เลือกปัจจัยที่มีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคลเพื่อการปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค (สภาพัฒนาแห่งชาติ, 2558) ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ในส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งกล่าวว่า บุคคลต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งมีความสัมพันธ์กับความซับซ้อนของบุคคลในการนำศักยภาพของตนมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง มีเป้าหมายคือ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายและส่งเสริมให้ชีวิตมีความสุข (Orem, 2001, pp. 254-255) ความสามารถในการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณสมบัติขั้นพื้นฐานพลังความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

### ความแตกต่างด้านสุขภาพ

Orem (2001) กล่าวว่า บุคคลต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับของคุณสมบัติขั้นพื้นฐานซึ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างจงใจและมีเป้าหมาย โดยแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ (Knowing) และความสามารถที่จะทำ (Doing) อธิบายถึงความสามารถและทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น ความสามารถในการหาและใช้เหตุผล การเข้าใจตนเอง การยอมรับตนเอง อีกทั้งยังกล่าวถึง ทักษะที่จำเป็นพื้นฐาน คือ ทักษะด้านการเรียนรู้ซึ่งประกอบไปด้วย ทักษะการอ่าน การเขียน การนับเลข การทำความเข้าใจในการดูแลตนเองซึ่งหากบุคคลมีความพร้อมในคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ก็จะไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ซึ่งในส่วนของทักษะด้านการเรียนรู้มีความสอดคล้องกับแนวคิดความแตกต่างด้านสุขภาพ

ความแตกต่างด้านสุขภาพ ในภาษาไทยมีการเรียกไว้แตกต่างกันตามเป้าหมายและการนำไปใช้ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขใช้คำว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพใช้คำว่า การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อ และสำนักงานสถิติแห่งชาติใช้คำว่า ความฉลาดทางสุขภาพเพื่อใช้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) ในการวิจัยนี้ใช้คำว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพตามสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ความแตกต่างด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพและการนำข้อมูลไปใช้ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร, 2559) เป็นการเรียนรู้แสวงหาข้อมูลเพื่อนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวันจนเกิดความแตกต่างในข้อมูลนั้น แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากการเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดการรู้หนังสือกับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งอยู่ภายใต้ขอบเขตของการรู้หนังสือที่เกี่ยวข้องกับบริบทด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2009) ระดับการรู้หนังสือเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ บุคคลต้องมีระดับของความแตกต่างด้านสุขภาพที่เพียงพอจึงจะสามารถดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ (WHO, 2009) บุคคลที่ไม่มีความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่ได้รับทำให้มีความยากลำบากต่อการนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินชีวิต (นภาพร วาณิชยกุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2556) ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ มีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลที่ยาวนาน (DeWalt et al., 2004 cited in WHO, 2009)

ความแตกต่างด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วยทักษะพื้นฐานที่ช่วยในการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ และใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการอ่าน ทักษะด้านตัวเลข

และทักษะการทำความเข้าใจ (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2551)

1. ทักษะด้านการอ่าน (Reading skill) หมายถึง ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ในเอกสารที่อ่านและเลือกอ่านเอกสาร เพื่อทำความเข้าใจคำศัพท์ใหม่หรือข่าวสารต่าง ๆ
2. ทักษะด้านตัวเลข (Numeric skill) หมายถึง ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการคิดคำนวณตัวเลขหรือการทำความเข้าใจในตัวเลข
3. ทักษะการทำความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง ความสามารถในการอ่าน และเชื่อมโยงความรู้เดิม เพื่อใช้อธิบายในสิ่งที่อ่าน

ระดับของความแตกฉานด้านสุขภาพ Nutbeam (2008) ได้แบ่งความแตกฉานด้านสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ คือ Functional health literacy, Interactive health literacy และ Critical health literacy

1. Functional health literacy หรือความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข เช่น การอ่านใบคำยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ทั้งทางวาจาและการเขียนจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ เช่น การรับประทานยา การดูแลตนเองที่บ้าน การมาตรวจตามนัดหมาย
2. Interactive health literacy หรือความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ การมีพหุทธิปัญญาร่วมกับทักษะทางด้านสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ เลือกประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ
3. Critical health literacy หรือความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณ์ญาณ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เน้นการกระทำของบุคคล และการมีส่วนร่วมในการผลักดันสังคม

องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นว่าความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของบุคคล ในระดับที่เพียงพอจะมีผลต่อการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (WHO, 2009)

**ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** การศึกษาเกี่ยวกับ ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร (2559) ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัด จำนวน 3,676 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 859 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 798 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2,019 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความแตกฉานด้านสุขภาพ

ระดับรู้แจ้งเพียงร้อยละ 10.7 ซึ่งความแตกฉานด้านสุขภาพระดับรู้แจ้งหมายถึง การอ่านคำที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างใช้บริการ ได้ถูกต้อง การเข้าใจเรื่องราวที่พูดคุยสื่อสารกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ ผลการศึกษายังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับแตกฉานเพียงร้อยละ 14.9 ซึ่งความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับแตกฉานหมายถึง การสามารถทำความเข้าใจในเรื่องราวนั้น ๆ นำไปใช้ในการปฏิบัติ และการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ในบริบทของตนเอง ได้แก่ในชีวิตประจำวัน ในสถานการณ์พิเศษ ในอนาคต แสดงให้เห็นว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนน้อยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้งแตกฉาน สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ จนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ

#### **ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเอง**

ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง กล่าวคือ ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสวงหาและใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนจะต้องมีความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างพอเพียง (Kickbusch, Wait, & Maag, 2005) เนื่องจากในระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันมีการให้ข้อมูลเป็นการเขียนบรรยายในเอกสาร อธิบายผ่านสื่อด้านสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ เป็นส่วนใหญ่แทนการอธิบายเป็นคำพูด เพื่อรองรับกับการให้บริการผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร มีข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อยู่มากมาย ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าบุคคลไม่สามารถรับรู้ ประมวลผล และเข้าใจ ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพที่ถูกต้องก็จะไม่สามารถตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้ดีได้นั่นเอง ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (WHO, 2009)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย ทักษะที่จำเป็นพื้นฐาน ได้แก่ ด้านการอ่าน ด้านตัวเลข และการทำความเข้าใจ เป็นทักษะที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง (Orem, 2001) หากบุคคลมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอก็จะสามารถตัดสินใจได้ว่าข้อมูลที่ได้รับเป็นอย่างไรและจะนำมาใช้เพื่อการดูแลตนเองได้อย่างไร ความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองจึงมีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 251 ราย พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $r = .28, p < .001$ ) แสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ป่วย



มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพเพียงพอก็จะมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ดี (อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558) นอกจากนี้ ยังได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 85 ราย ที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ( $r = .46, p < .01$ ) แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีความแตกต่างด้านสุขภาพที่เพียงพอผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (สมฤทัย เพชรประยูร และคณะ, 2555) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างด้านสุขภาพกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 85 คนที่มาตรวจตามนัด คลินิกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพสูง จะมีคะแนนภาวะการทำหน้าที่สูงตามไปด้วย ( $r = .37, p < .01$ ) (สันติ ขอมประ โคม, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ, คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และเจริญ ชูโชติถาวร, 2557)

นอกจากนี้ผลการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยนอก จำนวน 49 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กันทางบวก ( $r = .36, p < .01$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพสูงก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีด้วย (Chen et al., 2011) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงอำนาจการทำนายของความแตกต่างด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่งในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตัวเอง ( $\beta = .21, p < .01$ ) (Lee et al. 2016) และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 208 คน ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกเช่นกัน พบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการเบาหวานด้วยตนเองได้ ( $\beta = .39, p < .01$ ) (Wallace, Carlson, Malone, Joyner, & DeWalt, 2010)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพฤติกรรมการใช้ยา ยังไม่ได้มีการศึกษาในพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด อีกทั้งจากผลการวิจัยพบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน

### การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองต้องมีความสามารถในการประเมินตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต้องการได้หรือไม่ ถ้าประเมินว่ามั่นใจจะกระทำสำเร็จ จะตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ และลงมือกระทำการดูแลตนเอง (Orem, 2001) การประเมินตนเองว่ามีความสามารถเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลใดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมใดสูง มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น ไม่คงที่ เป็นสิ่งที่สามารถสร้างขึ้นหรือส่งเสริมให้มีเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งสามารถสร้างได้จาก 4 แหล่งต่อไปนี้ (Bandura, 1997)

1. ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ (Enactive mastery experiences) ซึ่งเป็นแหล่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากบุคคลเมื่อเคยมีประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน เป็นประสบการณ์ตรงทำให้บุคคลเชื่อว่าตนสามารถทำได้ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง และหากบุคคลมีประสบการณ์ที่ล้มเหลวก็จะมี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำด้วยนั่นเอง หากบุคคลเคยมีประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จมาก่อน ก็จะมี ความคาดหวังว่าจะสามารถประสบความสำเร็จได้อีกครั้ง แต่เมื่อเกิดความล้มเหลว จะทำให้เกิดความย่อท้อได้ง่ายด้วยเช่นกัน การที่บุคคลมีทั้งประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ และล้มเหลว จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ยืดหยุ่น ซึ่งจะช่วยเป็นแรงผลักดันในการเอาชนะต่ออุปสรรค ความยุ่งยากและความล้มเหลวที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลแสวงหาคุณค่าของเป้าหมาย และเรียนรู้ ที่จะสร้างเสริมความสามารถของตนเอง เพื่อที่จะประสบความสำเร็จให้ได้อีกครั้ง

2. ประสบการณ์จากความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) การได้เห็น ประสบการณ์ของบุคคลอื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แล้วประสบความสำเร็จ (Model) มีผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น เป็นการเปรียบเทียบการกระทำแบบเดียวกันหรือใกล้เคียงของตนเองกับผู้อื่น มีผลให้บุคคลเรียนรู้ทักษะหรือพฤติกรรมจากบุคคลอื่น เพื่อที่จะประสบความสำเร็จเช่นนั้นบ้าง แต่ถ้าประสบการณ์ของบุคคลอื่น มีผลที่ไม่น่าพึงพอใจ บุคคลก็จะเรียนรู้ที่จะไม่ปฏิบัติหรือยุติการกระทำพฤติกรรมแบบเดียวกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การถูกชักจูงหรือชี้แนะด้วยคำพูดทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จ กระตุ้นให้บุคคลใช้ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สามารถทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เปลี่ยนแปลงได้ และเพื่อให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น ผู้ชักจูงควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ของความสำเร็จในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน การชักจูงด้วยคำพูด เช่น การกล่าววาทะ ชมเชย สามารถทำได้ง่าย แต่ผลของการชักจูงมีน้อย จึงควรกระทำร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแหล่งอื่น

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) บุคคลจะตัดสินความสามารถของตนเองจากการประเมินสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ กล่าวคือ ไม่ว่าจะมีสภาวะทางอารมณ์ในทางบวกหรือลบ หรือในสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น การที่บุคคลถูกข่มขู่ จนเกิดความกลัว หรือมีความเครียดสูง ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง หรือการที่สภาวะร่างกายในภาวะที่บุคคลเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก็จะลดลง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการตรวจตามนัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงที่สุดคือการรับประทานยา การตรวจตามนัด รองลงมาคือการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด การรับประทานยา โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่น้อยที่สุด คือ การออกกำลังกาย (พรพิมล ว่องไว, 2554)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมใด จะกำหนดการกระทำพฤติกรรมนั้น ประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับขนาดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาวะการณั้ นั้น ๆ (Bandura, 1997) หมายความว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอ บุคคลที่มีความเชื่อว่ในสภาวะการณั้ นั้นตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองได้ จึงปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในสภาวะการณั้ นั้น จากผลการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 98 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานยา ( $r = .55, p < .01$ ) (ศรัทธา ประกอบชัย และคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 291 คนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ( $r = .23, p < .001$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การออกกำลังกายด้วยเช่นกัน ( $r = .22, p < .001$ ) (พรพิมล ว่องไว, 2554) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 302 คน พบว่า การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = .78, p < .01$ ) (ภัศราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา, 2556)

ในการศึกษาความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการใช้ยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ซึ่งมารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 321 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลโดยตรงกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $\beta = .54, p < .01$ ) (Pinprapapan et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Namwong et al. (2015) เกี่ยวกับปัจจัย ทำนายความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 341 ราย ที่มารับบริการ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลโดยตรงกับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ( $\beta = .69, p < .01$ ) ซึ่งความร่วมมือ ในการรักษานี้ครอบคลุมทั้งการใช้ยาและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### **การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ**

การสื่อสาร หมายถึง การทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ตรงกัน (จุฬา วิทยานุกรม, 2554) อ้างถึงใน สุรัมย์ภา รอดมณี, 2556) การสื่อสารสามารถแบ่งได้ 2 แบบ คือ แบบสื่อสารแบบวัจนภาษา เป็นการสื่อสารด้วยการพูด การเขียนและสัญลักษณ์ต่าง ๆ และการสื่อสารแบบอวัจนภาษา เป็นการสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง เช่น สายตา การสัมผัส การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการสื่อสาร ทั้ง 2 แบบสามารถเกิดขึ้นได้พร้อม ๆ กัน (สุรัมย์ภา รอดมณี, 2556)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อการดูแล สุขภาพเป็นการใช้ศิลปะหรือเทคนิคในการบอกกล่าวและจูงใจแก่ผู้ป่วย (Ratsan et al., 1994

อ้างถึงใน พรทิพย์ เย็นจะบก, 2547) เป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพแสดงออกเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ มั่นใจ ในการดูแลที่ได้รับการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพนั้น มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพของตนเอง และเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Ong et al., 1995) หลักของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ คือ การสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเองทักทายผู้ป่วย การดูแลที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับความกังวลใจของผู้ป่วย ฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวด้วยความเต็มใจ ไม่ยึดติดกับคำถามปลายปิด บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูล อย่างเหมาะสมไม่มากเกินไป สอบถามถึงข้อมูล ความรู้ ความเชื่อที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิมก่อนให้ข้อมูล กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาด้วยตนเอง (วิระศักดิ์ ชลไชยะ, สุชีรา นัทรเพริศพราย, ชัยณุ พันธุ์เจริญ และจรวงจิตร งามไพบุลย์, 2556)

องค์ประกอบของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ Stewart et al. (1999) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่ถูกต้องและสมบูรณ์ มีองค์ประกอบที่จำเป็น ดังนี้

1. ความชัดเจนของการสื่อสาร เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของการสื่อสาร การใช้ภาษาของบุคลากรสุขภาพ อธิบายด้วยภาษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ ใช้คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ให้น้อยที่สุด เลือกใช้คำหรือข้อความที่เข้าใจง่าย ข้อความไม่คลุมเครือ พูดอย่าง ชัดถ้อยชัดคำ มีจังหวะที่เหมาะสม

2. การอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาการของการเจ็บป่วยขณะนั้น อาการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมไปถึงแนวโน้มการพยากรณ์โรค ผลการตรวจ การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. การฟังอย่างตั้งใจระหว่างการสนทนา คือ การค้นหาและใส่ใจเกี่ยวกับปัญหา ความกังวลใจ และความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพจะต้องให้เวลากับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เพื่อที่จะค้นหาปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสบายใจ ที่จะสนทนาเกี่ยวกับความกังวลใจ ซักถามและรับฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจ แสดงออกให้ผู้ป่วยทราบว่า มีความตระหนักในปัญหาหรือความกังวลใจของผู้ป่วยอย่างจริงจัง

**การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับบุคลากรสุขภาพ** โรคความดันโลหิตสูงเป็น โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการในระบบบริการสุขภาพอยู่บ่อยครั้ง ธรรมชาติของโรคไม่อาจรักษาให้หายขาดแต่สามารถควบคุมและป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ เพื่อให้การสื่อสารเกิดประสิทธิภาพ จึงควรเป็นไปด้วยความเป็นกันเอง ให้กำลังใจ มีความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารในระหว่างการรับการรักษา ครอบคลุมเกี่ยวกับโรค

และวิธีการรักษา (ซิษณุ พันธุ์เจริญ และจรงจิตร์ งามไพบูลย์, 2552) ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรักษาประกอบด้วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตและการใช้ยาที่ได้กล่าวมาแล้ว การสื่อสาร จึงควรครอบคลุมทั้ง 2 วิธี จากการทบทวนงานวิจัย พบการศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงกับบุคลากรสุขภาพ ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 402 คน ที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในเขตภาคกลางของไทย เป็นการศึกษาถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพของการสื่อสารที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Saleema et al., 2016)

**ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง** เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองจะแสวงหาบริการสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพจึงเกิดขึ้น และบุคคลจะเป็นผู้ประเมินว่าการสื่อสารที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร และจะตอบสนองต่อการสื่อสารนั้นอย่างไร หากการสื่อสารที่เกิดขึ้นบุคคล ประเมินว่าเป็นการสื่อสารที่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะนำสิ่งที่ได้จากการสื่อสารไปปฏิบัติ การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นพลังความสามารถประการหนึ่ง ในการทำให้บุคคล กระทำการดูแลตนเอง ได้ (Orem, 2001)

โรคความดันโลหิตสูงมีความซับซ้อนในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง จากบุคลากรสุขภาพ การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาและปฏิบัติตาม คำแนะนำที่ได้รับ การสื่อสารที่ดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพการ รับฟัง เข้าใจอาการตนเองและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน (Branon and Feist, 2007 อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา สีมสุวรรณ, 2555) เมื่อผู้ป่วยเกิดความเชื่อใจ มั่นใจ และเข้าใจว่าคุณภาพต้องการสื่อสารอะไรจึงปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพจึงมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย กับบุคลากรสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ( $\beta = .52, p < .001$ ) (Saleema et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $\beta = .42, p < .01$ ) โดยความร่วมมือในการรักษาหมายถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับ

การใช้ยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการมาตรวจตามนัด ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 321 ราย แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีผู้ป่วยจะเชื่อและมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีด้วย (Pinprapapan et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยทำนาย และความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 341 ราย ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพมีอิทธิพล โดยตรงกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ( $\beta = .34, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีด้วย โดยความร่วมมือในการรักษานี้ครอบคลุม 2 ส่วน คือ การใช้ยาและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการจัดการความเครียด (Namwong et al., 2015)

นอกจากนั้นยังพบการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 88 คน ศึกษาถึงปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วย พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองได้ ( $\beta = .23, p < .05$ ) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 รายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองที่ดีด้วย (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ, 2554) ส่วนการศึกษาในประเทศจีน ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์บริการปฐมภูมิ จำนวน 222 คน พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ( $\beta = .14, p < .05$ ) (Gao et al., 2013) อีกทั้งยังมีงานวิจัยเชิงคุณภาพของ มณีนรัตน์ เลขยัน (2552) ซึ่งศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจำนวน 43 คน ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพเป็นการสื่อสารที่ดีจะมีความมั่นใจในการรักษา และจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วย จากผลการวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองยังมีอยู่อย่างจำกัด แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพฤติกรรมอื่น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการจัดการตนเองได้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย

## โรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่จำกัดเกลือในอาหาร (ปรีดา สุริยะ, 2553; พรพิมล ว่องไว, 2554) ไม่ออกกำลังกาย (ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, 2550; จุฑารัตน์ ทิพย์ญาณ, 2554) สูบบุหรี่ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) และดื่มสุรา (อิธินันต์ สุนันทศิลป์, 2556) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี (จุฑารัตน์ ทิพย์ญาณ, 2554; สุมาลี วัจนกร และคณะ, 2551; อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558; Namwong et al., 2015) ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตในวัยผู้ใหญ่มีมากขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมา จึงไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ได้ทั้งหมด และการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในทุกด้าน ยังมีอยู่อย่างจำกัด ส่วนใหญ่พบการศึกษาในพฤติกรรมรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย มีส่วนน้อยที่ศึกษาในพฤติกรรมจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรฐานตามนัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิวัยผู้ใหญ่ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมดูแลตนเองตามคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) เพื่อนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิวัยผู้ใหญ่ให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี เพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Prediction correlation study) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ทั้งเพศชายและหญิงที่รับบริการตรวจรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด

3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ไม่มีความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ Power analysis (Mayr, Erdfelder, Buchner, & Faul, 2007) โดยในงานวิจัยนี้กำหนดการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบสำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ กำหนดค่าอิทธิพลปานกลาง  $f^2 = .15$  Alpha = .05 Power = .80 โดยมีตัวแปรทำนาย จำนวน 3 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่าง 77 คน

**การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน มีวิธีการดังต่อไปนี้

1. ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากทะเบียนนัดผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป HOSxP

2. คัดลอกรายชื่อ จัดทำเป็นฉลากรายชื่อ แล้วจับฉลากขึ้นมาเป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดทั้งหมด

3. ในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มาจากทะเบียนจากระบบคอมพิวเตอร์ โดยไปพบกลุ่มตัวอย่างตามลำดับที่มาจากทะเบียนรอรับบริการ

### สถานที่เก็บข้อมูล

ได้แก่ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดให้บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ช่วงเวลา 8.00 น.-16.00 น. ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 ของโรงพยาบาล จากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลหนองม่วง ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 4,186, 4,304 และ 4,662 ราย ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยที่มีอายุ 30-60 ปี จำนวน 2,060 ราย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงเฉลี่ยวันละ 110 คน โดยมีผู้ป่วยที่มีอายุ 30-60 ปี เฉลี่ยร้อยละ 50 หรือประมาณ 55 คนต่อวัน มีแพทย์ออกตรวจวันละ 3 คน มีพยาบาลประจำการ 3 คน

หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นจะต้องมาตรวจรักษาตามการนัดหมาย โดยผู้ป่วยรายใหม่จะนัดทุก 1 เดือน 3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg จะนัดทุก 2 เดือน แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg จะนัดมาทุก 1 เดือน สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ทุกคนจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

บริการผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูง มีดังนี้ หลังจากผู้ป่วยขึ้นบัตรประชาชนหรือสมุดประจำตัวผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูงที่ห้องบัตรแล้วจะได้รับการวัดสัญญาณชีพก่อนพบพยาบาลหน้าห้องตรวจ เพื่อซักประวัติ สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ให้สุศึกษา ระบายบุคคลก่อนเข้าพบแพทย์ และรอรับยาในลำดับต่อไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด ได้แก่ แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. **แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ขาดความดันโลหิตที่ได้รับในปัจจุบัน โรคร่วม และค่าความดันโลหิตเฉลี่ย โดยใช้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของวันที่เก็บข้อมูลกับของวันที่มาตรวจตามนัดย้อนหลังภายใน 3 เดือน 2 ครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดน้อยกว่า 2 ครั้งใน 3 เดือน หรือเป็นผู้ป่วยใหม่ที่เพิ่งมาตรวจตามนัดเพียง 1 ครั้ง ให้ใช้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของวันที่เก็บข้อมูลกับวันที่มาตรวจตามนัดครั้งก่อน

2. **แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่** เป็นแบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ของ Manit et al. (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบทดสอบ Short-test of function health literacy in adults (S-TOFHLA) (Baker, Williams, Parker, & Gazmararian, 1999)

S-TOFHLA เป็นแบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่อย่างย่อ แบบทดสอบนี้ใช้ในการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่โดยทั่วไป โดยมี 2 ส่วน ส่วนแรก คือการทำความเข้าใจในสิ่งพิมพ์ด้านสุขภาพ เป็นทักษะด้านตัวเลข ซึ่งเป็นการอ่านฉลากยา บัตรนัด และการแปลผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และส่วนที่สอง เป็นทักษะการอ่านและทำความเข้าใจในบริการด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การเตรียมตัวเพื่อการตรวจในช่องท้องซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจะได้พบในโรงพยาบาล และตอนที่ 2 การใช้สิทธิบริการด้านประกันสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบเติมคำในช่องว่าง

Manit et al. (2011) ได้นำแบบทดสอบส่วนที่ 1 การทำความเข้าใจในสิ่งพิมพ์ด้านสุขภาพ และส่วนที่ 2 การวัดทักษะเกี่ยวกับการอ่านและการทำความเข้าใจในบริการสุขภาพ มาแปลด้วยวิธีการแปลจากต้นฉบับและแปลย้อนกลับ (Backward and forward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษารวม 6 คน สำหรับส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิบริการด้านประกันสุขภาพได้ตัดออกเนื่องจากไม่มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย แบบประเมินทั้งหมด 11 ข้อ ได้แก่ การทำความเข้าใจในสิ่งพิมพ์ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และทักษะเกี่ยวกับการอ่านและการทำความเข้าใจในบริการสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ดังนั้น คะแนนจึงมีค่าตั้งแต่ 0-11 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึง มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ

แบบทดสอบนี้ได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับข้อคำถามจากแบบสอบถามของ Manit et al. (2011) ที่ถามเกี่ยวกับการแปลผลระดับน้ำตาลของผู้ป่วย เป็นการแปลผลระดับความดันโลหิต เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

**3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน** ใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นโดย อภินันท์ คุตระกุล (2545) สร้างจากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1998) ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 6 ข้อ ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ด้านการตรวจตามนัด 2 ข้อ และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 5 ข้อ รวมทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด คือ ปฏิบัติทุกวัน ใน 1 สัปดาห์

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้มาก คือ ปฏิบัติ 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง คือ ปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้น้อย คือ ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ คือ ไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

คะแนนรวมทั้งหมดยังมีค่าตั้งแต่ 29-145 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนสูงหมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

อภินันท์ คุตระกุล (2545) ได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78

**4. แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ** เป็นแบบสอบถามที่ Pinprapapan et al. (2013) แปลจากแบบสอบถาม The provider-patient communication scale for chinese person with type 2 diabetes (Xu, 2005) ด้วยวิธีการแปลจากต้นฉบับและแปลย้อนกลับ (Backward and forward translation) โดยได้มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับคนไทยที่เป็นโรค

ความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ใน 3 ด้าน คือ ความชัดเจนในระหว่างการสนทนา 2 ข้อ การอธิบายเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง 4 ข้อ และการฟังอย่างตั้งใจระหว่างการสนทนา 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด เท่ากับ 9-36 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับสื่อสารอยู่ในระดับดี

Pinprapapan et al. (2013) ได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน หากค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

#### 5. แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 5 ข้อ และด้านการตรวจตามนัด 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบมีปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติบางครั้ง คือ ปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติเลย ใน 1 สัปดาห์

ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับลักษณะคำตอบจากมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็น 5 ระดับ เพื่อให้คำตอบมีช่วงความถี่ของการปฏิบัติเป็นจำนวนวันต่อสัปดาห์เท่ากัน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ ปฏิบัติ 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติบางครั้ง คือ ปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คือ ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 30-150 คะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมจะแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี ปานกลาง และน้อย โดยใช้ค่าคะแนนมากที่สุดที่เป็นไปได้ ลบด้วยคะแนนน้อยที่สุดที่เป็นไปได้หารด้วยจำนวนระดับ (รัษฎุมิ สมสมัย, 2555) ส่วนการแปลผลคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้านใช้วิธีเช่นเดียวกับการแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	คะแนนที่ เป็นไปได้	ระดับพฤติกรรม		
		น้อย	ปานกลาง	ดี
พฤติกรรมโดยรวม	30-150	30-70	71-110	111-150
ด้านการรับประทานอาหาร	6-30	6-14	15-22	23-30
ด้านการออกกำลังกาย	6-30	6-14	15-22	23-30
ด้านการรับประทานยา	5-25	5-11	12-18	19-25
ด้านการจัดการความเครียด	5-25	5-11	12-18	19-25
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	5-25	5-11	12-18	19-25
ด้านการตรวจตามนัด	3-15	3-7	8-11	12-15

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ เท่ากับ 0.76 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.90

แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.74

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดย การนำเสนอเค้าโครงการงานวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณา จากนั้น ในวันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ จากงานวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วม การวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และถึงแม้ว่าตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเช่นเดียวกัน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในแบบฟอร์มคำยินยอม ผู้วิจัยตรวจสอบลำดับการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการบริการตามปกติ การวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ นำเสนอผลการวิจัย เป็นภาพรวม เป็นค่าสถิติเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอนองม่วง จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล หนองม่วง อำเภอนองม่วง จังหวัดลพบุรี และเมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการแล้ว จึงเข้าพบ หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและดำเนินการรวบรวมข้อมูล

#### วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยในวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับที่มากขึ้นทะเบียนรรับบริการ ในช่วงเวลาก่อนการรับบริการตรวจจากแพทย์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน

การรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ และให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยที่ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า เมื่อถึงคิวการรับบริการ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับบริการตามปกติ โดยผู้วิจัยเป็นคนตรวจสอบให้

ถ้าหากผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามลำดับที่ลงทะเบียนแล้วพบว่า ลำดับที่ในการเข้ารับ การตรวจจากแพทย์เหลือไม่ถึง 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยจะขอนัดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากที่ได้รับ การตรวจจากแพทย์

2. ผู้วิจัยพาผู้เข้าร่วมวิจัยไปยังห้องสำหรับทำแบบสอบถามซึ่งเป็นห้องที่ใช้สำหรับ ให้คำปรึกษาอยู่ในบริเวณตึกผู้ป่วยนอก หลังจากนั้น ผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถาม ได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถาม

3. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยเริ่มจากแบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบแบบสอบถาม ผู้ป่วยแต่ละคนใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที จากนั้น ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณพร้อมทั้งแจ้งลำดับการรับบริการให้ทราบ และนำผู้ป่วยไปส่งเพื่อ รอรับการบริการต่อไป

5. หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่อง ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต ยา และโรคร่วม จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามข้อ 1-5 เก็บข้อมูลในวันอังคารและวัน พฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 07.00-16.00 น. จนได้ตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องมาบันทึกและวิเคราะห์ ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



3. วิเคราะห์อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยก่อนการวิเคราะห์ต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติดังกล่าวก่อน ซึ่งได้แก่ ตัวแปรแต่ละตัวมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normality) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะ  
แห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2559  
ผลการวิจัยได้นำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้  
สมรรถนะแห่งตน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน  
และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค  
ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

##### ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 77 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.7 มีอายุเฉลี่ย 46.29 ปี  
(SD = 7.80) มีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา  
ร้อยละ 48.1 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 45.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีรายได้ที่ได้รับ  
มีความเพียงพอร้อยละ 77.9

ด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย คือ 135.17  
มิลลิเมตรปรอท (SD = 14.63) และมีระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิกเฉลี่ย คือ 80.70 มิลลิเมตร  
ปรอท (SD = 10.81) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140  
มิลลิเมตรปรอท ถึงร้อยละ 41.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับหรือ  
มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 19.5 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง  
น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 76.6 โดยระยะเวลาเฉลี่ย คือ 3.87 ปี (SD = 3.39) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับ  
ยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด ร้อยละ 49.4 และขาดระดับความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับมากที่สุดได้แก่

ACEIs กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 53.2 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.6 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์ ร้อยละ 46.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 77)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>ข้อมูลทั่วไป</b>		
<b>เพศ</b>		
หญิง	46	59.7
ชาย	31	40.3
<b>อายุ (ปี) (<math>\bar{x}</math> = 46.29, SD = 7.80 )</b>		
30-40	19	24.7
41-50	33	42.8
51-60	25	32.5
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	63	81.8
โสด	7	9.1
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	7	9.1
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา	37	48.1
มัธยมศึกษา	28	36.4
ปริญญาตรี	12	15.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	35	45.5
เกษตรกร	21	27.4
ค้าขาย	12	15.6
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5	6.5
ไม่ได้ทำงาน	4	5.0
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอ	60	77.9
ไม่เพียงพอ	17	22.1
<b>ข้อมูลด้านสุขภาพ</b>		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
( $\bar{x} = 3.87$ , $SD = 3.39$ , $Range = 2$ เดือน-15 ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	59	76.6
5-10 ปี	13	16.9
มากกว่า 10 ปี	5	6.5
<b>การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง</b>		
ไม่เคยได้รับ	8	10.4
เคยได้รับ	69	89.6
แพทย์	32	46.4
พยาบาล	24	34.8
แพทย์และพยาบาล	6	8.7
เภสัชกร	2	2.8
แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ	5	7.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg) ( $\bar{x}$ = 135.17, SD = 14.63, Range = 100-183 )		
น้อยกว่า 140	45	58.4
เท่ากับหรือมากกว่า 140	32	41.6
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg) ( $\bar{x}$ = 80.70, SD = 10.81, Range = 62-112 )		
น้อยกว่า 90	62	80.5
เท่ากับหรือมากกว่า 90	15	19.5
จำนวนขาดความดันโลหิตที่ได้รับในปัจจุบัน		
1 ชนิด	38	49.4
2 ชนิด	33	42.8
3 ชนิด	5	6.5
4 ชนิด	1	1.3
*ขาดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆที่ได้รับในปัจจุบัน (n = 123)		
ACEIs	42	34.2
CCBs	36	29.3
Diuretics	19	15.4
BBs	19	15.4
ARBs	7	5.7
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	41	53.2
มีโรคร่วม (มีได้มากกว่า 1 โรค)	36	46.8
ไขมันในเลือดสูง	20	55.6
เบาหวาน	12	33.3
โรคอื่น ๆ	4	11.1

\*ผู้ป่วยบางรายได้รับยามากกว่า 1 ชนิด

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้นที่ศึกษาประกอบด้วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ส่วนตัวแปรตามที่ศึกษา คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

**ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ**

พิจารณาข้อมูลจากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.52 คะแนน (SD = 2.25) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 102.29 คะแนน (SD = 15.06) และมีการรับรู้เกี่ยวกับสารสื่อสารอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.79 คะแนน (SD = 1.82) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	$\bar{x}$	SD
ความแตกฉานด้านสุขภาพ	0-11	1-11	7.52	2.25
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	29-145	62-135	102.29	15.06
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ	9-36	31-36	33.79	1.82

### พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 113.83$ , SD = 12.67) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การจัดการความเครียดและการมาตรวจตามนัด ปฏิบัติได้ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
ด้านการรับประทานยา	5-25	13-25	22.74	2.73	ดี
ด้านการรับประทานอาหาร	6-30	8-30	19.51	3.97	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	6-30	10-30	20.32	4.85	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	5-25	15-25	21.83	2.60	ดี
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	5-25	6-25	17.35	4.75	ปานกลาง
ด้านการตรวจตามนัด	3-15	7-15	12.08	2.07	ดี
รวม	30-150	88-146	113.83	12.67	ดี

### ส่วนที่ 3 อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

การวิเคราะห์อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ใช้สถิติวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ในเรื่องตัวแปรแต่ละตัวมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normality) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ไม่เกิด Autocorrelation) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) (Tabachnick & Fidell, 2007) ซึ่งผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก ง)

แต่จากผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ดังตารางที่ 5 จึงไม่นำตัวแปรนี้มาวิเคราะห์

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้  
สมรรถนะแห่งตน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ	1			
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.185	1		
3. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ	.056	.179	1	
4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.399**	.545**	.135	1

\*\* p < .01

ผลการศึกษาพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถ  
ร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 39 อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $R^2 = .389$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ( $\beta = .487$ ,  $p < .001$ ) รองลงมา คือ  
ความแตกฉานด้านสุขภาพ ( $\beta = .309$ ,  $p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้  
สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ปฐมภูมิ

ตัวแปรต้น	B	SE	Beta	
ความแตกฉานด้านสุขภาพ	1.744	.521	.309**	Intercept = 58.789
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.410	.078	.487***	$R^2 = .389$ ; $F(2, 74) = 23.552$ ***

\*\* p < .01 \*\*\* p < .001



## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Prediction correlation study) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปฐมภูมิที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.76, 0.90, 0.78 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สรุปและอภิปรายผลมีดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 77 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.7 มีอายุเฉลี่ย 46.29 ปี (SD = 7.80) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 48.1 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 45.5 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.87 ปี (SD = 3.39) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 53.2 มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 135.17 มิลลิเมตรปรอท (SD = 14.63) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 80.70 มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.81)

กลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ ( $\bar{x} = 7.52$ , SD = 2.25) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 102.29$ , SD = 15.06) ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 33.79$ , SD = 1.82) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 113.83$ , SD = 12.67)

ความแตกฉานด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ร้อยละ 39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ( $R^2 = .389$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองได้มากที่สุด ( $\beta = .487$ ,  $p < .001$ ) รองลงมา คือความแตกฉานด้านสุขภาพ ( $\beta = .309$ ,  $p < .01$ ) ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล ตนเอง ( $r = .135$ ,  $p = .241$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ การวิจัยได้ดังนี้

#### พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การ จัดการความเครียด และการมาตรวจตามนัด เป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย เจริญเติบโตอย่างเต็มที่ พัฒนาการด้านอารมณ์ที่มั่นคงขึ้น มีตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างรอบคอบ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2555) จึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต ซีสโตลิกเฉลี่ย 135.17 มิลลิเมตรปรอท ( $SD = 14.63$ ) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 80.70 มิลลิเมตรปรอท ( $SD = 10.81$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ใน ระดับปกติได้และยังไม่มีโรคร่วมถึงร้อยละ 53.2 (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นภาวะสุขภาพที่มีพยาธิสภาพ เปลี่ยนแปลงไม่มาก (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ดังนั้นภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนี้จึงไม่เป็น ข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ยังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 89.6 (ตารางที่ 2) การได้รับคำแนะนำทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องมีเพื่อใช้ในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Orem, 2001) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ใน ระดับดี สอดคล้องกับศึกษาของ เมธา ชันดินานนท์ และเสริมทรัพย์ พุ่มพุกธา (2551) ที่พบว่าการได้คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การดูแลตนเอง ( $r = .24, p < .05$ ) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาต้านทานเพียง 1 ชนิด (ร้อยละ 49.41) ทำให้การทำความเข้าใจต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยาจำนวนน้อย จึงปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ซึ่งผลการวิจัยนี้ต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (คารารัตน์ อุ่มบางตลาด, 2557; พรพิมล ว่องไว, 2554) ทั้งนี้เนื่องกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเหล่านั้น มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายจากความเสื่อมตามวัย (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2555) จึงอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ผลการศึกษาจึงแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ พบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกร้าน (ตารางที่ 2) จึงทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกอาหารรับประทานที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีรายละเอียดมาก เช่น ชนิด ปริมาณ และวิธีปรุงอาหาร ทำให้ต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงอาจเป็นสาเหตุให้พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปริญญาภรณ์ ลาคุณ, นภาพร มัชฌิมากร และอนันต์ มารัตน์ (2554) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้พฤติกรรม การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ถึงอย่างร้อยละ 64.9 ยังคงดื่มแอลกอฮอล์ (ภาคผนวก ข ตารางที่ 7) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 40.3 และอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งมีค่านิยมในการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเข้าสังคม เพื่อสังสรรค์ และแสดงถึงการรักพวกพ้อง (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อธิศักดิ์ สุนันทศิลป์ (2556) ที่พบว่า มีผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เพียงร้อยละ 23.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุ คือ 62.6 ปี และร้อยละ 27.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

สำหรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีภารกิจต้องประกอบอาชีพ อาจทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานทำให้ไม่มีเวลา

## อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ร้อยละ 39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ ร่วมกับมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้จำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ในเรื่องของการประเมินความสามารถต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) และต้องมีทักษะในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (ความแตกฉานด้านสุขภาพ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้มากที่สุด ( $\beta = .487$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จากแนวคิดของโอเร็ม เมื่อบุคคลมีการประเมินตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง ซึ่งหมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง บุคคลจะมีความมั่นใจว่าจะทำการดูแลตนเองได้สำเร็จ จะนำไปสู่การประเมินถึงความสำเร็จ เลือกริธีกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผ่านการพิจารณาแล้วว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการประเมินตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ ก็อาจไม่กระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง และไม่มีความพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Orem, 2001) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 102.29$ ,  $SD = 15.06$ ) จึงมีผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของ ศรีธธา ประกอบชัย และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pinprapapan et al. (2013) และ Namwong et al. (2015) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลโดยตรงกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความแตกฉานด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ( $\beta = .309$ ,  $p < .01$ ) จากแนวคิดของ โอเร็ม เมื่อใดก็ตามที่บุคคลต้องปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองใหม่ ๆ จำเป็นต้องใช้ทักษะการเรียนรู้และการใช้เหตุผล ในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประมวลผล และนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของความแตกฉานด้านสุขภาพซึ่งเป็นพลังความสามารถของบุคคลที่เข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย และมีความสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมา โดยไตร่ตรองตามหลักเหตุผล และตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2551) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ ( $\bar{x} = 7.52$ ,  $SD = 2.25$ ) จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (สมฤทัย เพชรประยูร และคณะ, 2555; Lee et al., 2016; Reisi et al., 2016)

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = .135$ ,  $p = .241$ ) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 33.79$ ,  $SD = 1.82$ ) ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการศึกษาของ Seleema et al. (2016) ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการศึกษาอื่น พบว่าแตกต่างจากการศึกษานี้เช่นกัน ได้แก่ Pinprapapan et al., (2013) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความร่วมมือในการรักษาของคนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของ สุภาพร เพ็ชรอรุณ และคณะ (2554) ที่ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาที่ต่างกันนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเป็นความรู้และคำแนะนำ ที่ยังมีรายละเอียดที่ไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจได้ เช่น ยารับประทาน ส่วนใหญ่รับประทานเพียงชนิดเดียว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม การดูแลตนเองยังไม่ยุ่งยากซับซ้อน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ยังไม่มีความเสื่อม จึงทำให้รับรู้ เข้าใจ ในเรื่องคำแนะนำต่างๆ อย่างดี มีความพึงพอใจ

ในการสื่อสารที่เกิดขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับบริการต่อเนื่องเป็นประจำทุก 1-2 เดือน ทำให้มีความคุ้นเคยกับบุคลากรสุขภาพมาก เมื่อมีสิ่งกังวล หรือข้อสงสัยก็จะกล้าที่จะซักถาม ขณะเดียวกันบุคลากรสุขภาพเอง ก็มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเช่นกัน จึงให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างนี้รับรู้การสื่อสารอยู่ในระดับดีมากเป็นส่วนใหญ่ ทำให้คะแนนการรับรู้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพไม่ค่อยมีความแตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อทดสอบสมมติฐาน การรับรู้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพจึงไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอในการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

1. จากผลการวิจัยแม้จะพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาความแตกฉานทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้จนเกิดความเข้าใจในพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องดังกล่าว ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการตัดสินใจในประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วยต้องเผชิญ มีการประเมินความเข้าใจย้อนกลับทุกครั้งที่มีการให้ความรู้ ควรผลิตสื่อที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดังกล่าว ให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปทบทวนทำความเข้าใจ และเป็นคู่มือในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย โดยผลิตให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่นการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมในพฤติกรรมดังกล่าว

2. เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้และจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้ประสบการณ์ในการประสบความสำเร็จ และจัดกิจกรรมให้เรียนรู้การดูแลตนเองจากผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ปฏิบัติได้ดี ให้เป็นตัวอย่างและกำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น แม้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มตัวอย่างนี้จะอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจลดลงได้ เนื่องจากปัจจัย

หลายประการ ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพที่มีความจำเพาะกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการศึกษานี้ได้นำแบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพทั่วไปมาใช้ทดสอบผู้ป่วย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีรายละเอียดในการปฏิบัติค่อนข้างมาก จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องมีความแตกฉานด้านสุขภาพเฉพาะโรค ซึ่งจะสามารถประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในประเด็นที่มีความจำเพาะได้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่เน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ และศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมดังกล่าวที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihed.com>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เกษร ตามศักดิ์. (2549). การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหลวง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. นนทบุรี: นิเวศรรมดา.
- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2555). การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555, กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (หน้า 175-201). กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ ทิพย์ญาณ. (2554). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ, บุญยอร์ ทิฆิณญา และวิไลลักษณ์ ปาลกะวงษ์ ณ อยุธยา. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: Management of clients with hypertensive disorder. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 4 (หน้า 25-46). กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส.
- ชนวนทอง ชนสุภาณูจน์ และนริมาลัย นิละไพจิตร. (2559). การสำรวจความรู้แจ้งแแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.



- ชัยณู พันธุ์เจริญ และ จรุงจิตร งามไพบูลย์. (2552). *คู่มือทักษะการสื่อสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมทักษะการสื่อสาร ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- ณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(1), 10-18.
- ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงรากน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(3), 194-207.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2556). *สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุ์เวทย์. (2558). *ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2558*. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/media/leaflet/non-communicable-disease.php>
- นางเยาว์ ไบยา. (2554). *ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นภาพร วาณิชย์กุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ. (2556). *ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ห่วงสุขสกุล. (2555). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2557). *การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ(พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- เนติมา คูณีย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟล์.

- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(6), 749-758.
- บุญใจ ศรีสติศย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌมางกูร และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 18(3), 161-169.
- ปธิตา สุริยะ. (2553). *ความรู้ทางด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2552). Hypertension. ใน จันทราภา ศรีสวัสดิ์, ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, ธนะพันธ์ พิบูลย์บรรณกิจ และวิชัย ประยูรวิวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยนอกทางอายุรศาสตร์* (หน้า 253-279). กรุงเทพฯ: นำอักษร.
- ปรีวัตร เฟ็งแก้ว. (2555). การรักษาความดันโลหิตสูง. ใน ไวยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โภชิตต์, สิทธิชัย อาชาอินดี และสุรีพร คนละเอียด (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* (หน้า 29-37). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรทิพย์ ชูจอหอ. (2555). การดูแลตนเองด้านการใช้ยาความดันโลหิตสูง. ใน ไวยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โภชิตต์, สิทธิชัย อาชาอินดี และสุรีพร คนละเอียด (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* (หน้า 143-152). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พรทิพย์ เย็นจะบก. (2547). *การพัฒนาองค์ความรู้ การรู้เท่าทันสื่อ = Media literacy: แนวคิดหลักการ และกรณีศึกษา การรู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ.

- พรพิมล ว่องไว. (2554). การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พร คงชุม. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พีระ นูระกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ใน ปรานี ทุไฟเราะ, วันดี โตสุขศรี และศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ), การพยาบาล อายุรศาสตร์ 1 (หน้า 64-75). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพจิตร วราจิต. (2555). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย นโยบายสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ภัศราวัลย์ ศิติดาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจรรุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(2), 120-136.
- ภานุวัฒน์ ปานเกตุ, จุรีพร คงประเสริฐ, นิตยา ภัทรกรรม, นงนุช ตันติธรรม, สุภวรรณ มโนสุนทร และพัชรียา ยิ่งอินทร์. (2555). รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. เข้าถึงได้จาก [www.interfetpthailand.net/report\\_2012](http://www.interfetpthailand.net/report_2012).
- ภาวินี ศรีสันต์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2), 60-74.
- มณีรัตน์ เลย์ตัน. (2552). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับ ผู้ให้บริการสุขภาพ: ในมุมมองของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

- มยาชิน สาเมาะ. (2552). ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 20(1), 53-66.
- มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิดา สัมสุวรรณ. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมธา ชันดินานนท์ และเสริมทรัพย์ พุ่มพุทรา. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(5), 1442-1450.
- บุษพงษ์ พรหมเสนา. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชภูมิ สมสมัย. (2555). *ที่มาของเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนแบบ Rating scale*. เข้าถึงได้จาก <http://www.sornorpoom.wordpress.com>.
- วนิดา หาจักร และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2556). อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1), 79-92.
- วงศ์ ลากานันท์. (2554). Lifestyle modification in hypertension: How to encourage patients ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 9 Hypertension Continuum 11 กุมภาพันธ์ 2554* (หน้า11-12). กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุชีรา ฉัตรเพริศพราย, ชัยณู พันธุ์เจริญ และจรุงจิตร งามไพบูลย์. (2556). *ทักษะการสื่อสาร เพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แอคทีฟพรีน.
- ศรัทธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และพีระ บุรณะกิจเจริญ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(4), 43-51.
- ศักรินทร์ ชนประชา. (2557). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่: สิ่งที่ครูผู้สอนผู้ใหญ่ต้องเรียนรู้. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 25(2), 14-23.

- ศิษดา ภัทรพรไพโรจน์. (2555). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- ศิริอร สิ้นธุ และพิเชต วงรอด. (2557). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- สภาปฏิรูปแห่งชาติ. (2558). วาระปฏิรูปที่ 22: การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ 23: การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม โรค และภัยคุกคามสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ 24: การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมฤทัย เพชรประยูร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2555). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 26(1), 38-51.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihypertension.org>.
- สันติ ขอมประ โคม, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และเจริญ ชูโชติถาวร. (2557). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 32(3), 64-73.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากร และสุขภาพจิต พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สำนักกระบาดวิทยา. (2554). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2554. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com>

- สำนักกระบาดวิทยา. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com>
- สำนักกระบาดวิทยา. (2556). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุชีพ เณรรานนท์. (2553). ประสบการณ์ความเจ็บป่วย และกลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคความดันโลหิตสูง. ใน สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, *ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง: สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย* (หน้า 92-118). นครปฐม: สหพัฒนไพศาล.
- สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒายุ และนันทวัน สุวรรณรูป. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(4), 18-26.
- สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติคำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุรัมภา รอดมณี. (2556). *การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด*. กรุงเทพฯ: สุภัทสูภรณ์การพิมพ์.
- สุริย์ ธรรมิกบวร. (2551). การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 31(2), 53-58.
- สุวรรณณี ใจคำ. (2556). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปงป่าป้อ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อชิษฐ์ สุนันทศิลป์. (2556). *การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิรักษ์ คุตระกุล. (2545). *การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรุณี หล้าเขียว และทิววรรณ ชาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. *รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอ ผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 กลุ่มระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์*, 1(6), 635-649.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33-42.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. In Adair, J. G., Belanger, D., & Dion, K. L. (Ed.), *Avances in Psychological Science* (pp. 51-71). United Kingdom: Hove. Retrieved from <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1998PH.pdf>.
- Bohanny, W., Wu, S. V., Liu, C., Yeh, S., & Wang, T. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(9), 495-502.
- Chen, A. M., Yehle, K. S., Plake, K. S., Murawski, M. M., & Mason, H. L. (2011). Health literacy and self-care of patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 446-451.
- Franco, O. H., Peeters, A., Bonneux, L., & de Laet, C. (2005). Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular disease in men and women: Life course analysis. *Hypertension*, 46(2), 280-286.
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardorfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y., & Fu, H., (2013). Effectes of self-care, self-efficacy, social support on glyceimic control in adults with type 2 diabetes. *Bio Med Central Family Practice*, 14(66), 1-6.
- Grossman, E. (2011). Blood pressure: the lower, the better. *Diabetes Care*, 34(2), S308-312.

- Ibsen, H., Olsen, M. H., & Wachtell, K. (2005). Reduction in albuminuria translate to reduction in cardiovascular even in hypertensive patients: Losartan intervention for endpoint reduction in Hypertension study. *Hypertension*, *45*(2), 198-202.
- Ingram, R.R. (2010). *Health literacy and adherence to antihypertensive regimens in African Americans ages 50 and older*. Doctoral dissertation, Faculty of the Graduate School, University of North Carolina at Greensboro.
- Institute Of Medicine of the National Academies. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion.aspx>.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J. (2014). 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adult: Report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (jnc8). *The Journal of the American Medical Association*, *311*(5), 507-520.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet*, *365*(9455), 217-223.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health the role of health literacy*. Retrieved from [www.emhf.org/resource\\_images/NavigatingHealth\\_FINAL.pdf](http://www.emhf.org/resource_images/NavigatingHealth_FINAL.pdf).
- Lavinthal, B. R., Morrow, D. G., Tu, W., Wu, J., & Murray, M. D. (2007). Cognition and health literacy in patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(8), 1172-1176.
- Lee, E., Lee, Y. W., & Moon, S. H. (2016). A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian Nursing Research*, *10*(1), 82-87.
- Leung, A. A., Nerenberg, K., Daskalopou, S. S., McBrien, K., Zarnke, K. B., Dasgupta, K. (2016). Hypertension Canada's 2016 Canadian hypertension education program guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, *32*(5), 569-588.



- Manit, A., Tuicomepee, A., Jiamjarasrangsi, W., & Taneepanichskul, S. (2011). Development of needs and resources for self-management assessment instrument in Thais with type 2 diabetes: Cross-cultural adaptation. *Journal of The Medical Association of Thailand*, *94*(11), 1304-1313.
- Mayr, S., Erdfelder, E., Buchner, A., & Faul, F. (2007). A short tutorial of gpower. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, *3*(2), 51-59.
- McCleary-Jones, V. (2011). Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, *22*(2), 25-32.
- Miller, L. G., Liu, H., Hays, R. D., Golin, C. E., Ye, Z., Beck, C. K., Kaplan, A. H., & Wenger, N. S. (2003). Knowledge of antiretroviral regimen dosing and adherence a longitudinal study. *Clinical Infectious Diseases*, *36*(4), 514-518.
- Morris, K. S., McAuley, E., & Molt, R. W. (2007). Self-efficacy and environmental correlated of physical activity among older women and women with multiple sclerosis. *Health Education Research*, *23*(4), 744-752.
- Namwong, A., Panuthai, S., Suwanprapisa, T., & Khampolsiri, T. (2015). A casual model of adherence to therapeutic regimens among Thai older adults with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *19*(2), 107-121.
- National Heart Lung and Blood Institute. (2015). *In brief: Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. NIH publication No 06-5834. Retrieved from [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new\\_dash.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicines*, *67*(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal Public Health*, *54*(5), 303-305.
- Oberg, E. (2009). Mind-body techniques to reduce hypertension's chronic effects. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, *8*(5), 52-55.

- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, *49*(7), 903-918.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Osborn, C. Y., Paasche-Orlow, M. K., Bailey, S. C., & Wolf, M. S. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *American Journal of Health Behavior*, *35*(1), 118-128.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Willuams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults : A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General International Medicine*, *10*(10), 537-541.
- Pinprapapan, E., Panuthai, S., Vannari, T., & Srisuphan, W. (2013). Casual model of adherence to therapeutic regimens among Thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *17*(3), 268-281.
- Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2016). Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. *Oman Medical Journal*, *31*(1), 52-59.
- Saleema, L., Panpakdee, O., Arpanantikul, M., & Chai-Aroon, T. (2016). The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal Nursing Research*, *20*(1), 5-17.
- Schoenthaler, A., Chaplin, W. F., Allegrante, J. P., Fernandez, S., Diaz-Gloster, M., Tobin, J. N., et al. (2009). Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patient Education Counselling*, *75*(2), 185-191.
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(6), 633-640.
- Stewart, A. L., Nápoles-Springer, A., Pérez-Stable, E. J., Posner, S. F., Bindman, A. B., Pinderhughes, H. L., & Washington, A. E. (1999). Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations. *The Milbank Quarterly*, *77*(3), 305-339.
- Strepple, M. T., Arends, L. R., Veer, P., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2005). Dietary fiber and blood pressure a meta-analysis of randomized placebo-controlled trails. *Archives of Internal Medicine*, *165*(2), 150-156.

- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson Education.
- Van Dijk, E. J., Breteler, M. M., Schmidt, R., Berger, K., Nilsson, L. G., Oudkerk, M., et al. (2004). The association between blood pressure, hypertension, and cerebral white matter lesions: Cardiovascular determinants of dementia study. *Hypertension*, *44*(5), 625-630.
- Verdecchia, P., Angeli, F., Gattobigio, R., Sardone, M., & Porcellati, C. (2005). Asymptomatic left ventricular systolic dysfunction in essential hypertension: Prevalence, determinants, and prognostic value. *Hypertension*, *45*(3), 412-418.
- Wallace, A. S., Carlson, J. R., Malone, R. M., Joyner, J., & Dewalt, D. W. (2010). The influence of literacy on patient-reported experiences of diabetes self-management support. *Nurs Res*, *59*(5), 356-363.
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Health literacy and health promotion*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents>
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Global status report on noncommunicable disease 2010*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *A global brief on hypertension*. Geneva: WHO.
- World Hypertension League. (2013). *WHL Newsletter NO 139*. Retrieved from <http://www.worldhypertensionleague.org>.
- Xu, Y. (2005). *Understanding the factors influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes using structural equation modeling*. Doctoral dissertation. University of Cincinnati. Ohio.
- Zilkens, R. R., Burke, V., Hodgson, J. M., Barden, A., Beilin, L., & Puddey, I. B. (2005). Red wine and beer elevate blood pressure in normotensive men. *Hypertension*, *45*(5), 874-879.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**  
**ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เลขที่แบบสอบถาม.....

**แบบสอบถาม**

**เรื่อง อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ**

ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่

1. แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่
3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ
5. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

Gen	
-----	--

2. อายุ ..... ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่

Mar	
-----	--

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา ( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี

Edu	
-----	--

5. อาชีพ

( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) เกษตรกร  
( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง  
( ) รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

Occ	
-----	--

6. ความเพียงพอของรายได้

( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ

Inc	
-----	--

7. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว..... ปี

8. ท่านเคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

( ) ไม่เคย  
( ) เคยได้รับจาก ( ) แพทย์ ( ) พยาบาล  
( ) เกษตรกร ( ) จากบุคคลอื่น ๆ ระบุ.....

Kno	
-----	--

(ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย)

Como	
------	--

ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยย้อนหลัง 3 เดือน คือ .....มิลลิเมตรปรอท  
 ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ.....  
 โรคร่วม.....

## แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่

ตอนที่ 1 การทำความเข้าใจในสิ่งพิมพ์ด้านสุขภาพ

คำสั่ง อ่านเอกสารตัวอย่างแล้วตอบคำถาม

คำชี้แจง กรุณาอ่านเอกสารตัวอย่างในกรอบสี่เหลี่ยมแล้วตอบคำถาม โดยเติมคำตอบที่ถูกต้องลงในช่องว่าง

ข้อที่ 1 อ่านฉลากยาที่ข้างขวดได้ว่า

รับประทานยา 1 เม็ดทุก 6 ชั่วโมง
---------------------------------

คำถาม ถ้าคุณรับประทานยาเม็ดนี้ครั้งแรกเวลา 07.00 น. คุณควรรับประทานยาเม็ดต่อไปเมื่อไร?

คำตอบ .....

HL1	
-----	--

ข้อที่ 2

- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

ข้อ 10-11

วันก่อนมาทำเอ็กซเรย์อาหารมือเย็นควรเป็นผลไม้ จำนวน..... กับแฮมและโอวัลติน.....

ก. เล็กน้อย

ก. เข้มข้น

ข. ซุป

ข. ขนมนึ่ง

ค. โจมตี

ค. แขน

ง. กลิ่นไส้

ง. กำขัน

HL10	
------	--

HL11	
------	--



### แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ถามเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองของท่าน กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ให้คะแนนแต่ละข้อ โดยบอกระดับความมั่นใจ ซึ่งระดับความมั่นใจแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

มีความมั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจว่าจะปฏิบัติได้มากที่สุด คือ ปฏิบัติได้ทุกวัน ใน 1 สัปดาห์

มีความมั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้มาก คือ ปฏิบัติ 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์

มีความมั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง คือ ปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์

มีความมั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้น้อย คือ ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

ไม่มีความมั่นใจ หมายถึง ท่านไม่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ คือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ใน 1 สัปดาห์

ข้อความ	ไม่มี ความ มั่นใจ	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มาก ที่สุด
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>					
1. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไช้แดง หนั้หมู เครื่องในสัตว์					
2. ....					
.....					
.....					
.....					
.....					

SE1

ข้อความ	ไม่มี ความ มั่นใจ	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มาก ที่สุด
29. ท่านมีความมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลไม่ให้มีอาการท้องผูก					

SE29

### แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ถามเกี่ยวกับการพูดคุยของแพทย์พยาบาลโดยแพทย์พยาบาลปฏิบัติข้อความเหล่านี้ต่อท่านบ่อยครั้งเพียงใด

กรุณาเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ระดับความบ่อยครั้งในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่เคย	
1. แพทย์พยาบาลใช้คำพูดที่ท่านฟังแล้วไม่เข้าใจ					CM1
2. แพทย์พยาบาลพูดเร็วจนท่านไม่เข้าใจ					CM2
3. แพทย์พยาบาลตั้งใจฟังปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของท่าน					CM3
4. ....					CM4
5. ....					CM5
6. ....					CM6
7. ....					CM7
8. ....					CM8

ข้อความ	ระดับความบ่อยครั้งในการปฏิบัติ			
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่เคย
9. แพทย์/ พยาบาล/ เกษีกรแนะนำ วิธีการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้แก่ท่านทราบ (ใช้เวลาใดปริมาณ เท่าใดและใช้เป็นระยะเวลาานเท่าใด)				

CM9

### แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้ ถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของท่าน

กรุณาเลือกคำตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

คำถาม	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
<b>ด้านการรับประทานยา</b>					
1. ท่านรับประทานยา ลดความดันโลหิต ตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ทุกครั้ง ไม่เพิ่มหรือลดยา เอง					
2. ท่านรับประทานยาลด ความดันโลหิตตามเวลา ที่แพทย์สั่ง ครบทุกมื้อ					
3. ....					

BH1

BH2

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
..... .....					
..... .....					
..... .....					
..... .....					
..... .....					
..... .....					
30. เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดมึนศีรษะ อย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามร่างกาย ท่านจะมาพบแพทย์ก่อน วันนัด					

BH30

ภาคผนวก ข  
วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิแยกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

คำถาม	$\bar{x}$	SD
<b>ด้านการรับประทานยา</b>		
1. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตตามจำนวนที่แพทย์สั่ง ทุกครั้ง.....	4.83	.79
2. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตตามเวลาที่แพทย์สั่ง .....	4.79	.61
3. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเมื่อ .....	4.44	1.32
.....		
4. ท่านซื้อยาลดความดันโลหิตตามร้านขายยามารับประทาน เอง	4.79	.66
5. เมื่อมีอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยาลด ความดันโลหิต เช่น .....	3.88	1.65
.....		
.....		
คะแนนเฉลี่ยรวมด้านการรับประทานยา	4.53	.62
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>		
1. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น .....	3.14	1.07
.....		
.....		
2. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น .....	2.97	.99
.....		
.....		
3. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีแป็งและน้ำตาลมาก เช่น	2.91	.98
.....		
.....		
4. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น .....	2.90	.85
.....		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

คำถาม	$\bar{x}$	SD
5. ท่านใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากไขมันสัตว์ ในการปรุงอาหาร	3.99	1.22
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น .....	3.60	1.08
.....		
.....		
คะแนนเฉลี่ยรวมด้านการรับประทานอาหาร	3.25	.66
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>		
1. ท่านเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย และ.....	3.43	1.15
2. ท่านออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดย.....	2.95	1.20
.....		
3. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายทุกครั้งก่อนออกกำลังกาย เช่น .....	3.12	1.26
4. ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือ.....	2.86	1.33
5. ถ้าท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะหรือหลังออกกำลังกาย เช่น .....	3.77	1.36
.....		
6. ท่านแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะดวกต่อการเคลื่อนไหว .....	4.21	.99
.....		
คะแนนเฉลี่ยรวมด้านการออกกำลังกาย	3.39	.81
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>		
1. เมื่อท่านมีความเครียด มักจะผ่อนคลายโดยการ ฟังเพลง ดูทีวี รดน้ำต้นไม้ อ่านหนังสือ เป็นต้น	4.26	.99
2. เมื่อท่านมีความเครียด มักจะผ่อนคลายโดยการดื่มสุรา สูบบุหรี่	4.62	.86
3. เมื่อท่านมีความเครียดมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะ .....	4.13	1.08
.....		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

คำถาม	$\bar{x}$	SD
4. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านมักจะซู้ยา..... .....	4.18	.65
5. เมื่อท่านมีความโกรธ หงุดหงิด ท่านสามารถควบคุม ..... คะแนนเฉลี่ยรวมด้านการจัดการความเครียด	4.01	1.08
4.37	.52	
<b>ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง</b>		
1. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เช่น .....	3.04	1.70
2. ท่านพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดย..... .....	3.87	1.17
3. ท่านควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นอยู่เสมอ	3.55	1.24
4. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือกระตุ้นประสาท เช่น .....	3.13	1.47
5. ท่านงดสูบบุหรี่หรือลดจำนวนครั้งในการสูบบุหรี่ ให้น้อยลงได้	3.77	1.69
คะแนนเฉลี่ยรวมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.47	.95
<b>ด้านการตรวจตามนัด</b>		
1. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง	4.91	.37
2. ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ท่านนำยาลดความดันโลหิต .....	2.61	1.72
3. เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามร่างกาย ท่านจะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด	4.56	.94
คะแนนเฉลี่ยรวมด้านการตรวจตามนัด	4.03	.69



**ภาคผนวก ค**  
**การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย**



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

Influences of Health Literacy, Perceived Self-efficacy, and Patient-health Care Provider Communication on Self-care Behaviors among Patients with Primary Hypertension

ชื่อนิสิต นางสาวหทัยกานต์ ห้องกระจก

รหัสประจำตัวนิสิต 52920035 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 10 - 02 - 2559 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย  
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิวัยผู้ใหญ่ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 77 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 4 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 10-02-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวหทัยกานต์ ห่องกระจก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิวิจัยผู้ใหญ่

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัย สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบสอบถามเป็นจำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งจะใช้เวลาการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ แม้ว่าท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ หรือแม้ว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และบริการต่าง ๆ ที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เผยแพร่ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยจะไม่มีการระบุชื่อ หลังจากเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว แบบสอบถามทั้งหมดรวมถึงข้อมูลที่เก็บในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย  
ในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่  
นางสาวหทัยกานต์ ห้องกระจก หมายเลขโทรศัพท์ 095-596-5469 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.  
นฤมล ปทุมรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-833

นางสาวหทัยกานต์ ห้องกระจก  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102-823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะ  
 แห่ตนเอง และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย  
 โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย  
 ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ  
 เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก  
 การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบ  
 ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
 จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม  
 ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนาม  
 ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวหทัยกานต์ ห่องกระจก)

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๓๕๙



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย นางสาวหทัยกานต์ ห่องระจก รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๐๓๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ปทุมรักษ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบทดสอบความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการและแหล่งสนับสนุนด้านการจัดการดูแลตนเองในคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒” ของ คุณอนัญญา มานิตย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๔ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๕๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๙๕-๕๙๖๕๔๖๙

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๓๑๕

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วย นางสาวหทัยกานต์ ห่องกระจก รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๐๓๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ปทุมรักษ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยเพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสินทราย อำเภอสินทราย จังหวัดเชียงใหม่” ของ คุณอภิรักษ์ คูตระกูล หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๕

๒. แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของดุขุณิพนธ์ เรื่อง “แบบจำลองเชิงสาเหตุของความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง” ของ คุณเอกรัตน์ ปิ่นประภาพพันธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๖

๓. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่” ของ คุณยุทพงษ์ พรหมเสนา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๕๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖



คณะพยาบาลศาสตร์	- ๒๐๒ ถนนจรัญฯ ฝั่งใต้
มหาวิทยาลัยบูรพา	- ๒๐๔ ถนนจรัญฯ ฝั่งใต้
ที่ ๐๐๖๒๓	- ๒๐๕ ถนนจรัญฯ ฝั่งใต้
วันที่ ๔ ส.ค. ๒๕๕๙	- ๒๐๖ ถนนจรัญฯ ฝั่งใต้
เวลา ๑๐.๕๖ ๙๖.	- ๒๐๗ ถนนจรัญฯ ฝั่งใต้

ที่ ศธ ๐๕๑๒.๓๘/ ๐๒๑๙

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ช.จุฬาลงกรณ์ ๖๒ ถนน พญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๘ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๐๓๕๙ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย คุณอนัญญา มานิตย์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคดียุติพันธุ์เรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการและแหล่งสนับสนุนด้านการจัดการดูแลตนเองในคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒” หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาแล้ว และอนุญาตให้นางสาวหทัยกานต์ ห้องกระจง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช)

คณบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

เรียน คณบดี

ด้วย วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ตอบอนุญาตให้นางสาวหทัยกานต์ ห้องกระจง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้เครื่องมือวิจัยของคุณอนัญญา มานิตย์ ตามรายละเอียดข้างต้นได้

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรมณี) งานบัณฑิตฯ (คุณพรรณนิภา) ประธานหลักสูตรฯ ผู้ใหญ่ (ผศ.ดร.นฤมล ปทุมรักษ์) ทราบ อาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.นฤมล ปทุมรักษ์) เพื่อแจ้งนิสิต (นางสาวหทัยกานต์ ห้องกระจง) ทราบต่อไป

ชาติปี/ ๑๙ มี.ค. ๕๕๙

ชว / อานัญญา ๒

ชว

๑๕ มี.ค. ๕๕๙





ร.พ.หนองม่วง จ.ลพบุรี
รับเลขที่ ๐๐๐615
วันที่ ๐๙.๓.๒๕๕๙
เวลา ๑๐.๑๓ น.

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๔๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ที่ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวหทัยกานต์ ห่องกระจก รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๐๐๓๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ปทุมรักษ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกที่ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองม่วง โดยแบ่งดังนี้

- |   |   |
|---|---|
| ๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙         |
| ๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย          | จำนวน ๗๗ ราย ระหว่างวันที่ ๒๑ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วง

- เพื่อโปรดทราบ
- ด่วนเร่ง
- พิธีงาน

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๐๙.๓.๒๕๕๙

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)  
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖  
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖  
ผู้วิจัย ๐๙๕-๕๙๖๕๕๖๙- ชน  
- คจ> นศ. ๑๕๓๖ ๗๕๓๓๗  
๗๕๓๓๗

  
15.3.2559

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

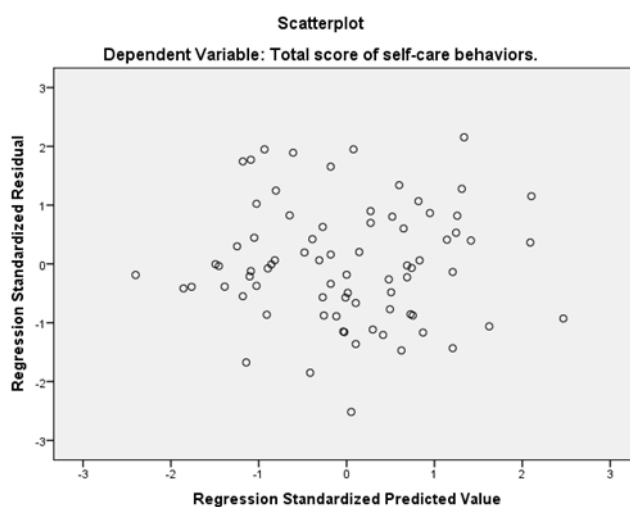
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Tabachnick & Fidell, 2007)

1. ตัวแปรแต่ละตัวมีการกระจายตัวแบบ โค้งปกติ (Normality) โดยใช้การทดสอบ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient ของทุกตัวแปรได้ค่าดังนี้

		Statistics			
		TotalHL	TotalSE	TotalCM	TotalBH
N	Valid	77	77	77	77
	Missing	0	0	0	0
Skewness		-.456	-.128	-.459	.251
Std. Error of Skewness		.274	.274	.274	.274
Kurtosis		-.228	-.040	-.748	-.421
Std. Error of Kurtosis		.541	.541	.541	.541

เมื่อนำมาคำนวณพบว่า ค่าที่ได้จากทุกตัวแปร มีค่า Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient อยู่ในช่วง -2.58 และ + 2.58 จึงแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

2. การทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ตรวจสอบได้จากการพิจารณาการกระจายของ Graph scatter plot ระหว่าง Residual score (Y Axis) กับ Predicted score (X Axis) จากภาพมีการกระจายของคะแนนออกไปจากเส้นตรงเท่า ๆ กัน แสดงว่า ความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ (จุดที่มีการกระจายอยู่ระหว่าง -3 และ +3)



3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายปกติเป็นอิสระต่อกันหรือไม่เกิด Autocorrelation ทำการทดสอบได้จากการค่าหาค่าสถิติ Durbin-watson ซึ่งผลพบว่า ได้ค่า 1.99 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

4. ตัวแปรต้นแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) ในการศึกษา นี้ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์ไม่สูง ( $r = .056-.185$ ) ดังตารางที่ 5 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่า Variance inflation Factor (IVF) และค่า Tolerance พบว่า ค่า IVF มีค่าน้อยกว่า 4 และ Tolerance มีค่ามากกว่า .20 จึงไม่มี Multicollinearity

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	51.837	21.957		2.361	.021		
	TotalHL	1.739	.525	.309	3.316	.001	.965	1.036
	TotalSE	.405	.079	.482	5.104	.000	.937	1.067
	TotalCM	.221	.645	.032	.342	.733	.967	1.034

a. Dependent Variable: TotalBH