

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วราพร เนื่องคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วราพร เนื่องคำ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

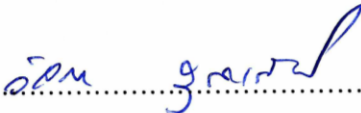

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดীনาน)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดীনาน)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีนาณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา ตรวจแก้ไขและวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิรินคร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย แพทย์และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และบุคลากรทุกระดับที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนการทำวิจัยเป็นอย่างดี และเหนือสิ่งอื่นใด ขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนให้การวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัว ซึ่งปลูกฝังความมานะพากเพียร สนับสนุน และให้กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณคณาจารย์ทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ให้ความรู้ และทำให้มีความรักในวิชาชีพ รวมทั้งกำลังใจจากเพื่อนร่วมงานทุกท่าน

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแด่คุณครูที่เคารพ บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจน ตราบเท่าทุกวันนี้

วราพร เนืองคำ

54920178: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต/ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วราพร เนื่องคำ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (FACTORS ASSOCIATED WITH BLOOD PRESSURE CONTROL BEHAVIOR IN UNCONTROLLED HYPERTENSIVE PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อารมณ์ ดินาน, Ph.D., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. 106 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่เหมาะสม จะทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงขึ้นและมีการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ไต และตา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จำแนกตาม เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และครอบครัว จำนวน 310 คู่ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิรินคร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent *t*-test และ One-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างกัน ($t_{308} = -2.09, p = .04$) กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายแตกต่างกันและกลุ่มที่มีความไว้วางใจในบริการสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน (ดัชนีมวลกาย: $t_{308} = 2.08, p = .04$; ความไว้วางใจในบริการสุขภาพ: $t_{307.97} = 2.01, p = .04$) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในกลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนที่แตกต่างกัน .05 ($F_{2,307} = 3.82, p = .02$) และ ($F_{2,307} = 3.34, p = .04$) ตามลำดับ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เมื่อจำแนกตาม อายุ ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการสุขภาพของครอบครัว

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรบูรณาการปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

54920178: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: BLOOD PRESSURE CONTROL BEHAVIOR/ UNCONTROLLED
HYPERTENSIVE PATIENTS

WARAPORN NUANGKUM: FACTORS ASSOCIATED WITH BLOOD PRESSURE
CONTROL BEHAVIOR IN UNCONTROLLED HYPERTENSIVE PATIENTS. ADVISORY
COMMITTEE: APORN DEENAN, Ph.D., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D. 106 P. 2017.

Hypertensive patients with inappropriate blood pressure control behavior cannot control their blood pressure. It will deteriorate their symptoms. Also, important organs such as brain, heart, renals, and eyes might be damaged. This descriptive research aimed to compare blood pressure control behavior mean scores of different gender, age, body mass index (BMI), health belief, familial health behavior, and trust in health care service among uncontrolled hypertensive patients. Participants were 310 pairs of hypertensive patients and their families visiting an out patient unit at Sirindhorn Hospital, Medical Service Department, Bangkok who met study inclusion criteria. They were selected by simple random sampling. Research instruments for data collection included patient characteristic record form and questionnaires regarding health belief, familial health behavior, trust in health care service, and blood pressure control behavior. Data were analyzed by independent *t*-test and one-way ANOVA.

Results showed that participants with different genders had significantly different mean scores of eating behavior ($t_{308} = -2.09, p = .04$). Different groups of BMI and of trust in health care service had significantly different mean scores of exercise behavior (BMI: $t_{308} = 2.08, p = .04$; trust in health care service: $t_{307,97} = 2.01, p = .04$). Risk control behaviors showed statistically differences in group of health belief for about perceived benefit ($F_{2,307} = 3.82, p = .02$) and perceived barriers ($F_{2,307} = 3.34, p = .04$). However, different groups of age, health belief, perceived risks, perceived severity, and familial health behavior did not have significantly different mean scores of blood pressure control behavior.

Findings suggest that health care providers should integrate use these significant factors (gender, BMI, health belief, and trust in health care service) in caring for uncontrolled hypertensive patients. This may help them control their blood pressure successfully.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตในการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคความดันโลหิตสูง.....	12
ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้.....	22
พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้	26
แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา	28
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้.....	29
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
4 ผลการวิจัย.....	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	47
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้.....	49
ส่วนที่ 3 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้.....	51
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามเพศ กลุ่มอายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจ ในการบริการด้านสุขภาพ.....	52
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	67
สรุปผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผลการวิจัย.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	74
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	75
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก ก.....	85
ภาคผนวก ข.....	95
ภาคผนวก ค.....	101
ภาคผนวก ง.....	104
ประวัติย่อของผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แนวทางการให้ยาลดความดันโลหิต	18
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ยาลดความดันโลหิต ที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันและจำนวนครั้งของการได้รับยาต่อวัน	48
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรม การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามระดับ พฤติกรรม	50
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ	51
5	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ โดยใช้สถิติ Independent <i>t</i> -test.....	53
6	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมควบคุม ความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	54
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA.....	55
8	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติ Independent <i>t</i> -test	56
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพ	57
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยใช้สถิติ One-way ANOVA	59

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้สถิติ One-way ANOVA 60
12	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุม ความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยใช้สถิติ One-way ANOVA..... 61
13	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุม ความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA..... 62
14	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามระดับความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค รายคู่เชิงซ้อนด้วยวิธี Least significant difference test 63
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามระดับความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน รายคู่เชิงซ้อน ด้วยวิธี Least significant difference test..... 63
16	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว โดยใช้สถิติ Independent <i>t</i> -test 64
17	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent <i>t</i> -test 65

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย..... 9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากหกร้อยล้านคน ในปี ค.ศ. 1980 เป็นหนึ่งพันล้านคนในปี ค.ศ. 2008 และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มเป็น 1.56 พันล้านคน โดยพบการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงถึง 9.4 ล้านคน ต่อปี (World Health Organization [WHO], 2013) ในประเทศไทยอัตราการป่วยและการเสียชีวิต จากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภาคของประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2550 กับปี พ.ศ. 2557 อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,561.42 ต่อประชากรแสนคน อัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจากปี พ.ศ. 2550 อัตรา 3.64 เพิ่มขึ้น 10.95 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จะเห็นได้ว่า สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันเพิ่มขึ้น จึงมีการศึกษาการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละประเทศซึ่งพบว่า ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 18 ปีขึ้นไป ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 46.7 ในปี ค.ศ. 2009-2010 และร้อยละ 48.2 ในปี ค.ศ. 2011-2012 (Nwankwo, Yoon, Burt, & Gu, 2013) และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-2552 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับการรักษาเช่นกัน (วิชัย เอกพลากร, 2553) โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ขนาด 228 เตียง จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน 6,043 ราย พบว่า ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 1,607 ราย (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลสิรินธร, 2556)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย และได้รับการรักษาโดยการช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย (Chobanian, Barkris, & Black, 2003) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป ควรควบคุมความดันซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานโรคไตวายเรื้อรัง

หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรควบคุมความดันซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; Chobanian et al., 2003) การควบคุมความดันโลหิต ให้ได้ตามเป้าหมายดังกล่าว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือด

โรคความดันโลหิตสูงถูกขนานนามว่าเป็น “ฆาตรกรเงียบ” (Chobanian et al., 2003) เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้วไม่เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; WHO, 2013) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเข้าใจว่าตนเองยังสุขภาพแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จึงไม่สนใจในการรักษา ต่อเมื่อมีอาการและภาวะแทรกซ้อนจึงเริ่มสนใจรับการรักษา ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การดำเนินของโรคมักขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตได้ (ภัสราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา, 2556)

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เริ่มแรกจะพบอาการปวดศีรษะเนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมาก ซึ่งมักจะมีอาการหลังตื่นนอน ปวดบริเวณท้ายทอย มีเลือดกำเดาไหล หรืออาจมีอาการสับสน งุนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนของภาวะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นเวลานาน ส่งผลทำลายอวัยวะเป้าหมาย (Target organ damage) โดยทำให้เกิดภาวะหัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก สมองขาดเลือด เกิดภาวะไตวาย และมีการเปลี่ยนแปลงของประสาทจอภาพนัยน์ตา ทำให้ตามัวถึงบอดได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รัตนทวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมนต์ คุ่มทวีพร, 2552; Kirshner, 2009) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 20 และ 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดและสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Chobanian et al., 2003) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ว่าเป็นความไม่สบายเหมือนจะตายโดยไม่รู้ตัว (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) ซึ่งทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาและรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง (Chobanian et al., 2003) โรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้น เพราะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา เช่น การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดหลอดเลือด การฟอกเลือด เป็นต้น ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (WHO, 2013) ตลอดจนมีผลกระทบต่อการทำงานทำให้รายได้ลดลง ดังนั้นภาวะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จึงส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แนวทางการควบคุมความดันโลหิตของ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure, VII (JNC VII) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความดันโลหิตแล้วนำมาสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แนะนำการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะหนึ่งและสองที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในหนึ่งเดือน จึงเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; Chobanian et al., 2003) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำเป็นต้องแนะนำให้ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Chobanian et al., 2003) ซึ่งการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การบริโภคอาหาร DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension Diet) การจำกัดเกลือในอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจำกัด การดื่มแอลกอฮอล์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; Chobanian et al., 2003)

ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและควบคุมความดันโลหิตได้ เช่น การกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การณรงค์ให้จำกัดเกลือและอาหารที่ไขมันสูง และสนับสนุนสถานที่ในการออกกำลังกาย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่าง ๆ เป็นต้น แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ยังมีการใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ชุปก้อนในการปรุงอาหาร (อัมพร วรรณมร, 2554) ชอบรับประทานอาหารไขมันสูงและอาหารที่ผ่านขบวนการการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การดื่มรับประทานยา และปรับขนาดยาเอง (สุมณฑา ห่วงทอง, 2556) นอกจากนี้ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา ทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Ogedegbe, 2008) การนอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการพักผ่อนหย่อนใจ และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม (สุมณฑา ห่วงทอง, 2556) ตลอดจนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น (อัมพร วรรณมร, 2554) จึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นภายใต้การรับรู้และการตัดสินใจของบุคคล โดยมีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับแนวคิดระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ของ Bronfenbrenner (1994) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยระดับต่าง ๆ ทั้งภายใน

บุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น ๆ

ปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการรักษา จนเกิดพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสมและขาดความสม่ำเสมอในการรักษา (Non-adherence to therapy) จึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Ogedegbe, 2008) เพศหญิงและชายควบคุมความดันโลหิตได้ต่างกันซึ่งอาจเกิดจากลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันภายใต้บทบาททางสังคมที่แตกต่างกัน ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (วิชัย เอกพลากร, 2553) สอดคล้องกับในประเทศมาเลเซียที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Kadir, Mohamed, & Yusof, 2009) และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ พบว่ากลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (อัมพรวรรณ, 2554) แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหัวใจร่วมด้วยพบว่าผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (Cordero et al., 2011)

อายุมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด มีการตีบแข็งและคลเคลี้ยว ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้แรงต้านต่อการไหลเวียนที่หลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2552) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงานมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตส่วนใหญ่จะเกิดจากการคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง แต่เมื่ออายุมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพามุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะบุตรหลาน เพื่อช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตจึงได้รับอิทธิพลจากบุคคลรอบข้างมาก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุมากขึ้นจึงมีโอกาสควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากขึ้น (Chew et al., 2012; Chmiel et al., 2012) แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการรักษา พบว่า ช่วงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีที่สุด คือ อายุ 41-60 ปี รองลงมาคือ อายุมากกว่า 60 ปี และพบการควบคุมความดันโลหิตได้น้อยที่สุดในช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี (Sur, Sur, Kudo-Szabadi, & Sur, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน-อเมริกันที่อาศัยอยู่ในเมือง พบว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้ ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและขาดความต่อเนื่องในการรักษา (Coly et al., 2008)

ส่วนดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ มีความเกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Chmiel et al., 2012) และพบว่า ดัชนีมวลกายที่สูงมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย (Chew et al., 2012) แต่ในชาวแอฟริกัน-อเมริกันที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในเมือง พบกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีดัชนีมวลกายน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมได้ ซึ่งอาจเกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา และการออกกำลังกายน้อย (Coly et al., 2008) นอกจากนี้ปัจจัยด้านร่างกายที่กล่าวมาแล้ว มีการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (นงเยาว์ ไบยา, 2554)

ปัจจัยแวดล้อมรอบตัวบุคคล ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ทั้งระหว่างบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน หรือสังคมเดียวกันส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (McLeroy, Simons-Morton, & Wendel, 2012) ปัจจัยระดับครอบครัวจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ นงเยาว์ ไบยา (2554) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และพบว่าอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน-อเมริกัน คือ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของครอบครัวที่ชอบอาหารรสเค็ม และมีไขมันสูง (Wexler, Elton, Pleister, & Feldman, 2009) ปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ จากข้อมูลของ National Health and Nutrition Examination Survey [NHANES] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่ มีระบบประกันสุขภาพและเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพสม่ำเสมอ และมีการมาตรวจตามนัดมากกว่า 6 ครั้งต่อปี (Ogedegbe, 2008) แต่มีการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตระดับระบบการบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การขาดความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผลสุดท้ายคือผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่องหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Wexler et al., 2009) และความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและการจำกัดเกลือในอาหาร ตลอดจนสามารถทำนายพฤติกรรมลดน้ำหนักของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Jones, Carson, Bleich, & Cooper, 2012) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวอเมริกันเพศชายที่มีความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ จะมีความสม่ำเสมอในการใช้ยา ซึ่งทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (Elder et al., 2012) สุดท้ายปัจจัยเกี่ยวกับผู้รักษาที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม (Clinical inertia) การสื่อสารที่ไม่ดีระหว่าง

ผู้รักษากับผู้ป่วย ผู้รักษาขาดความรู้และความตระหนักในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในกรณีให้ยาหรือการรักษาที่มากเกินไป มีเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยน้อย การให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่ายและอาการข้างเคียงของยา และไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับผู้รักษา สามารถแก้ไขได้โดยการให้ผู้รักษาปฏิบัติตามแนวทางและเพิ่มระยะเวลาการพูดคุยกับผู้ป่วย (Ogedegbe, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีจำนวนมาก ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลืมรับประทานและปรับขนาดยาเอง เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ระบบบริการสุขภาพที่ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมาจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป ไม่ได้เจาะจงเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและควบคุมความดันโลหิตได้ รวมถึงลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำแนกตาม เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพศหญิงและชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่อายุต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ดัชนีมวลกายต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติ กิจกรรม และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ที่มีความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory research) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิรินคร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2558 เก็บข้อมูลที่ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจ ประกันสุขภาพและห้องตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิรินคร ตั้งแต่วันที่ ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

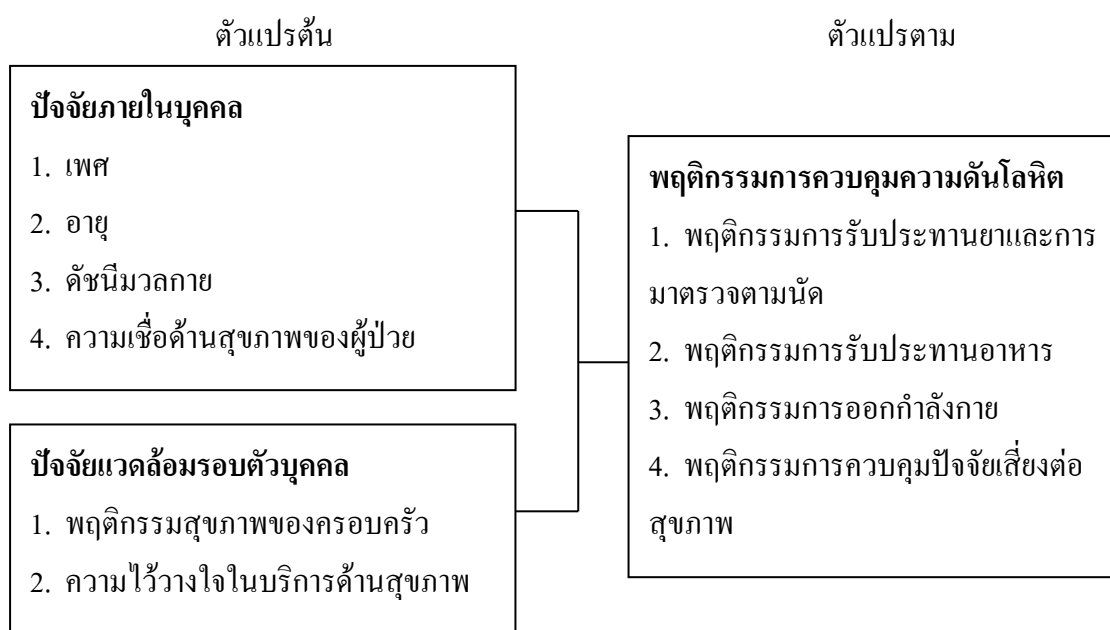
กรอบแนวคิดการวิจัย

Bronfenbrenner (1994) ได้พัฒนาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner's ecological system theory) ที่เชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลมากที่สุด และขยายออกไปรอบ ๆ ตัวบุคคลตั้งแต่ บ้าน โรงเรียน ชุมชน จนถึง โครงสร้างทางสังคมที่ใหญ่ขึ้น Bronfenbrenner ได้แบ่งความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างระบบบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังกล่าวออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Microsystem) เป็นระบบความสัมพันธ์ในระดับแรก ประกอบด้วยตัวของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ การเรียนรู้ อารมณ์ ความเชื่อและทัศนคติของบุคคล และบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์กัน สิ่งแวดล้อมใกล้ ๆ ตัว ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน เช่น ความเชื่อหรือ พฤติกรรมของบิดา มารดา ย่อมส่งผลต่อทัศนคติและการแสดงออกของพฤติกรรม
2. ระดับกลาง (Mesosystem) เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาจากตัวบุคคลเป็นความสัมพันธ์ของหน่วยหรือ โครงสร้างของระดับ Microsystem ตั้งแต่สอง โครงสร้างขึ้นไป โดยระดับเหล่านั้นจะมีความเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับที่ทำงาน
3. ระดับภายนอก (Exosystem) เป็นระดับของความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาอีกชั้นหนึ่ง เป็นระบบของสังคมที่ใหญ่ขึ้นที่บุคคลไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงหรือสิ่งนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อบุคคล เช่น ชุมชน สถานที่ทำงาน แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เป็นอิทธิพลที่ได้รับทางอ้อมแล้วส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้นขึ้นมา
4. ระดับมหภาคหรือระดับใหญ่ (Macrosystem) เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่นอกสุดของระบบนิเวศวิทยา โดยอยู่ห่างไกลออกจากตัวบุคคลมากที่สุด ได้แก่ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี

วัฒนธรรม กฎหมาย การเมือง การปกครอง เป็นระบบที่อยู่ไกลจากตัวบุคคล แต่ก็มีส่วนต่อการเกิดพฤติกรรมในแต่ละบุคคลเช่นเดียวกัน โดยจะเกิดเป็นมาตรการทางสังคมที่คนในสังคมให้การยอมรับ ซึ่งระบบนี้ก็จะมีความเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กับทั้งสามระบบที่กล่าวมาข้างต้น บุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงมีการแสดงออกของ พฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่แตกต่างกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยามาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยแบ่งปัจจัยที่ศึกษาออกเป็นสองกลุ่ม คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ คชนิมวลกาย และความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมตัวบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการรักษาโดยการให้ยาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตแล้ว มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ มีระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

อายุ หมายถึง อายุจริงเป็นปีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ขณะเข้าร่วมการศึกษา โดยนับเป็นจำนวนเต็ม (ปี) แบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ น้อยกว่า 40 ปี ช่วงอายุ 41-60 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่าซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูง โดยหน่วยของน้ำหนักคิดเป็นกิโลกรัม และหน่วยของความสูงคิดเป็นเมตร โดยค่าดัชนีมวลกายของแต่ละคนจะมีค่าเท่ากับ น้ำหนักของคน ๆ นั้น หารด้วยความสูงยกกำลังสอง หน่วยของดัชนีมวลกายเป็น กิโลกรัม/เมตร² โดยจัดกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24.9) น้ำหนักเกิน (มากกว่าหรือเท่ากับ 25)

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าเป็นจริง และมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือผลกระทบจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูงซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อผลลัพธ์ของวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ นงเยาว์ ไบยา (2554)

พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวของ นงเยาว์ ไบยา (2554)

ความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และองค์กรโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ควบคุมความดันโลหิตของตน และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน 4 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ และการตรวจตามนัด
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการเลือกซื้อ การเตรียม การปรุง และการรับประทานอาหาร
3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการเตรียมร่างกาย การออกกำลังกาย และการประเมินอาการผิดปกติทั้งก่อน ขณะ และหลังออกกำลังกาย
4. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของ อัมพร วรภมร (2554)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
3. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
4. แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory)
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
 - 5.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล
 - 5.2 ปัจจัยแวดล้อมรอบตัวบุคคล

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ป่วยไม่ได้ดื่มชาหรือกาแฟและไม่ได้สูบบุหรี่ก่อนการวัด 30 นาที ทำการวัดหลังให้ผู้ป่วยนั่งในห้องที่สงบเป็นเวลา 5 นาที ทำนั่งพักบนเก้าอี้หลังฟังพนัก ทำสองข้างวางบนพื้น แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางบนโต๊ะ เครื่องมือที่ใช้วัดอาจเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (Mercury sphygmomanometer) หรือเครื่องวัดชนิดอัตโนมัติ (Automatic blood pressure) ที่ได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ และใช้ที่พันรอบแขน (Arm cuff) ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย คือ ส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 ทำการวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2-3 นาที จากแขนเดียวกันแล้วนำสองค่าหลังที่วัดได้มาหาค่าเฉลี่ย เป็นค่าความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555)

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกได้ตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิตอย่างเดียว หรือตามความรุนแรงของความดันโลหิตและปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ดังนี้

JNC VII ได้จำแนกระดับความดันโลหิตในผู้ที่อายุมากกว่า 18 ปี ดังนี้

ชนิดของความดันโลหิต	ความดันเลือดซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันเลือดไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ความดันโลหิตปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
ความดันโลหิตเริ่มสูง	120-139	80-89
ความดันโลหิตสูงระยะ 1	140-159	90-99
ความดันโลหิตสูงระยะ 2	มากกว่าหรือเท่ากับ 160	มากกว่าหรือเท่ากับ 100

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกและคณะสมาคมความดันโลหิตสูงนานาชาติ

(World Health Organization-International Society of Hypertension, 1999) แบ่งความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ

ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบความเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างใดอย่างหนึ่ง

ดังต่อไปนี้

1. เวนทริเคิลโต โดยการตรวจร่างกายเอกซเรย์ทรวงอก หรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
 2. หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน
 3. มีอัลบูมิน (Albumin) ในปัสสาวะ หรือ ครีเอตินิน (Creatinin) ในเลือดสูงกว่าปกติ
- ความรุนแรงระดับที่ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบที่บ่งบอกว่าการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ

เป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. อาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย
2. อัมพาตเกิดจากเลือดออกในสมอง หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิด

ร้ายแรง (Hypertensive encephalopathy)

3. ความผิดปกติของจอภาพในตาในระดับ 3 หรือ 4 (Hypertensive retinopathy grade 3, 4)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความดันโลหิตสูงทางคลินิกจะพิจารณาตามสาเหตุ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2552) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential or Idiopathic hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2552) สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่างที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม อายุ เพศ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเค็ม และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น

2. ความดันโลหิตที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบประมาณร้อยละ 5-10 สาเหตุเนื่องจากมีโรคอื่นชกนมาก่อน (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2552) ที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่

2.1 โรคของไต (Renal hypertension) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุดเนื่องจากไตมีหน้าที่ควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคไตมักจะมีการสร้างน้ำปัสสาวะลดลง และมีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โครนิค ไพอิโลเนไฟรติส (Chronic pyelonephritis), โกลเมอรูโลเนไฟรติส (Glomerulonephritis), ไตอะเบติส เนพโฟรพาตี (Diabetes nephropathy), ไตวาย (Renal failure), พอลีไซติก คิดีนี ดีซีส (Polycytic kidney disease) และเรเนล อาร์เตอรี สเตโนสิส (Renal artery stenosis) เป็นต้น

2.2 โรคของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine hypertension) ที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของฮอร์โมนกลุ่มอะดรีนาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Adrenocorticosteroid hormones) โรคที่พบบ่อย ได้แก่ คุซิงซินโดรม (Cushing's syndrome) ส่วนโรค Primary hyperaldosteronism จะมีระดับของฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) สูง ฮอร์โมนเหล่านี้หลั่งจากต่อมหมวกไตชั้นนอก มีฤทธิ์ส่งเสริมการดูดกลับของเกลือและน้ำที่ไต ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา และโรคฟีโอโครโมไซโตมา (Pheochromocytoma) ซึ่งเป็นโรคเนื้องอกของต่อมหมวกไตชั้นนอก ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่มแคทีโคลามีน (Catecholamines) ได้แก่ อีพิเนฟริน (Epinephrine) และนออีพิเนฟริน (Norepinephrine) มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้จะหลั่งมากเป็นระยะ ๆ มากกว่าหลังตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตสูงมากเป็นช่วง ๆ

2.3 การตีบแคบของหลอดเลือดเอออร์ตา (Coarctation of aorta) มักพบที่ส่วนปลายของหลอดเลือดเอออร์ตาจนถึงส่วนเริ่มต้นของหลอดเลือดแดง ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนล่างของร่างกายและไตลดลง เกิดการปรับตัวชดเชยในการทำหน้าที่ของไตโดยกระตุ้นการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin angiotensin aldosterone system) ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

2.4 ยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง (Drug induced hypertension) เช่น ยาคุมกำเนิด ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ ฮอร์โมนบางชนิด เช่น ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

2.5 โรคบางชนิด เช่น ลิ้นเออร์ติคริว (Aortic regurgitation) ไทรอยด์เป็นพิษ (Thyroid toxicosis) ภาวะซีด (Anemia) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of pregnancy)

การควบคุมความดันโลหิต

1. กลไกการควบคุมความดันโลหิต

เป็นระบบที่ซับซ้อนเกิดจากการทำหน้าที่ของหัวใจ หลอดเลือด ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบอื่น ๆ ความดันโลหิตจะถูกกำหนดโดยปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจในแต่ละนาที (Cardiac output) และความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือด (Total peripheral resistance) ซึ่งปริมาตรเลือดที่บีบออกจากหัวใจใน 1 นาที จะมีปริมาณมากหรือน้อยขึ้นกับปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (Stroke volume) กับอัตราการเต้นของหัวใจต่อนาที (Heart rate) ปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกมาในแต่ละครั้งขึ้นกับปริมาตรเลือดที่ไหลเข้ากลับสู่หัวใจ (Venous return) และความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับการควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและคุณสมบัติของกล้ามเนื้อหัวใจด้วย ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจขึ้นกับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเป็นส่วนใหญ่ มีค่าปกติประมาณ 70-80 ครั้งต่อนาที ส่วนความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือดขึ้นกับขนาดของหลอดเลือดและความหนืดของเลือด ถ้าหลอดเลือดหดตัว จะทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดสูง หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น เพื่อให้เลือดไหลผ่านไปยังหลอดเลือดได้ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น การหดตัวหรือขยายตัวของหลอดเลือดถูกควบคุมด้วยระบบประสาทอัตโนมัติเป็นส่วนใหญ่ กลไกการควบคุมความดันโลหิตนอกจากจะขึ้นกับการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ยังมีอีกหลายระบบที่ควบคุมร่วมด้วย (ลิเวอร์พูล อุนนาภิรักษ์ และคณะ, 2552) ที่สำคัญ ได้แก่

1.1 กลไกทางระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) เป็นกลไกที่เกิดในเวลาเพียงวินาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น มักเกิดขึ้นเสมอในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การเปลี่ยนท่าทาง กลไกนี้จะปรับระดับความดันโลหิตให้คงที่ โดยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต จะเกิดกลไกอัตโนมัติ เรียกว่า บาร์โรรีเซพเตอร์ รีเฟกซ์ (Baroreceptor reflex) ซึ่งมีตัวรับรู้ที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต เรียกว่า บาร์โรรีเซพเตอร์ เซลล์ (Baroreceptor cell) หรือเพรสโซรีเซพเตอร์ เซลล์ (Pressoreceptor cell) ที่จะส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในเมดัลลา ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีผลให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงขึ้น หลอดเลือดตีบตัว เลือดจึงกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น เป็นผลให้ Cardiac output สูง และทำให้ความดันโลหิตสูงตามมา

1.2 กลไกผ่านฮอร์โมนและสารเคมี (Renin Angiotensin Aldosterone System [RAAS]) เรนิน (Renin) เป็นเอนไซม์ที่สร้างโดยเซลล์จุกตาโกลเมอรูลาร์ (Juxta-glomerular) ในไต ซึ่งมีบทบาทในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิโนเจน (Angiotensinogen) ที่สร้างจากตับให้เป็นแองจิโอเทนซิน I (Angiotensin I) และจาก Angiotensin I จะเปลี่ยนเป็น Angiotensin II ซึ่ง Angiotensin II มีผลกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการบีบตัวเป็นการเพิ่มความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีผลให้หลอดเลือดดำบีบตัว ปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น จึงเป็นผลให้ Cardiac output เพิ่มขึ้นด้วย

1.3 บทบาทของวาโซเพรสซิน (Vasopressin) เมื่อความดันลดลงมาก จะมีการกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) ให้หลั่งแอนติไดยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic Hormone [ADH]) ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดตีบตัว เป็นการเพิ่มความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือด และเพิ่มการดูดกลับของน้ำที่ไต จึงเป็นการเพิ่มปริมาณเลือดในร่างกาย

1.4 กลไกการปรับโดยอัตโนมัติภายในร่างกาย (Autoregulation) ที่สำคัญได้แก่ กลไกผ่านทางหลอดเลือดฝอย (Capillary fluid shift) เมื่อความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง จะมีผลต่อความดันในหลอดเลือดฝอยด้วย ถ้าความดันโลหิตสูง ค่าความดันไฮโดรสแตติก (Hydrostatic pressure) ของหลอดเลือดฝอยจะเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้มีการกรองของเหลวออกจากหลอดเลือดฝอยมากขึ้น ปริมาตรเลือดก็จะลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ในทางตรงกันข้ามถ้าความดันโลหิตลดลง ค่าความดันไฮโดรสแตติกของหลอดเลือดฝอยก็จะลดลง ทำให้ของเหลวถูกดูดกลับเข้ามาในหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น กลไกนี้เป็นการควบคุมความดันโลหิตโดยการควบคุมปริมาตรของเลือด

1.5 กลไกจากเนตริยูเรติก ฮอร์โมน (Natriuretic hormones) ฮอร์โมนนี้ประกอบด้วย เอเตียล เนตริยูเรติก เพพไทด์ (Atrial natriuretic peptide [ANP]), เบรน เนตริยูเรติก เพพไทด์ (Brain natriuretic peptide [BNP]), ซี-ไทป์ เนตริยูเรติก เพพไทด์ (C-type natriuretic peptide [CNP]) และยูโรโดแลนติน (Urodilantin) ฮอร์โมนเหล่านี้มีฤทธิ์ในการขับโซเดียมและลดความตึงตัวของหลอดเลือด จะออกฤทธิ์เมื่อร่างกายได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไปหรือรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมและแคลเซียมไม่เพียงพอ ดังนั้นถ้ามีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของฮอร์โมนนี้ จะมีผลให้หลอดเลือดมีแรงตึงตัวเพิ่มขึ้นและเกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมมากขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกาย

2. เป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต

จากรายงานของ JNC VII ได้แนะนำให้ควบคุมความดันโลหิตให้มีค่าน้อยกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไปที่มีความดันโลหิตสูง แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ร่วมกับโรคเบาหวานหรือโรคไตหรือมีโรคหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงทางโรคหัวใจและหลอดเลือด มีเป้าหมายให้ลดระดับความดันโลหิตให้ได้น้อยกว่า 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท การลดระดับความดันโลหิตสามารถลดโอกาสการเสียชีวิต โดยมีการศึกษาพบว่า การลดความดันโลหิตซิสโตลิก 2-5 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดโอกาสการเสียชีวิตจากโรคอัมพฤกษ์อัมพาตได้ร้อยละ 6-14 และจากโรคหัวใจได้ร้อยละ 4-9 และในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 คือ ความดันซิสโตลิก 140-149 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แล้วสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 12 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า 10 ปี จะช่วยป้องกันการเสียชีวิตได้ 1 รายในผู้ป่วยทุก ๆ 11 ราย (Chobanian et al., 2003)

3. แนวทางการควบคุมความดันโลหิต มีดังนี้

JNC VII นำเสนอแนวทางการให้การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่าการให้การรักษาความดันโลหิตสูง ต้องเริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle modification) ถ้ายังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ให้เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต โดยแนะนำให้ใช้ยาขับปัสสาวะกลุ่มไตอะไซด์ (Thiazide-type diuretics) เป็นยาชนิดแรก کهควรเลือกใช้เพียงชนิดเดียวหรือร่วมกับยาลดความดันโลหิตในกลุ่มอื่น ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยทั่วไป (Chobanian et al., 2003)

สมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรปและสมาคมโรคหัวใจทวีปยุโรป (European Society of Hypertension and European Society of Cardiology) ได้ให้คำแนะนำว่ายาลดความดันทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่ ยาขับปัสสาวะกลุ่มไตอะไซด์ (Thiazide diuretics), ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists), ยับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzymes inhibitors) และยาก่อปิดกั้นเบต้าแอดรีเนอร์จิก (Beta-blockers) สามารถเลือกใช้กลุ่มใดเป็นกลุ่มแรกก่อนก็ได้ และนำไปใช้ระยะยาวในการรักษาได้ จะใช้เพียงกลุ่มเดียวหรือรวมกันหลายกลุ่มก็ได้ ตราบใดที่สามารถลดความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ (Wofford & Minor, 2009)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้กำหนดแนวทางการรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิตไว้ว่า ก่อนการรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิต ควรประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าก่อน ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจสูงและสูงมากเท่านั้น โดยแนวทางการให้ยาของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการให้ยาลดความดันโลหิต

ความเสี่ยงอื่น ๆ	ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
	ระดับอ่อน (SBP 140-159 หรือ DBP 90-99)	ระดับปานกลาง (SBP 160-179 หรือ DBP 100-109)	ระดับรุนแรง (SBP \geq 180 หรือ DBP \geq 110)
1. ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ	ปรับพฤติกรรม 2-3 เดือน ให้เริ่มยา เมื่อคุมความดันโลหิต ไม่ได้	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ ให้เริ่มยา เมื่อคุมความดันโลหิต ไม่ได้	ปรับพฤติกรรม และให้ยาลด ความดันโลหิต
2. มี 1-2 ปัจจัยเสี่ยง	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ ให้เริ่มยา เมื่อคุมความไม่ได้	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ ให้เริ่มยา เมื่อคุมความดันโลหิต ไม่ได้	ปรับพฤติกรรม และให้ยาลด ความดันโลหิต
3. มีตั้งแต่ 3 ปัจจัย เสี่ยงขึ้นไป Metabolic syndrome หรือ TOD หรือโรคเบาหวาน	ปรับพฤติกรรมและให้ ยาลดความดันโลหิต	ปรับพฤติกรรมและให้ ยาลดความดันโลหิต	ปรับพฤติกรรม และให้ยาลด ความดันโลหิต
4. เป็นโรคหลอดเลือด และหัวใจหรือโรคไต	ปรับพฤติกรรมและให้ ยาลดความดันโลหิต	ปรับพฤติกรรม และให้ยาลด ความดันโลหิต	ปรับพฤติกรรม และให้ยาลด ความดันโลหิต

3.1 การควบคุมโดยการใช้ยา (Pharmacological treatment of hypertension) มีการศึกษาพบว่า การควบคุมความดันโลหิตโดยวิธีใช้ยา มีความเกี่ยวข้องกับการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35-40 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 20-25 และโรคสมองขาดเลือดมากกว่า ร้อยละ 50 (Chobanian et al., 2003) ยาลดความดันโลหิตมีหลายกลุ่ม (ประเจษฎ์ เรื่องกัญจนเศรษฐ์, 2553) ได้แก่

3.1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น ฟลูโรซีไมด์ (Flurosemide), สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone), ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) เป็นต้น เป็นยาชนิดแรกในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง อาจใช้ยาชนิดนี้เพียงชนิดเดียว หรือใช้ร่วมกับกลุ่มอื่น ยาชนิดนี้

จะมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัวได้ในระยะยาว จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง มีความปลอดภัย และราคาไม่แพง สามารถลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจได้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียงที่พบคือ ทำให้โปแตสเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำทำให้แคลเซียม ไนโตรเจน กรดยูริก คอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือดสูง

3.1.2 ยายับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzymes Inhibitors [ACEI]) เช่น แคปโตพริล (Captopril), อีนาลาพริล (Enalapril), ลินลิโนพริล (Lisinopril) เป็นต้น เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดระดับของ Angiotensin II ลดแรงต้านทานในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้นทำให้การสร้างฮอว์โมนอัลโดสเตอโรนลดลง การดูกลับของโซเดียมลดลง ความดันโลหิตลดลง เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีกล้ามเนื้อหัวใจหนา (Left ventricular hypertrophy) ผู้ป่วยหัวใจวาย หลอดเลือดหัวใจตีบ ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ มักใช้ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ผลข้างเคียงของยา คือ ไอ ผื่นขึ้น โปแตสเซียมในเลือดสูง

3.1.3 ยากลุ่มปิดกั้นเบต้าแอดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic blockers) เช่น อะทีโนลอล (Atenolol), เมโทโพลอล (Metoprolol) และ โพรพานอลอล (Propranolol) เป็นต้น สามารถลดความดันโลหิต โดยทำให้หัวใจเต้นช้าลง และบีบตัวเบาลง ส่งผลให้ Cardiac output ลดลง อีกกลไกหนึ่ง คือ Beta-blockers มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีผลยับยั้งการหลั่งของ Renin ยา Beta-blockers มีประโยชน์มากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีชีพจรเร็ว และมีประสิทธิภาพสูงขึ้นในการลดระดับความดันโลหิต ถ้าได้มีการใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ หลอดเลือดตีบจากการหดตัว ทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีภาวะหัวใจวาย เมื่อใช้ยานี้ภาวะหัวใจวายจะรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีน้ำตาลในเลือดต่ำ ไนโตรเจน ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

3.1.4 ยากลุ่มปิดกั้นแอลฟา (Alpha blockers) เช่น พร่าโซซิน (Prazosin) มินิเพรส (Minipress) ออกฤทธิ์ด้านรีเซปเตอร์แอลฟา-1 ของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งอยู่ที่ผนังหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง ความดันโลหิตลดลง เป็นยาที่มีประสิทธิภาพ แม้จะใช้เพียงตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น อาการข้างเคียงของยา คือ มึนงง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น

3.1.5 ยาด้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) เช่น วีราพามิล (Verapamil), ไมบีฟราดิล (Mibefradil) เป็นต้น ลดแรงต้านทานในหลอดเลือดได้ผ่านทางกรยับยั้งที่แอล-ชาแนล (L-channel) ทำให้มีแคลเซียมภายในเซลล์ลดลง ลดภาวะหลอดเลือดบีบตัว (Vasoconstriction) ยาชนิดนี้ใช้ได้ผลดีแม้ใช้เพียงลำพัง หรือเมื่อใช้ร่วมกับยาชนิดอื่น ๆ ในการลดระดับความดันโลหิต มีผลข้างเคียง ได้แก่ หน้าแดง (Flushing) อาการปวดศีรษะ หรืออาจเกิดภาวะบวมได้ เนื่องจาก

มีฤทธิ์อาร์เทอร์โอ ไคเลเตอร์ (Arteriolar dilators) ซึ่งภาวะบวมเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากมีการคั่งของน้ำ และเกลือ

3.1.6 กลุ่มยาออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทแอลฟาในสมอง (Central alpha agonist) เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นแอลฟา รีเซพเตอร์ (Alpha receptor) ในสมอง ซึ่งผลการกระตุ้นทำให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือด และลดแรงดันของผนังหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง เช่น เมทิลโดปา (Methyldopa) หรือรีเซอปีน (Reserpine) ข้อดีของกลุ่มนี้คือสามารถลดความดันได้อย่างไม่เฉียบพลัน และมีราคาไม่แพง ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโตลดลงได้มาก เมทิลโดปาเป็นยาลดความดันโลหิตในสตรีที่ตั้งครรภ์และจำเป็นต้องใช้ยา ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้คือมีการออกฤทธิ์ที่สมอง ทำให้เกิดการง่วงซึม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปากแห้ง

3.2 การควบคุมความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช้ยา (Non pharmacological treatment of hypertension) มีการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตสามารถป้องกันโรคความดันโลหิต ลดระดับความดันโลหิต เพิ่มประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิต และลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Chmiel et al., 2012) การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นวิธีการดูแลรักษาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้คงที่ได้ ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาด การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมป้องกันและและควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

3.2.1 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก JNC VII นำเสนอการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ ลดระยะเวลาของพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ เช่น การดูทีวี เล่นวิดีโอเกมส์ หรือการเล่นอินเทอร์เน็ต เพิ่มการออกกำลังกาย เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน เดินแอโรบิก เล่นกีฬา ลดปริมาณของอาหารและขนมขบเคี้ยว ตลอดจนลดปริมาณและความถี่ของการบริโภค เครื่องดื่มที่มีแคลอรีสูง โดยมีการศึกษาพบว่า การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ คือ ค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยการลดน้ำหนักทุก ๆ 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (He et al., 2000 cited in Chobanian et al., 2003)

3.2.2 พฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ การจำกัดเกลือโซเดียม ลดอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวสูง และอาหารหวานจัด ซึ่งอาหารที่เหมาะสมต่อการควบคุมความดันโลหิต DASH โดยประกอบด้วย อาหารที่มีเส้นใยสูง ผักสด และผลไม้ ลดอาหารไขมันอิ่มตัว รับประทานเนื้อปลาและถั่วเป็นหลัก โดยพบว่าสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท และการจำกัดอาหารที่มีรสเค็มโดยจำกัดเกลือโซเดียมน้อยกว่า

2.4 กรั่มต่อวัน ช่วยลดความดันซิสโตลิก 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003; ธาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2555)

3.2.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายมีการหดและการยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ทั่วร่างกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจรวมทั้งระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น (American College of Sports Medicine, 2003 อ้างถึงใน อัมพร วรรณมร, 2554) และมีการนำเสนอใน JNC 7 ว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละมากกว่า 3 วัน สามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003; ธาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2555)

3.2.4 พฤติกรรมการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยดื่มเบียร์ไม่เกิน 24 ออนซ์ต่อวัน ดื่มไวน์ไม่เกิน 10 ออนซ์ต่อวัน หรือดื่มวิสกี้ไม่เกิน 3 ออนซ์ต่อวัน ในเพศชาย และครึ่งของปริมาณดังกล่าวในเพศหญิง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตร่วมกับการงดสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Chobanian et al., 2003; ธาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2555)

3.3 การติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงความถี่ในการติดตามผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรคก่อนเริ่มให้การรักษา โดยระยะเวลาในการการนัดติดตามผู้ป่วยพิจารณาตาม ระดับความดันโลหิต (Chobanian et al., 2003; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ดังนี้

ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ตรวจวัดความดันใหม่ใน 1 ปี
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140 ถึง 159 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต ไดแอสโตลิกระหว่าง 90 ถึง 99 มิลลิเมตรปรอท ตรวจยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงหรือไม่ ภายใน 2 เดือน

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 160 ถึง 179 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต ไดแอสโตลิกระหว่าง 100 ถึง 109 มิลลิเมตรปรอท ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายใน 1 เดือน

ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/ 110 มิลลิเมตรปรอท ประเมินหรือส่งผู้ป่วย ไปรักษาต่อทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย

ทั้งนี้หลังเริ่มการรักษาด้วยยาแพทย์จะนัดผู้ป่วยทุก ๆ เดือน จนกระทั่งควบคุม ความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Chobanian et al., 2003) การปรับลดขนาดหรือชนิดของยาลด ความดันโลหิต จะกระทำก็ต่อเมื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยค่อย ๆ ลดขนาดยาหรือถอนยาอย่างช้า ๆ ซึ่งมักจะทำได้ในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว บางรายอาจถอนยาได้หมด และควรติดตามผู้ป่วยรายนั้น ๆ ต่อเนื่อง

จากความดันโลหิตอาจสูงขึ้นอีกในระยะเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังหยุดยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถคงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นภาวะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแล้ว แต่ยังคงมีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย (Chobanian et al., 2003; Gee et al., 2012) ข้อมูลจาก National Health and Nutrition Examination Surveys [NHANES] ในกลุ่มชาวสหรัฐอเมริกาที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ช่วงปี ค.ศ. 2005-2008 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 52.5 ส่วนในประเทศไทย พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ใน 4 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (วิชัย เอกพลากร, 2553) ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ใน 4 ที่ต้องใช้อาลดความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิด เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งในด้านการรักษาจะเรียกภาวะดังกล่าวว่า Resistant hypertension (Trewet & Ernst, 2008)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นชัดเจนว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีจำนวนมากทำให้เกิดความยุ่งยากในการรักษา ทั่วโลกจึงให้ความสนใจผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลไกการควบคุมความดันโลหิตที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบหัวใจ หลอดเลือด และระบบประสาทอัตโนมัติ ดังที่กล่าวไว้เบื้องต้น การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาแล้วสามารถแบ่งสาเหตุเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

1. สาเหตุเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยหรือผู้รักษา ได้แก่ เทคนิคการวัดความดันโลหิตไม่ถูกต้อง (“White-coat” phenomena) หรือภาวะที่ความดันโลหิตสูงเมื่อวัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิก แต่เมื่อวัดที่บ้านค่าเป็นปกติ หรืออาจเรียกอีกชื่อว่าความดันโลหิตสูงเทียม (Pseudohypertension) ความต่อเนื่องในการใช้ยา ความล่าช้าในการรักษาทางคลินิกและปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต เป็นต้น

2. สาเหตุเกี่ยวกับยาที่รักษามีหลายตัวที่ด้านการออกฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิตที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs), แอสไพริน (Aspirin) และไซโคลออกซิเจนเนส-2-ซีเลคทีฟ อินฮิบิเตอร์ (Cyclooxygenase-2-selective inhibitors) เป็นต้น

ยาเหล่านี้จะลดการหลั่งพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ที่มีผลต่อการขยายของหลอดเลือดแดงในไต ทำให้เกิดการเพิ่มปริมาตรในหลอดเลือด ดูกกลับโซเดียม และเพิ่มความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยากลุ่มซิมพาโทมิเมติก (Sympathomimetics) เช่น Decongestant, Diet pill, โคเคอิน (Cocaine) และคาเฟอีน (Caffeine) เป็นต้น ตลอดจนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid), แอมเฟตามีน (Amphetamine), ไซโคลสปอริน (Cyclosporine), ทา-โครลิมีส (Ta-crolimus), อิริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) และยากุมกำเนิด ซึ่งมีส่วนเพิ่มความดันโลหิตและทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโดยใช้ยาไม่ได้

3. สาเหตุอื่น ๆ มีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้จากประวัติการเจ็บป่วยทางคลินิก การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ โรคต่าง ๆ ดังนี้ ออพสตรัคทีฟ สลีพ แอปเนีย (Obstructive sleep apnea), โรคหลอดเลือดไต (Renovascular disease), ไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease), ภาวะต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ (Primary aldosteronism), เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต (Pheochromocytoma), การใช้สเตียรอยด์ และกลุ่มอาการคุชชิง (Chronic steroid therapy and Cushing syndrome), ไทรอยด์ ออฟ พาราไทรอยด์ (Thyroid or parathyroid disease), โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัน (Coarctation of aorta) เป็นต้น

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จึงเป็นภาวะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการรักษาแต่ระดับความดันโลหิตสูงกว่าเป้าหมายที่ต้องการควบคุม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ควรได้รับการประเมินเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

อาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ในระยะแรกของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หรือไม่ได้รับความสนใจที่จะรักษาเพิ่มเติม เมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนาน ๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมีอาการปรากฏได้ แต่อาการที่พบบ่อยไม่เฉพาะเจาะจง (ส่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ดังนี้

1. ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้า และอาจมีอาการคลื่นไส้ตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
2. เลือดกำเดาไหล เป็นอาการที่พบบ่อย แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลโดยที่ไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย และอาจจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ
3. ในบางรายมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่าย เนื่องจากหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ในผู้ที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท อาการจะซึ่มลงจนหมดสติร่วมกับ

มีอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน อาจชัก เป็นอัมพาต ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

จากการศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล (2552) พบว่า มีการรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ว่าเป็นอาการไม่สุขสบาย เช่น มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เวียนศีรษะเป็นต้น ซึ่งการรับรู้อาการไม่เพียงพอกับการควบคุมความดันโลหิตสูง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่แสดงอาการหากระดับความดันโลหิตสูงยังไม่รุนแรงดังคำที่ว่า “ความดันโลหิตสูงเป็นเพชฌฆาตเงียบ” ดังนั้นหากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงใช้อาการประเมินความรุนแรง จะทำให้ยังคงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และเป็นอันตรายต่อชีวิต

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีผลเสียต่ออวัยวะสำคัญ และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกายของภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ หัวใจ สมอง ไตและหลอดเลือด (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2552) ดังนี้

1.1 หัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัวเร่งให้มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นมีผลทำให้เกิดหัวใจโต (Cardiac enlargement) กล้ามเนื้อหัวใจตายและมีอาการเจ็บหน้าอก สาเหตุจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หัวใจล้มเหลวซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากที่ที่แรงต้านทานภายในหลอดเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน (Afterload) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักและต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น และผลจากการมีความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะไปทำลายผนังหลอดเลือดเอออร์ตาเกิดตามมาจึงพบว่าในคนที่อายุ 40-70 ปี ที่มีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 115/ 75 มิลลิเมตรปรอท ถึง 185/ 115 มิลลิเมตรปรอท พบว่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นทุก ๆ 20/ 10 มิลลิเมตรปรอท จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Chobanian et al., 2003)

1.2 สมอง ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่สมองแข็งและหนาตัวซึ่งต่อมาจะเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดทั่ว ๆ ไปในสมอง (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2552) จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Brain infarction) และภาวะเลือดออกในสมอง (Brain hemorrhage) ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงมากถึงร้อยละ 80 และอีกร้อยละ 15 เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง พบว่า อุบัติการณ์ของโรคอัมพฤกษ์อัมพาตจะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิต

ตัวบนในคนสูงอายุมากกว่า 65 ปี และการรักษาโรคความดันโลหิตสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคอัมพฤกษ์ได้ทั้งจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง และภาวะเลือดออกในสมอง (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2553)

1.3 ไต โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดพรีโกลเมอรูลาร์อาร์เทอร์โอยด์ (Preglomerular arterioles) ส่งผลให้มีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงโกลเมอรูล (Glomeruli) เกิดการเปลี่ยนแปลงใน Glomeruli และโพสต์โกลเมอรูลัส (Postglomerular structures) และโกลเมอรูล แคพิลลารี (Glomerular capillaries) นำไปสู่ภาวะโกลเมอรูโลสเคอโรซิส (Glomerulosclerosis) ในที่สุดส่งผลให้ท่อไตขาดเลือดไปเลี้ยงและฝ่อตัว โรคความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดพยาธิสภาพที่ไตและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่พบบ่อยอันดับสอง (รองลงมาจากเบาหวาน) ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งในประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2553)

1.4 ตา มีการเปลี่ยนแปลงของประสาทจอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดแดงที่เรตินา จะมีการตีบตัวลงถ้าเป็นมาก ๆ พบว่า หลอดเลือดจะหดตัวเกร็ง มีการบวม และเลือดออก ถ้ารุนแรงที่สุดจะมีการบวมบริเวณออปติคดิสก์ (Optic disk) ทำให้การมองเห็นเสียไปพบผลกระทบต่อตา มากในความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Chobanian et al., 2003)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ความดันโลหิตเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องควบคุมความดันโลหิตตลอดชีวิต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ (Trewet & Ernst, 2008) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ต้องได้รับการรักษา โดยการปรับเพิ่มยาและให้เคร่งครัดในการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและลดภาวะการทำลายอวัยวะเป้าหมาย มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ถึงผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้แก่ เป็นอาการไม่สุขสบาย เหมือนจะตายไม่รู้ตัว ยาเดิมเอาไม่อยู่ต้องเพิ่มจำนวน และการไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์ (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายที่ไม่เคยมีมาก่อน ความรู้สึกไม่แน่นอนว่าอาจจะเสียชีวิตได้ ตลอดจนความรู้สึกผิดที่ตนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จนเป็นเหตุให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม การเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัวอาจทำให้ต้องลดบทบาทในครอบครัว โดยเฉพาะถ้าเป็นการเจ็บป่วยของหัวหน้าครอบครัวผู้หารายได้หลักของครอบครัว ทำให้รายได้ลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการทำงานได้น้อยลง (Chiong, 2008) นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมายมีผลต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่

ได้เต็มความสามารถ หรือแม้กระทั่งต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาคนอื่น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมทั้งระดับบุคคลและระดับประเทศชาติได้

พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

JNC VII แนะนำแนวทางการให้การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่า การให้การรักษาความดันโลหิตสูง ต้องเริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (Lifestyle modification) ถ้ายังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ให้เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต (Chobanian et al., 2003) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่จึงได้รับการรักษาทั้งใช้ยา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมความไม่สม่ำเสมอในการใช้ยา เป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ JNC VII ได้นำเสนอว่าในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการใช้ยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงครั้งแรก ร้อยละ 40 มีการใช้ยาไม่ต่อเนื่องในช่วงปีแรก (Wofford & Minor, 2009) นอกจากนี้ประสพการณ์อาการข้างเคียงของยา เป็นอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Ogedegbe, 2008) มีการศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และความไม่สม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของชาวโปรตุเกสพบว่า ประสพการณ์อาการข้างเคียงของการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายความไม่สม่ำเสมอในการใช้ยา และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ชีวิตเพียงลำพัง เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการใช้ยา จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ไม่ดี (Morgado, Rolo, Macedo, Pereira, & Castelo-Branco, 2010)

2. พฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า จากแนวทางการรับประทานอาหารเช้าเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ ถั่วปริมาณไขมันอิ่มตัว และจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร (Chobanian et al., 2003; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) การรับประทานอาหารเช้าที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากโซเดียมจะทำให้การคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น ทำให้ปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้น ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า ก็มีโอกาที่จะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ในชุมชนเมือง กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการจำกัดเกลือโซเดียมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมได้ (Coly et al., 2008) และจากการศึกษาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้กับควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ยังมีการใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ชุปก้อน ปูจุกอาหาร (อัมพร วรรณ, 2554) จะเห็นได้ว่าการรับประทานอาหารเค็มเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ด้วยเหตุผลด้านพยาธิสรีรวิทยาและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

3.1 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลังสารแคทีโคลามีน เกิดการเกาะตัวของเกร็ดเลือดที่ผนังหลอดเลือดทุกวัน ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ, 2552) การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ใช้ในการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (Framingham 10 year Coronary Risk [FCR]) เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม ปัจจุบันใช้การพิจารณาจากระดับความดันโลหิตและความเสี่ยงดังกล่าวเป็นหลัก นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าประสิทธิผลการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น (Chmiel et al., 2012) และส่วนใหญ่จะให้ประวัติมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ (Coly et al., 2008)

3.2 การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เนื่องจากระบบการเผาผลาญแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง ทำให้ไขมันในเลือดสูง เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ (Coly et al., 2008)

3.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ยังไม่มีหลักฐานปรากฏแน่ชัดว่าการดื่มกาแฟจะมีผลต่อความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีเพียงการอธิบายว่าคาเฟอีนมีผลให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเต้นเร็ว ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จะเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสมทั้งการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารรสเค็ม

การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน เป็นต้น พฤติกรรมไม่พึงประสงค์เหล่านี้เกิดขึ้นได้จากการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติของแต่ละบุคคล ซึ่งมีหลากหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory)

จุดเริ่มต้นของแนวคิดระบบนิเวศวิทยาเกิดขึ้นเมื่อเกือบ 70 ปีก่อน สหรัฐอเมริกาให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะไร้ความสามารถ (Disability) และการสูญเสียชีวิตของประชาชนในประเทศ เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว จึงได้ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร การป้องกันการบาดเจ็บ การป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ และการเข้าร่วมโปรแกรมคัดกรองและควบคุมภาวะสุขภาพ ในระยะแรกส่วนใหญ่จะเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดภายใต้การควบคุมของบุคคลและเลือกที่จะแสดงออกมา แต่ภายหลังปี ค.ศ. 1970 มีการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ที่หลากหลายขึ้น จึงพบว่าพฤติกรรมมนุษย์ไม่ได้เกิดจากการเลือกที่จะแสดงออกมาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากอิทธิพลของประสบการณ์ของบุคคล บุคคลอื่นที่มีความสำคัญ บรรทัดฐานและค่านิยมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย (McLeroy et al., 2012) จึงนำสู่การอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วยแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม ดังต่อไปนี้

Bronfenbrenner (1994) ได้พัฒนาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner's ecological system theory) ที่เชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลมากที่สุด และขยายออกไปรอบ ๆ ตัวบุคคลตั้งแต่ บ้าน โรงเรียน ชุมชน จนถึง โครงสร้างทางสังคมที่ใหญ่ขึ้น Bronfenbrenner ได้แบ่งความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างระบบบุคคลกับสิ่งแวดล้อมดังกล่าวออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Microsystem) เป็นระบบความสัมพันธ์ในระดับแรก ประกอบด้วยตัวของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ การเรียนรู้ อารมณ์ ความเชื่อและทัศนคติของบุคคล และบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์กัน สิ่งแวดล้อมใกล้ ๆ ตัว ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน เช่น ความเชื่อหรือ พฤติกรรมของบิดา มารดา ย่อมส่งผลต่อทัศนคติและการแสดงออกต่อพฤติกรรมหนึ่ง ๆ

2. ระดับกลาง (Mesosystem) เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาจากตัวบุคคล เป็นความสัมพันธ์ของหน่วยหรือโครงสร้างของระดับ Microsystem ตั้งแต่สอง โครงสร้างขึ้นไป

โดยระดับเหล่านี้จะมีความเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียน โรงเรียนกับที่ทำงาน

3. ระดับภายนอก (Exosystem) เป็นระดับของความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาอีกชั้นหนึ่ง เป็นระบบของสังคมที่ใหญ่ขึ้นที่บุคคลไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงหรือสิ่งนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อบุคคล เช่น ชุมชน สถานที่ทำงาน แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เป็นอิทธิพลที่ได้รับทางอ้อมแล้วส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้นขึ้นมา

4. ระดับมหากาหรือระดับใหญ่ (Macrosystem) เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่นอกสุดของระบบนิเวศวิทยา โดยอยู่ห่างไกลออกจากตัวบุคคลมากที่สุด ได้แก่ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม กฎหมาย การเมือง การปกครอง เป็นระบบที่อยู่ไกลจากตัวบุคคล แต่ก็มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมในแต่ละบุคคลเช่นเดียวกัน โดยจะเกิดเป็นมาตรการทางสังคมที่คนในสังคมให้การยอมรับ ซึ่งระบบนี้มีความเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กับทั้งสามระบบที่กล่าวมาข้างต้น บุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงมีการแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่แตกต่างกัน

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มประชากรดังกล่าวเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาความดันโลหิตสูงแล้ว แต่ยังคงพบว่าคุณค่าความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner มาเป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งระดับภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีทั้งปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลด้านกายภาพ การรับรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

1.1 เพศ เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่ทำให้เกิดบทบาทในสังคมที่แตกต่างกันไป เช่น ในวัยทำงานเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน จึงมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่า

เพศชายที่ต้องทำงานนอกบ้าน ตลอดจนถึงปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 ลือต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของบุคคลมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการ
 ดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของบุคคล (กองสุขศึกษา, 2552 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ จันทานนท์, 2554)
 จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
 ของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ (2554) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแล
 ตนเองแตกต่างกัน ซึ่งทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้แตกต่างกัน จากการศึกษาในประเทศมาเลเซีย
 พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Kadir et al., 2009) แต่ในสหรัฐอเมริกา พบว่า
 ส่วนใหญ่เพศชายควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Egan, Zhao, Axon, Brzezinski, & Ferdinand, 2011)
 และเมื่อศึกษาในผู้ที่ เป็นโรคหัวใจร่วมด้วยพบว่า เพศชายควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นส่วนใหญ่
 (Cordero et al., 2011) จะเห็นได้ว่าอิทธิพลของปัจจัยที่แวดล้อมบุคคลทำให้พฤติกรรมควบคุม
 ความดันโลหิตของเพศหญิงและชายแตกต่างกันไปจึงควบคุมความดันโลหิตได้ต่างกัน

1.2 อายุ เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น

โดยมีผลให้โครงสร้างผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลง มักพบผนังหลอดเลือดตีบแข็งและคดเคี้ยว
 ในผู้สูงอายุ เกิดแรงต้านต่อการไหลเวียนหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นและความยืดหยุ่นของผนัง
 หลอดเลือดลดลง จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2552) เมื่อผู้ป่วย
 ความดันโลหิตสูงมีอายุมากขึ้นอาจต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะลูกหลานเพื่อให้
 ความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตจึงได้รับอิทธิพล
 จากบุคคลรอบข้างมาก หลายการศึกษาพบว่าอายุที่มากขึ้นจะควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี
 (Chmiel et al., 2012; Chew et al., 2012) แต่ยังมีบางการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มที่อายุน้อยกว่าควบคุม
 ความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และขาดความ
 ต่อเนื่องในการรักษา (Coly et al., 2008)

1.3 คั่งไขมันลงกาย บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติหรือที่เรียกว่า ความอ้วน หรือภาวะน้ำหนักเกิน มักสัมพันธ์กับผู้มีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

นอกจากนี้ยังทำให้ระดับไลโปโปรตีนในเลือดสูงด้วย โดยเฉพาะไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ
 (LDL) เป็นสาเหตุสำคัญทำให้หลอดเลือดตีบแข็งมากขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (ลิวรรณ
 อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2552) และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเศรษฐกิจของประเทศ
 มีผลให้การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีอุปนิสัยการรับประทานอาหาร
 ที่ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ในขณะที่มีการออกกำลังกายน้อยลง จึงเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วย
 โรคความดันโลหิตสูงที่มีความอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการศึกษา
 ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย

มากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Chew et al., 2012) แต่ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น กลุ่มดังกล่าวนี้จะควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ถึงแม้จะมีดัชนีมวลกายน้อยหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ (Coly et al., 2008) ทั้งนี้ในการศึกษาดังกล่าวได้คัดผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 36 กิโลกรัมต่อตารางเมตรออก และมีการอธิบายว่าเกี่ยวกับการขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีข้อมูลว่าในชุมชนดังกล่าวมีความชุกของการสูบบุหรี่และพฤติกรรมความเสี่ยงมาก และอัตราการออกกำลังกายน้อย

1.4 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยาเคิร์ทเลวิน Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่า ความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อ โรคหรือรู้สึกว่าเป็นโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ต่อมา Becker (1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว เมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้ว บุคคลที่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดีจะมีความพร้อมและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรค ตลอดจนมีการประเมินถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น และต้องมีสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ จึงจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง (Becker, 1974) มีการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก ตลอดจนร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 47.3 (นงเยาว์ ไบยา, 2554) โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร

การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ JNC VII เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตโดยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Chobanian et al., 2003) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จะเห็นว่าปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต แต่เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว ยังพบความขัดแย้งของผลการศึกษา ซึ่งน่าจะเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมรอบตัวบุคคล ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไปตามสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาให้ชัดเจนต่อไป

2. ปัจจัยแวดล้อมรอบตัวบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยแวดล้อมรอบตัวบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

2.1 พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไม่ว่าในส่วนใด จะเกิดผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่น ๆ ของครอบครัวด้วย เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลในครอบครัว (Wright & Leahy, 2009) ครอบครัวดังกล่าวประกอบด้วย บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีค่านิยมสัญญาร่วมกันกำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเองและทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีความจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือการแต่งงานหรืออยู่บ้านเดียวกัน ซึ่งรวมถึงผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานแต่อยู่รวมกันกับเพื่อนและยอมรับว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน คู่หนุ่มสาวที่อยู่ด้วยกันทั้งที่ไม่ได้แต่งงาน คู่หญิงหรือชายที่ชอบเพศเดียวกัน ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว ครอบครัวที่ไม่มีบุตร ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) การศึกษาของ นางเยาว์ ไบยา (2554) พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งได้แก่ การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ การศึกษาอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของชาวแอฟริกัน-อเมริกันพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวที่เป็นอุปสรรคได้แก่ การรับประทานอาหารของครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารรสเค็มและอาหารมัน เป็นต้น เพราะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเลือกรับประทานอาหารตามที่ครอบครัวของตนเองรับประทานอยู่ประจำ (Wexler et al., 2009)

2.2 การเกี่ยวพันของชุมชนในการปรับพฤติกรรม ความสะดวกและความปลอดภัย ในชุมชนส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคลในชุมชน ชุมชนเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นต้น จากการศึกษาอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต ตามทัศนคติของประชาชนชาวแอฟริกัน-อเมริกัน พบว่า ความไม่ปลอดภัยของสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และการไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารสุขภาพของชุมชน เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Wexler et al., 2009)

2.3 ผู้รักษาและระบบบริการสุขภาพ

2.3.1 การใช้ยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสม ผู้รักษาที่ใช้ยาลดความดันโลหิตตามแนวทางที่มีมาตรฐานจะทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตตามเป้าหมายได้ เช่น ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรป (ESH 2009 update guideline hypertension) แนะนำให้เริ่มรักษาถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 หรือมากกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท เริ่มจากการปรับพฤติกรรม 2-3 เดือน ถ้าควบคุมความดันโลหิตยังไม่ได้ให้เริ่มใช้ยาโดยใช้ยารักษาความดันโลหิตชนิดเดียวก่อน แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ส่วนใหญ่มักได้รับยาตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปดังนั้นการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้องดูจากปัจจัยหลาย ๆ อย่างรวมกัน ทั้งประวัติของผู้ป่วยและผลต่ออวัยวะเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงแล้วมีความดันโลหิตสูงสูงมาก ควรได้รับยาสองชนิดตั้งแต่แรกเริ่มการควบคุมความดันโลหิตจะประสบผลสำเร็จได้ผู้ป่วยต้องมีความสม่ำเสมอในการใช้ยา และผู้รักษาควรใช้ยาเพื่อควบคุมความดันให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า และป้องกันการเกิดความล่าช้าในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (Clinical inertia) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการความยากลำบากในการควบคุมความดันโลหิตจนเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ต่อเนื่องการใช้ยาหรือที่เรียกว่า Hypertension resistance (Wofford & Minor, 2009) จากการศึกษาลักษณะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ยาขับปัสสาวะ (Thiazide-type diuretics) และกลุ่ม Angiotensin converting enzyme [ACE] inhibitors และ/ หรือ Angiotensin receptor blockers ในช่วงปี ค.ศ. 1999-2008 มีโอกาสเกิดภาวะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ขณะใช้ยาลดความดันโลหิต 1-2 ชนิดแล้ว และในทางตรงกันข้ามพบว่าผู้ที่ใช้ยากกลุ่ม Non-dihydropyridine calcium channel blocker มีโอกาสควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่า (Egan et al., 2011)

2.3.2 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา การดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered behavioral intervention) เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิต

สูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Chobanian et al., 2003) กระบวนการดังกล่าว มีขั้นตอนที่ปฏิบัติโดยทีมผู้รักษา ดังนี้ 1) ประเมินความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 2) อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3) แจงและแจกเอกสารเพื่อบันทึกค่าความดันโลหิต 4) ร่วมกันตกลงเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ต้องควบคุม 5) สอบถามเกี่ยวกับระดับของการร่วมมือในการรักษา และ 6) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น หากให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาดังกล่าวเบื้องต้นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ในการปฏิบัติจริงยังเป็นไปได้น้อยที่จะนำกระบวนการให้คำปรึกษาดังกล่าวมาใช้ครบทุกกระบวนการ จึงเป็นสาเหตุให้อัตราผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีมากในปัจจุบัน

2.3.3 ความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ เป็นอีกปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญ เป็นหัวใจหลักของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ความไว้วางใจเกิดจากการมองเห็นว่าบุคคลอื่นมีความสามารถ ฉลาด เชื่อถือได้ มีความหวังใจ และมีจริยธรรม นอกจากนี้ความไว้วางใจเกิดขึ้นในลักษณะอื่น ๆ เช่น เป็นผู้ที่น่าจะได้รับ ความไว้วางใจ การมีความรับผิดชอบและสามารถรักษาความลับได้ ผู้ป่วยที่มีความไว้วางใจในตัวบุคคลของผู้รักษาทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ จึงมารับรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ Jones et al. (2012) ศึกษาพบว่า ความไว้วางใจในผู้รักษาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการลดน้ำหนักในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์กับการลดการรับประทานอาหารรสเค็มและการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ JNC VII แนะนำเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนี้ แจ้งการนัดตรวจครั้งต่อไปก่อนผู้ป่วยออกจากคลินิก ใช้เครื่องช่วยจดจำการนัดผู้ป่วย เช่น ระบบฐานคอมพิวเตอร์ การติดต่อยืนยันการนัด เป็นต้น ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด และการใช้ระบบการนัดเดียวกันในคลินิก แนวทางเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการรักษาได้ สอดคล้องกับ Elder et al. (2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ความต่อเนื่องในการใช้ยา และการควบคุมความดันโลหิตของชาวอเมริกาใต้เพศชาย พบว่า ความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยา ซึ่งทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สาเหตุจากพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่ามีมารับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารเค็ม การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น จากแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยระดับต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล จึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามแนวคิดดังกล่าว พบว่า ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อมรอบตัวบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลให้บุคคล เกิดความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และสุดท้ายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ การที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้าใจลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory research) โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีประวัติความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ในปี พ.ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีประวัติความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ในปี พ.ศ. 2558 และครบคร้ว โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คุณสมบัติในการเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสมาชิกครอบครัวมาด้วย
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทย
4. ไม่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วย

เกณฑ์คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัว

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลศิรินคร กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีประวัติควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 1,607 ราย ขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 เท่ากับ 310 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจประกันสุขภาพ และห้องตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิรินคร ให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกวันราชการ ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย มารับบริการจำนวน 6,043 ราย (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน โรงพยาบาลศิรินคร, 2556) ซึ่งจำนวนดังกล่าวมีประวัติการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 1,607 ราย ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบรายชื่อ ประวัติการรักษา และระดับความดันโลหิตย้อนหลังของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่นัดมาตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจประกันสุขภาพ และห้องตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิรินคร ของทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ จากระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

2. คัดแยกรายชื่อ และรหัสประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital number) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จากการมาตรวจตามนัดอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน

3. ในวันเก็บข้อมูล หลังจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลงทะเบียนตรวจรักษาแล้ว ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตครั้งล่าสุดของผู้ป่วยที่มีประวัติควบคุมไม่ได้ โดยผู้ป่วยที่ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากรายชื่อแบบไม่แทนที่ให้ได้วันละ 10 ราย หลังจากนั้นเลือกครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามรายชื่อผู้ป่วยที่จับสลากได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และทำเช่นนี้ทุกวันจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดจำนวน 310 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึก/ แบบสอบถาม และอุปกรณ์ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และขาดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามจากผู้ป่วยและลงบันทึก

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับวัดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (จำนวน 5 ข้อ) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (จำนวน 7 ข้อ) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (จำนวน 6 ข้อ) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (จำนวน 5 ข้อ)

แบบวัดนี้เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็นและความเชื่อของผู้ตอบทุกประการ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็น และความเชื่อของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็น และความเชื่อของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่

ผู้ตอบแบบวัดนี้จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

เลือกเห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

เลือกไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน

เลือกไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยคิดจากร้อยละของคะแนนรวม ดังนี้

มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดี

ร้อยละ 60-79 ของคะแนนรวม มีความเชื่อด้านสุขภาพ

ระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนรวม มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ดี

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดี
9-11 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง
น้อยกว่า 9 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับไม่ดี

ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดี
13-16 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง
น้อยกว่า 13 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับไม่ดี

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค

มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดี
11-13 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง
น้อยกว่า 11 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับไม่ดี

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน

มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดี
9-11 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง
น้อยกว่า 9 คะแนน	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับไม่ดี

นงเยาว์ ไบยา (2554) ได้นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งข้อเสนอแนะ แล้วนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิและข้อเสนอแนะที่ได้รับ ไปปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยวิธี Item objective congruence index ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ เท่ากับหรือมากกว่า .50 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของคอนบาคเท่ากับ .89

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวของ นงเยาว์ ไบยา (2554) ซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร (จำนวน 7 ข้อ) การรับประทานยา (จำนวน 4 ข้อ) การมาตรวจตามนัด

(จำนวน 3 ข้อ) การออกกำลังกาย (จำนวน 6 ข้อ) และการจัดการความเครียด (จำนวน 4 ข้อ) มีการให้คะแนนโดยใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

แบบวัดนี้มีมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การทำกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์หรืออย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำในข้อนั้นทุก 1-3 วันใน 1 สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 และ 24 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 10, 11, 14 และ 23 ผู้ตอบแบบวัดนี้ต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวตามวิธีอิงเกณฑ์สำหรับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

58-72 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี

24-57 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี

นงเยาว์ ไบยา (2554) ได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งข้อเสนอแนะ แล้วนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิและข้อเสนอแนะที่ได้รับ ไปปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยวิธี Item objective congruence index ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ เท่ากับหรือมากกว่า .50 และนำไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของคอนนาคเท่ากับ .95

4. แบบสอบถามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย ความไว้วางใจในผู้ดูแลสุขภาพ (8 ข้อ) ความไว้วางใจในองค์กร โรงพยาบาลที่ดูแลสุขภาพ (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลคะแนนความไว้วางใจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยคิดจากร้อยละของคะแนนรวม ดังนี้

มากกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน	หมายถึง	มีความไว้วางใจระดับมาก
36-47 คะแนน	หมายถึง	มีความไว้วางใจระดับปานกลาง
น้อยกว่า 36 คะแนน	หมายถึง	มีความไว้วางใจระดับน้อย

5. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของ อัมพร วรรณ (2554) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนี้

5.1 พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยา ประกอบด้วย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามกำหนดให้เลือกตามความถี่ของการปฏิบัติในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ตามช่องคะแนนที่ 1 ถึง 10 โดยเริ่มจาก 1 คะแนน (จากช่องด้านซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ช่องด้านขวาสุด) เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

คะแนน 1 คะแนน	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
คะแนน 10 คะแนน	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่เกี่ยวกับการรับประทานยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์ในการประเมินผลคะแนน มีดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่แสดง	ข้อความที่แสดง
	ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่	ให้คะแนน 10 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 10 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดตามวิธีอิงเกณฑ์ สำหรับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

104-130 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	หมายถึง มีพฤติกรรมกรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดระดับดี
13-103 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 80)	หมายถึง มีพฤติกรรมกรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดระดับไม่ดี

แบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความตรงต่อเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของคอนบาคเท่ากับ .81

5.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร มีจำนวน 22 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามที่มีความหมาย ทางบวก	ข้อคำถามที่มีความหมาย ทางลบ
ปฏิบัติทุกวัน	ให้คะแนน 5 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติ 3-4 วัน/ สัปดาห์	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรับประทานอาหาร ตามวิธีอิงเกณฑ์สำหรับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

88-110 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	หมายถึง มีพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เฉพาะโรคอยู่ในระดับดี
22-87คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 80)	หมายถึง มีพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เฉพาะโรคอยู่ในระดับไม่ดี

แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของคอนบาคเท่ากับ .72

5.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับคือไม่ปฏิบัติปฏิบัติกันบ้างครั้งปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำตามความถี่ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการออกกำลังกายโดยให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำ	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามวิธีอิงเกณฑ์สำหรับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

38-48 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)

12-37 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 80)

แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของคอนบาคเท่ากับ .79

5.4 พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มีจำนวน 6 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามว่าปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมโดยให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติกิจกรรม	ให้ 0 คะแนน
ไม่ปฏิบัติกิจกรรม	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามวิธีอิงเกณฑ์สำหรับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

5-6 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)

0-4 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
(น้อยกว่าร้อยละ 80) ต่อสุขภาพระดับไม่ดี

แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83 เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของคอนบาคเท่ากับ .72

6. เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ยี่ห้อ CASMED รุ่น 720-2 MS ผ่านการตรวจความตรงจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยปฏิบัติตามแนวการวัดความดันโลหิตของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555)

7. เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงแบบยืน ยี่ห้อ Detecto ผ่านการตรวจความตรงจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน แพทย์อายุรกรรมในโรงพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 1 ท่าน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ แล้วหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยคำนวณจากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องในระดับ 3 หรือ 4 นำมาหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพเท่ากับ .83

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นแบบวัดที่เป็นมาตรฐานและมีความตรงตามเนื้อหาอยู่แล้ว โดยค่าความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่ตัดแปลงเนื้อหาหรือข้อความใด ๆ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว แบบสอบถามความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริรณร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีค่าเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีค่าเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.93 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดมีค่าเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีค่าเท่ากับ 0.70 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าเท่ากับ 0.79 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ และอธิบายให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล คำตอบและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ และนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และจะชี้แจงให้ทราบว่า หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยก็สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร เพื่อชี้แจงและขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธรแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยไปที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และสุ่มตัวอย่าง
4. จัดให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มทั้งหมด วันละประมาณ 10 ราย นั่งในห้องที่จัดเตรียมไว้เฉพาะบริเวณใกล้ห้องตรวจ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยและลงบันทึก แล้วให้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที
5. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัสแล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดขาดความดันโลหิตและจำนวนมียาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จำแนกตาม เพศ ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent *t*-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จำแนกตาม อายุ ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance: ANOVA)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำแนกตาม เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุและครอบครัว ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ที่มีประวัติความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 310 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และชนิดและจำนวนมียาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 3 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามเพศ กลุ่มอายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันและจำนวนครั้งของการได้รับยาต่อวัน วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ คชนี้มวลกาย ค่าความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ขาดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน และจำนวนครั้งของการได้รับยาต่อวัน ($n = 310$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	188	60.6
ชาย	122	39.4
อายุ ($M = 57.21, SD = 10.74$)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	23	7.4
41-60 ปี	166	53.5
มากกว่า 60 ปี	121	39
คชนี้มวลกาย ($M = 26.37, SD = 4.49$)		
น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24.9)	126	40.6
น้ำหนักเกิน (มากกว่าหรือเท่ากับ 25)	184	59.4
ระดับความดันโลหิตสูง		
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 (SBP 140-159 และ/ หรือ DBP 90-99 mmHg)	266	85.8
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 (SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg และ/ หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mmHg)	44	14.2
สถานภาพสมรส		
โสด	45	14.5
สมรส	192	61.9
หม้าย/หย่าร้าง	72	23.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/ เดือน	63	20.3
5,000-10,000 บาท/ เดือน	77	24.8
10,001-20,000 บาท/ เดือน	87	28.1
มากกว่า 20,000 บาท/ เดือน	83	26.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (ในผู้ป่วยบางรายอาจได้รับยาร่วมกันหลายกลุ่ม)		
Diuretic drug (HCTZ)	131	21.5
Angiotensin Converting Enzymes Inhibitors; ACEI (Enalapril)	128	21
Beta-adrenergic Blockers (Atenolol, Propanolol)	38	6.2
Calcium Channel Blockers (Amlodipine)	215	35.2
Angiotensin receptor blockers; ARBs (Lorsatan)	98	16.1
จำนวนครั้งของการได้รับยาต่อวัน		
วันละ 1 ครั้ง	124	40
วันละ 2 ครั้ง	175	56.5
วันละ 3 ครั้ง ขึ้นไป	11	3.5

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.6 กลุ่มอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 53.5 ($M = 57.21$, $SD = 10.74$) ดัชนีมวลกายมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 59.4 ($M = 26.37$, $SD = 4.49$) มีระดับความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ร้อยละ 85.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.9 ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Calcium channel blockers ร้อยละ 35.2 และจำนวนครั้งของการได้รับยาส่วนใหญ่ วันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 56.5

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ วิเคราะห์และแนะนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับพฤติกรรมดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จำแนกตามระดับพฤติกรรม ($n = 310$)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด			126.36	2.3	ดี
ดี	310	100			
ไม่ดี	0	0			
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร			72.88	3.44	ไม่ดี
ดี	0	0			
ไม่ดี	310	100			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย			31.07	7.02	ไม่ดี
ดี	74	23.9			
ไม่ดี	236	76.1			
พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ					
ดี	23	7.4	2.91	1.22	ไม่ดี
ไม่ดี	287	92.6			

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนทั้งหมดอยู่ในระดับดี ($M = 126.36, SD = 2.3$) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร คะแนนทั้งหมดอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 72.88, SD = 3.44$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.1 ($M = 31.07, SD = 7.02$) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 92.6 ($M = 2.91, SD = 1.22$)

**ส่วนที่ 3 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจ
ในบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้**

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความเชื่อด้านสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ($n = 310$)

ระดับของปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
ความเชื่อด้านสุขภาพ					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			13.35	2.01	ดี
ดี	282	91			
ปานกลาง	18	5.8			
ไม่ดี	10	3.2			
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค			18.39	2.38	ดี
ดี	259	83.5			
ปานกลาง	42	13.6			
ไม่ดี	7	2.9			
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค			16.32	2.39	ดี
ดี	273	88.1			
ปานกลาง	13	4.2			
ไม่ดี	24	7.7			
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน			12.43	2.17	ดี
ดี	233	75.2			
ปานกลาง	52	16.8			
ไม่ดี	25	8			
พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว			58.65	0.30	ดี
ดี	191	161.6			
ไม่ดี	119	38.4			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ระดับของปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
ความไว้วางใจในระบบบริการด้านสุขภาพ			48.16	1.96	มาก
มาก	164	52.9			
ปานกลาง	146	47.1			
น้อย	0	0			

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับคะแนนความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91 ($M = 13.35, SD = 2.01$) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.5 ($M = 18.39, SD = 2.38$) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของการป้องกันและรักษาโรค อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.1 ($M = 16.32, SD = 2.39$) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.2 ($M = 12.44, SD = 2.17$) พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.6 ($M = 58.65, SD = 0.30$) ระดับคะแนนความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.9 ($M = 48.16, SD = 1.96$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามเพศ กลุ่มอายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำแนกตามเพศ ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ความไว้วางใจในบริการสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent *t*-test และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามกลุ่มอายุ ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance: ANOVA) ดังแสดงตามตารางที่ 5-17

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ โดยใช้สถิติ Independent *t*-test ($n = 310$)

พฤติกรรม	เพศชาย		เพศหญิง		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
การรับประทานยาและการมา ตรวจตามนัด	126.06	2.23	126.55	2.33	-1.86	308	0.06
การรับประทานอาหาร	72.37	3.59	73.21	3.31	-2.09	308	0.04
การออกกำลังกาย	31.61	6.85	30.73	7.12	1.08	308	0.28
การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	2.84	1.31	2.96	1.16	0.89	308	0.37

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด
ในเพศชาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.06 ($SD = 2.23$) เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.55 ($SD = 2.23$)
เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า ไม่แตกต่างกัน
ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -1.86, df = 308, p = .06$)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารในเพศชาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.37 ($SD = 3.59$)
เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.21 ($SD = 3.31$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย
การทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t = -2.09,$
 $df = 308, p = .04$)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในเพศชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.61 ($SD = 6.85$) เพศหญิง
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.73 ($SD = 7.12$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบ
สถิติ *t*-test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = 1.08, df = 308, p = .28$)

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในเพศชาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ($SD = 1.31$)
เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ($SD = 1.16$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย
การทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = 0.89, df = 308, p = .37$)

ตารางที่ 6 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุม ความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ ($n = 310$)

พฤติกรรมจำแนกตามกลุ่มอายุ	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>
พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด			
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	23	126.65	2.01
อายุ 41-60 ปี	166	126.23	2.32
อายุมากกว่า 60 ปี	121	126.47	2.33
พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร			
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	23	73.92	3.74
อายุ 41-60 ปี	166	72.84	3.49
อายุมากกว่า 60 ปี	121	72.75	3.31
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย			
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	23	31.48	8.05
อายุ 41-60 ปี	166	31.53	6.86
อายุมากกว่า 60 ปี	121	30.37	7.03
พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ			
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	23	2.52	1.31
อายุ 41-60 ปี	166	2.96	1.22
อายุมากกว่า 60 ปี	121	2.93	1.21

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีค่าเท่ากับ 126.65 ($SD = 2.01$) อายุ 41-60 ปี มีค่าเท่ากับ 126.23 ($SD = 2.32$) มากกว่า 60 ปี มีค่าเท่ากับ 126.47 ($SD = 2.33$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีค่าเท่ากับ 73.92 ($SD = 3.74$) อายุ 41-60 ปี มีค่าเท่ากับ 72.84 ($SD = 3.49$) มากกว่า 60 ปี มีค่าเท่ากับ 72.75 ($SD = 3.31$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีค่าเท่ากับ 31.48 ($SD = 8.05$) อายุ 41-60 ปี มีค่าเท่ากับ 31.53 ($SD = 6.86$) มากกว่า 60 ปี มีค่าเท่ากับ 30.37 ($SD = 7.03$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีค่าเท่ากับ 2.52 ($SD = 1.31$) อายุ 41-60 ปี มีค่าเท่ากับ 2.96 ($SD = 1.22$) มากกว่า 60 ปี มีค่าเท่ากับ 2.93 ($SD = 1.21$)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ($n = 310$)

แหล่งของความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>Df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	6.051	2	3.026	0.56	0.57
ภายในกลุ่ม	1631.204	307	5.313		
รวม	1637.255	309			
พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	26.823	2	13.411	1.13	0.32
ภายในกลุ่ม	3636.997	307	11.847		
รวม	3663.819	309			
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	97.941	2	48.97	0.99	0.37
ภายในกลุ่ม	15123.353	307	49.26		
รวม	15221.294	309			
พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	3.874	2	1.937	1.3	0.27
ภายในกลุ่ม	456.775	307	1.488		
รวม	460.648	309			

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี อายุ 41-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = .56, df(2, 307), p = .57$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรับประทานอาหาร ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = 1.13, df(2,307), p = .32$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = .99, df(2,307), p = .37$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = 1.3, df(2,307), p = .27$)

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติ Independent *t*-test ($n = 310$)

พฤติกรรม	น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ		น้ำหนักเกิน		<i>t</i>	<i>Df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด	126.33	2.31	126.38	2.3	-0.16	308	0.88
การรับประทานอาหาร	72.71	3.29	73.01	3.54	-0.75	308	0.45
การออกกำลังกาย	32.07	6.81	30.39	7.09	2.08	308	0.04
การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	2.8	1.22	2.98	1.22	-1.33	308	0.19

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ในกลุ่มน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.33 ($SD = 2.31$) กลุ่มน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.38 ($SD = 2.3$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -.16, df = 308, p = .88$)

พฤติกรรมกรับประทานอาหาร ในกลุ่มน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.71 ($SD = 3.29$) กลุ่มน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.01 ($SD = 3.54$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -.75, df = 308, p = .45$)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.07 ($SD = 6.81$) กลุ่มน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.39 ($SD = 7.09$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$

($t = 2.08, df = 308, p = .04$)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในกลุ่มน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 ($SD = 1.22$) กลุ่มน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 ($SD = 1.22$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ t -test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -1.33, df = 308, p = .19$)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ($n = 310$)

ความเชื่อด้านสุขภาพ/ พฤติกรรม	การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด		การรับประทานอาหาร		การออกกำลังกาย		การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค								
ดี	126.34	2.28	72.88	3.47	30.92	7.06	2.92	1.2
ปานกลาง	126.22	2.29	73.06	3.42	33.44	6.98	3	1.28
ไม่ดี	127	2.94	72.7	3.02	31.1	5.61	2.2	1.55
การรับรู้ความรุนแรงของโรค								
ดี	126.27	2.28	73.02	3.49	31.09	7.09	2.94	1.15
ปานกลาง	126.64	2.34	72.14	3.26	30.98	6.95	2.86	1.59
ไม่ดี	127.44	2.74	72.56	2.4	31	5.7	2.44	1.42
การรับรู้ประโยชน์การรักษาและป้องกันโรค								
ดี	126.27	2.26	72.95	3.44	31.23	7.04	2.94	1.16
ปานกลาง	126.62	2.76	72.85	3.99	27.46	7.99	3.38	0.87
ไม่ดี	127.21	2.41	72.21	3.27	31.25	5.92	2.33	1.79
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน								
ดี	126.22	2.32	72.88	3.43	30.9	7.17	2.98	1.15
ปานกลาง	126.65	2.09	73.19	3.61	31.96	6.77	2.9	1.19
ไม่ดี	127.04	2.51	72.24	3.21	30.84	6.15	2.32	1.75

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ในกลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับดีมีค่าเท่ากับ 126.34 ($SD = 2.28$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 126.22 ($SD = 2.29$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 127 ($SD = 2.94$) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 126.27 ($SD = 2.28$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 126.64 ($SD = 2.34$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 127.44 ($SD = 2.74$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 126.27 ($SD = 2.26$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 126.62 ($SD = 2.76$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 127.21 ($SD = 2.41$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ระดับดีมีค่าเท่ากับ 126.22 ($SD = 2.32$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 126.65 ($SD = 2.09$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 127.04 ($SD = 2.51$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ในกลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 72.88 ($SD = 3.47$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 73.06 ($SD = 3.42$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 72.7 ($SD = 3.02$) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 73.02 ($SD = 3.49$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 72.14 ($SD = 3.26$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 72.56 ($SD = 2.4$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 72.95 ($SD = 3.44$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 72.85 ($SD = 3.99$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 72.21 ($SD = 3.27$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนระดับดี มีค่าเท่ากับ 72.88 ($SD = 3.43$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 73.19 ($SD = 3.61$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 72.24 ($SD = 3.21$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 30.92 ($SD = 7.06$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 33.44 ($SD = 6.98$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 31.1 ($SD = 5.61$) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 31.09 ($SD = 7.09$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 30.98 ($SD = 6.95$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 31 ($SD = 5.7$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 31.23 ($SD = 7.04$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 27.46 ($SD = 7.99$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 31.25 ($SD = 5.92$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนระดับดี มีค่าเท่ากับ 30.09 ($SD = 7.17$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 31.96 ($SD = 6.77$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 30.84 ($SD = 6.15$)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในกลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 2.92 ($SD = 1.2$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 3 ($SD = 1.28$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 2.2 ($SD = 1.55$) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ระดับดี มีค่าเท่ากับ 2.94 ($SD = 1.15$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 2.86 ($SD = 1.59$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 2.44 ($SD = 1.42$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคระดับดี มีค่าเท่ากับ 2.94

($SD = 1.16$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 3.38 ($SD = 0.87$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 2.33 ($SD = 1.79$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนระดับดี มีค่าเท่ากับ 2.98 ($SD = 1.15$) ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 2.9 ($SD = 1.19$) ระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 2.32 ($SD = 1.75$)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ($n = 310$)

แหล่งของความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	4.509	2	2.254	0.42	0.66
ภายในกลุ่ม	1632.746	307	5.318		
รวม	1637.255	309			
พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	.874	2	.437	0.04	0.96
ภายในกลุ่ม	3662.945	307	11.931		
รวม	3663.819	309			
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	107.665	2	53.83	1.09	0.34
ภายในกลุ่ม	15113.628	307	49.23		
รวม	15221.294	309			
พฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	5.329	2	2.66	1.8	0.17
ภายในกลุ่ม	455.320	307	1.48		
รวม	460.648	309			

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวพบว่า กลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับดี ปานกลาง และไม่ดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = .42, df(2,307), p = .66$), ($F = .04$,

$df(2,307), p = .96$), ($F = 1.09, df(2,307), p = .34$) และ ($F = 1.8, df(2,307), p = .17$) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ($n = 310$)

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
พฤติกรรมกรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	15.853	2	7.93	1.5	0.23
ภายในกลุ่ม	1621.402	307	5.28		
รวม	1637.255	309			
พฤติกรรมกรับประทานอาหาร					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	28.516	2	14.26	1.2	0.3
ภายในกลุ่ม	3635.303	307	11.84		
รวม	3663.819	309			
พฤติกรรมกรอกกำลังกาย					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	.541	2	0.27	0.05	0.99
ภายในกลุ่ม	15220.752	307	49.579		
รวม	15221.294	309			
พฤติกรรมกรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	2.272	2	1.14	0.76	0.47
ภายในกลุ่ม	458.377	307	1.49		
รวม	460.648	309			

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวพบว่า กลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับดี ปานกลาง และไม่ดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = 1.5, df(2,307), p = .23$), ($F = 1.2, df(2,307), p = .3$), ($F = 0.05, df(2,307), p = .99$) และ ($F = .76, df(2,307), p = .47$) ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ($n = 310$)

แหล่งของความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p
พฤติกรรมกรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	20.278	2	10.136	1.93	0.15
ภายในกลุ่ม	1616.977	307	5.267		
รวม	1637.255	309			
พฤติกรรมกรับประทานอาหาร					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	26.823	2	5.996	0.5	0.61
ภายในกลุ่ม	3636.997	307	11.895		
รวม	3663.819	309			
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	177.101	2	88.551	1.81	0.17
ภายในกลุ่ม	15044.19	307	49.004		
รวม	15221.294	309			
พฤติกรรมกรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	11.176	2	5.588	3.82	0.02
ภายในกลุ่ม	449.473	307	1.464		
รวม	456.775	309			

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่ากลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = 1.93$, $df(2,307)$, $p = .15$), ($F = .5$, $df(2,307)$, $p = .61$) และ ($F = 1.81$, $df(2,307)$, $p = .17$) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($F = 3.82$, $df(2,307)$, $p = .02$)

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ($n = 310$)

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
พฤติกรรมกรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	20.689	2	10.344	1.96	0.14
ภายในกลุ่ม	1616.566	307	5.266		
รวม	1637.255	309			
พฤติกรรมกรับประทานอาหาร					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	15.311	2	7.656	0.64	0.53
ภายในกลุ่ม	3648.508	307	11.884		
รวม	3663.819	309			
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	49.281	2	24.64	0.49	0.61
ภายในกลุ่ม	15172.013	307	49.42		
รวม	15221.294	309			
พฤติกรรมกรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ					
แหล่งความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม	9.796	2	4.898	3.34	0.04
ภายในกลุ่ม	450.852	307	1.469		
รวม	460.648	309			

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่ากลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = 1.96, df(2,307), p = .14$), ($F = .64, df(2,307), p = .53$) และ ($F = .49, df(2,307), p = .61$) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($F = 3.34, df(2,307), p = .04$)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายตามระดับความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค รายคู่เชิงซ้อน ด้วยวิธี Least significant difference test

ระดับความเชื่อสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	
			ปานกลาง	ไม่ดี
ดี	2.94	1.16	-0.44	0.61*
ปานกลาง	3.38	0.87		1.05*
ไม่ดี	2.33	1.79		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$

จากตารางที่ 14 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในแต่ละระดับความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่เชิงซ้อนด้วยวิธี Least significant difference test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับความเชื่อสุขภาพดีกับระดับไม่ดี และระดับปานกลางกับระดับไม่ดี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายตามระดับความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน รายคู่เชิงซ้อนด้วยวิธี Least significant difference test

ระดับความเชื่อสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	
			ปานกลาง	ไม่ดี
ดี	2.98	1.15	0.07	0.66*
ปานกลาง	2.9	1.19		0.58*
ไม่ดี	2.32	1.75		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$

จากตารางที่ 15 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในแต่ละระดับความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ในการปฏิบัติตน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่เชิงซ้อนด้วยวิธี Least significant difference test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับความเชื่อสุขภาพดีกับระดับไม่ดี และระดับปานกลางกับระดับไม่ดี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว โดยใช้สถิติ Independent *t*-test ($n = 310$)

พฤติกรรม	พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวดี		พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวไม่ดี		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
	การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด	126.41	2.28	126.27			
การรับประทานอาหาร	73.12	3.45	72.51	3.41	1.5	308	0.13
การออกกำลังกาย	30.98	7.21	31.23	6.72	-0.3	308	0.76
การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	3.01	1.13	2.76	1.34	1.72	219.49	0.09

จากตารางที่ 16 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.41 ($SD = 2.28$) กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.27 ($SD = 2.35$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = .54$, $df = 308$, $p = .59$)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.12 ($SD = 3.45$) กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.51 ($SD = 3.41$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ *t*-test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = 1.5$, $df = 308$, $p = .13$)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.98 ($SD = 7.21$) กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.23 ($SD = 6.72$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ t -test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -.3, df = 308, p = .76$)

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 ($SD = 1.13$) กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 ($SD = 1.34$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ t -test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = 1.72, df = 219.49, p = .09$)

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent t -test ($n = 310$)

พฤติกรรม	ไว้วางใจใน บริการสุขภาพ มาก		ไว้วางใจใน บริการสุขภาพ ปานกลาง		t	df	p
	M	SD	M	SD			
	การรับประทานยาและการมา ตรวจตามนัด	126.27	2.39	126.44			
การรับประทานอาหาร	72.77	3.44	72.99	3.45	-0.56	308	0.57
การออกกำลังกาย	31.91	6.5	30.33	7.39	2.01	307.97	0.04
การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพ	2.8	1.33	3.01	1.11	-1.52	284.34	0.13

จากตารางที่ 17 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ในกลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.27 ($SD = 2.39$) กลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.44 ($SD = 2.22$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ t -test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -.66, df = 308, p = .01$)

พฤติกรรมกรับประทานอาหาร ในกลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.77 ($SD = 3.44$) กลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.99 ($SD = 3.45$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ t -test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -.56, df = 308, p = .57$)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.19 ($SD = 6.5$) กลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.33 ($SD = 7.39$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ t -test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t = 2.01, df = 307.97, p = .04$)

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในกลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 ($SD = 1.33$) กลุ่มไว้วางใจในบริการสุขภาพปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 ($SD = 1.11$) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบสถิติ t -test พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -1.52, df = 284.33, p = .13$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำแนกตาม เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุและครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่มีประวัติความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 310 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย (Cronbach's coefficient alpha = 0.82) แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพของครอบครัว (Cronbach's coefficient alpha = 0.82) แบบสอบถามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ (Cronbach's coefficient alpha = 0.93) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานและการมาตรวจตามนัด (Cronbach's coefficient alpha = 0.81) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Cronbach's coefficient alpha = 0.70) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Cronbach's coefficient alpha = 0.79) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (Cronbach's coefficient alpha = 0.83) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test) และสถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance: ANOVA) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.6 อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 53.5 มีน้ำหนักเกินเกณฑ์กำหนด ร้อยละ 59.4 มีระดับความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ร้อยละ 85.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.9 ได้รับยาความดันโลหิตเป็นกลุ่ม Calcium channel blockers (Amlodipine) ร้อยละ 35.2 จำนวนครั้งของการได้รับยาส่วนใหญ่วันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 56.5

2. ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91 ($M = 13.35, SD = 2.01$) ด้านรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.5 ($M = 18.39, SD = 2.38$) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.1 ($M = 16.32, SD = 2.39$) และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.2 ($M = 12.43, SD = 2.17$) พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.6 ($M = 58.65, SD = .3$) ความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.9 ($M = 48.16, SD = 1.96$)

3. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดทั้งหมดอยู่ในระดับดี ($M = 126.36, SD = 2.3$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารทั้งหมดอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 72.88, SD = 3.44$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.1 ($M = 31.07, SD = 7.02$) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 92.6 ($M = 2.91, SD = 1.22$)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในการบริการด้านสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพศชายและเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t = -2.09, df = 308, p = .04$) โดยเพศหญิง ($M = 73.21, SD = 3.31$) มากกว่าเพศชาย ($M = 72.37, SD = 3.59$) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

4.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มอายุต่างกัน ได้แก่ กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี กลุ่มอายุ 41-60 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

4.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มที่ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติกับน้ำหนักเกิน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานยา และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t = 2.08, df = 308, p = .04$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายกลุ่มที่น้ำหนักปกติ

($M = 32.07$, $SD = 6.81$) มากกว่ากลุ่มที่น้ำหนักเกิน ($M = 30.39$, $SD = 7.01$)

4.4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มที่มีความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับดี ปานกลาง และไม่ดี พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนกลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($F = 3.82$, $df(2,307)$, $p = .02$) และ ($F = 3.34$, $df(2,307)$, $p = .04$) ตามลำดับ

4.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพของครัวดี และไม่ดี พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

4.6 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มที่มีความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพระดับมากและปานกลาง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t = 2.01$, $df = 307.97$, $p = .04$) โดยกลุ่มที่มีความไว้วางใจในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ($M = 31.91$, $SD = 6.5$) มากกว่ากลุ่มที่มีความไว้วางใจปานกลาง ($M = 30.33$, $SD = 7.39$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันสูงที่ควบคุมไม่ได้

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับดี ($M = 126.36$, $SD = 2.3$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ร้อยละ 85.8 ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการของโรคน้อย ช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 53.5 จึงสามารถเดินทางมาตรวจตามนัดและจัดยารับประทานเองได้ ตลอดจนสามารถรับรู้และเข้าใจคำแนะนำของทีมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.6 ซึ่งเป็นเพศที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.9 จึงมีหน้าที่รับผิดชอบสมาชิกในครอบครัว จำเป็นต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยา 2 ครั้งต่อวัน

ร้อยละ 58.5 ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้สะดวก ไม่เป็นภาระหรือกระทบต่อชีวิตประจำวัน ไม่ยุ่งยากในการปฏิบัติจึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (สุมาลี วัจนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร วรรณกร (2554) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อยู่ในระดับดี ชัดแจ้งกับการศึกษาของ นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล (2552) ที่ศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ถึงจะมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่มีการปรับลดขนาดยาโดยตนเองตามการรับรู้ของอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมพบว่าข้อที่คะแนนต่ำสุด คือ การลืมรับประทานยา ($M = 9.27, SD = 0.59$)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 72.88, SD = 3.44$) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรส จึงมีภาระรับผิดชอบในการจัดเตรียมอาหารให้สมาชิกในครอบครัว และช่วงอายุ 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน บางคนทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาในการซื้อหรือจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคสำหรับตนเอง มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร วรรณกร (2554) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารต่ำกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.774, df = 220, p < .05$) โดยพฤติกรรมที่แตกต่าง ได้แก่ การใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ซุปก้อน ปรงอาหาร ซึ่งมีเกลือโซเดียมสูง และการศึกษาของ นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล (2552) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีการรับประทานอาหารที่เค็มและหวานตามความชอบ ทำให้เกิดความสุข หากต้องปรับโดยลดการรับประทานอาหารเค็ม จะทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายก็อยู่ไม่ได้ การชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสชาติหวาน รับประทานอาหารไขมันสูงเพื่อให้เกิดพลังงาน ถั่วลันเตา ไขมันหรือเนื้อสัตว์จะทำให้อ่อนเพลีย เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก และผลไม้ ($M = 4.79, SD = 0.63$) และข้อที่คะแนนต่ำสุด คือ การรับประทานอาหารประเภทจานเดียว เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ($M = 1.21, SD = 0.63$)

พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.1 ($M = 31.07, SD = 7.02$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มี

ภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 59.4 ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านร่างกาย ที่ต้องปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับลักษณะการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี เป็นวัยทำงานที่ไม่สามารถจัดการเวลาเพื่อออกกำลังกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร วรภมร (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี เนื่องจากปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น เพศหญิง อาชีพรับจ้าง และส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90-99 มิลลิเมตรปรอท เป็นระยะที่จำเป็นต้องรักษาโดยการใส่ยา ซึ่งผลข้างเคียงของยาอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการออกกำลังกายได้ เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ หลังออกกำลังกายมีการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น ซิพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก หายใจหอบ ($M = 3.15, SD = 1.02$) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การประเมินความพร้อมของตนเองโดยการจับซิพจรก่อนออกกำลังกาย ($M = 1.17, SD = 0.52$)

พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 92.6 ($M = 2.91, SD = 1.22$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 53.5 ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน อาจจำเป็นต้องพบปะสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงาน จึงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตลอดจนมีน้ำหนักเกินร้อยละ 59.4 ซึ่งแสดงถึงว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ไม่ดี เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การชั่งน้ำหนัก ($M = 2.91, SD = 1.22$) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การดื่มน้ำชา และเครื่องดื่มน้ำตาล ($M = 0.69, SD = 0.46$)

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตามเพศ กลุ่มอายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพศชายและเพศหญิง มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.09, df = 308, p = .04$) โดยเพศหญิง ($M = 73.21, SD = 3.31$) มากกว่าเพศชาย ($M = 72.37, SD = 3.59$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานและมีภาวะความรับผิดชอบในการหารายได้เพื่อดูแลครอบครัว โดยเฉพาะเพศชายที่สังคมไทยคาดหวังให้เป็นผู้นำครอบครัว จึงทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคให้กับตนเอง ถึงแม้ทั้งเพศชายและหญิงจะมี

ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต ที่เท่าเทียมกัน แต่เนื่องจากลักษณะเพศชายที่ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะไม่เข้ารับการตรวจจากแพทย์ และพยาบาล มักจะรอให้หายเอง หรือบางครั้งให้ญาติมารับยาแทนหรือซื้อยารับประทานเอง จึงทำให้เพศชายมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ดีเท่าเพศหญิง ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปญญาภรณ์ ลาคุณ, นภาพร มัชฌมางกูร และอนันต์ มาลารัตน์ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มอายุต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 40 ปี กลุ่มอายุ 41-60 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 อธิบายได้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากขึ้น มีข้อจำกัดด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว ตลอดจนการมองเห็นลดลง มีความจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลานเพื่อให้ความช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจึงได้รับอิทธิพลจากบุคคลรอบข้างมาก ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.6 จึงเป็นปัจจัยแวดล้อมใกล้ชิดผู้ป่วยที่ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับแนวคิดระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น และการศึกษาของ อรุณลดา นางเยี่ยม (2550) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าในกลุ่มอายุใดก็ตาม จะได้รับความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเท่าเทียมกัน ขัดแย้งกับการศึกษาของ Douglas and Howard (2015) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูงที่สูงอายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองด้านการควบคุมเกลือโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกาย และการบริโภคแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูงอายุ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มที่ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติกับ น้ำหนักเกิน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทาน อาหาร และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t = 2.08$,

$df = 308, p = .04$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายกลุ่มที่น้ำหนักเกิน ($M = 30.39, SD = 7.09$) น้อยกว่ากลุ่มที่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($M = 32.07, SD = 6.81$) สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อด้านสุขภาพพระดีดี และมีความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพระดับมาก แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินอาจมีข้อจำกัดด้านสรีระ จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์และตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกาย จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วยกลุ่มที่น้ำหนักเกินได้ ชัดแย้งกับผลการศึกษาของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ที่ศึกษาปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า น้ำหนักตัวของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กลุ่มที่มีความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคระดับดีปานกลาง และไม่ดี พบว่า มีพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่การศึกษานี้พบว่าในกลุ่มความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.82, df(2,307), p = .02$) และ ($F = 3.34, df(2,307), p = .04$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพ จึงมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนความรุนแรงของโรคที่ไม่แตกต่างกัน แต่การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อให้ควบคุมความดันโลหิตได้นั้นเป็นเรื่องเฉพาะของบุคคลที่จะประเมินและตัดสินใจภายใต้ปัจจัยภายในบุคคล และสภาพแวดล้อมบุคคลเหล่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น และการศึกษาของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ที่พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีออกมา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวดีและไม่ดี พบว่า มีพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ชัดแย้ง

กับผลการศึกษาของ Wexler et al. (2009) ที่ศึกษาอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ได้แก่ การรับประทานอาหารของครอบครัว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกรับประทานอาหารตามที่ครอบครัวของตนเองรับประทานอยู่ประจำ อธิบายได้จากแนวคิดระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น จึงอาจมีปัจจัยรอบตัวบุคคลที่นอกจากพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมาเกี่ยวข้อง การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน การดำเนินชีวิตในที่ทำงานมากกว่าอยู่ที่บ้านกับครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่แตกต่างกัน จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพระดับมากและปานกลาง พบว่า มีพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t = 2.01, df = 307.97, p = .04$) โดยกลุ่มที่มีความไว้วางใจในระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M = 31.91, SD = 6.5$) มากกว่ากลุ่มที่มีความไว้วางใจปานกลาง ($M = 30.33, SD = 7.39$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความรู้สึกไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพมาก ทำให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (1994) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น ระบบบริการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยรอบตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ทำให้มีพฤติกรรมแตกต่างกันไป สอดคล้องกับ Jones et al. (2012) ที่ศึกษาความไว้วางใจในผู้รักษาต่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมความดันโลหิต พบว่าความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและการรับประทานอาหารเช้า

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนี้

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินปัจจัยด้าน เพศ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อสามารถควบคุมความดันโลหิต และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

1.2 พยาบาลควรเน้นการปฏิบัติงานให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายให้มีทีมที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชายที่มีน้ำหนักเกิน และมีความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพน้อย เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาการควบคุมความดันโลหิต และวางแผนการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำปัจจัยที่พบว่าที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และความไว้วางใจในบริการสุขภาพ ไปศึกษาความสัมพันธ์ และทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะที่ยังต้องการองค์ความรู้เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลต่อไป

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จากความเชื่อด้านสุขภาพและความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ โดยเน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต โรคในกลุ่มเพศชายที่มีน้ำหนักเกิน

บรรณานุกรม

- กรณีการ์ ศุภชัย. (2559). Ecological model: โมเดลการจัดการกระทำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 3(1), 17-27.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาลแม่
และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ถาวร สกุลพานชนิษฐ์. (2554). *สุขภาพคนไทย 2554*. เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th>
- ธาริณี พังจุนันท์ และนิตยา พันธุ์เวทย์. (2555). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2555*.
เข้าถึงได้จาก <http://www.ddc.moph.go.th>
- นงเยาว์ ไบยา. (2554). *ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล. (2552). *ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของ
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์. (2554). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร*. *วารสารวิจัย มข*, 16(6), 749-758.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ:
ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปฐญาภรณ์ ลาดูน, นภาพร มัชฌิมานุกร และอนันต์ มลารัตน์. (2554). *พฤติกรรมดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์
การแพทย์พระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*. *วารสารการแพทย์และ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 18(3), 161-169.
- ประคอง กรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ประเชษฐ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2553). *Common problems in internal medicine*. กรุงเทพฯ:
โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*.
กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5).
 ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พัชรวิไล ลอมแปลง, นงนุช โอบะ และชมนาด วรรณพรศิริ. (2554). ปัจจัยทำนายความดันโลหิต
 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยในจังหวัด
 อุดรดิตต์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 12-22.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. (2536). *เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย
 ทางการพยาบาล*. สงขลา: อัดลายส์เพรส.
- เพลินพิศ สายวิชัย. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการควบคุม
 ภาชนะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาชนะน้ำหนักเกิน*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์,
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภัสราวัลย์ ศิติดสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อ
 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาล
 ดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120-136.
- ภาวิณี ศรีสันต์. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพ
 กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี สรรเสริญ, สมสมัย รัตนกริษากุล, วรรณรัตน์ ลาวัณ, อโนชา ทักสนาชนชัย, ชรัญญากร วิริยะ,
 ทรรศนีย์ โสรจธรรมกุล และพรเพ็ญ ภัทรากกร. (2554). สถานการณ์ ปัญหาและความ
 ต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี.
การพยาบาลและการศึกษา, 4(1), 2-16.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมณช์
 คุ่มทวีพร. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ:
 บุญศิริการพิมพ์.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). *การสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4
 ปี 2551-2552*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็ม.
- สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารต่อพฤติกรรม
 การบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 ชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 ผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สมพล วันตะเมล์. (2551). *แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaipopulation.org>
- สมรัตน์ ขำมาก. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 153-169.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: อีวีเอ็นพรีนติ้ง.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อีวีเอ็นพรีนติ้ง.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุมณฑา ห่วงทอง. (2556). กรณีศึกษา: พฤติกรรม ปัญหา และอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 19(1), 129-142.
- สุมาลี วัจนากร, ชูติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลสิรินธร. (2556). *สถิติโรคอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสิรินธร.
- อรุณลดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพร วรรณมร. (2554). *พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Abdul Rahman, A. R., Wahg, J., Yiu Kwong, G. M., Morales, D. D., & Sritara, P. (2015). Perception of hypertension management by patients and doctor in Asia: Potential to improve blood pressure control. *Asia Pacific Family Medicine*, 14(2), 1-11.

- Ardeleanu, E., Lighezan, D., Lighezan, R., Deleanu, A., Gurgus, D., Popovici, M., Suciu, R., & Nicola, P. (2014). Uncontrolled hypertension in primary care. *Practica Medicala*, 9(37), 272-278.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monograph*, 2(4), 409-419.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. *Evaluation Comment*, 1(2), 1-12.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological model of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3(2), 37-43.
- Chew, B. H., Mastura, I., Shariff-Ghazali, S., Lee, P. Y., Cheong, A. T., Ahmad, Z., Taher, S. W., Haniff, J., Mustapha, F. I., & Bujang, M. A. (2012). Determinants of uncontrolled hypertension in adult type 2 diabetes mellitus: an analysis of the Malaysian diabetes registry 2009. *Cardiovascular Diabetology*, 11(54), 1-8.
- Chiong, J. R. (2008). Controlling hypertension from a public health perspective. *International Journal of Cardiology*, 127(2), 151-156.
- Chmiel, C., Wang, M., Senn, O., Prete, D., Zoller, M., Rosemann, T., & Steurer-Stey, C. (2012). Uncontrolled arterial hypertension in primary care-patient characteristics and associated factors. *Swiss Medical Weekly*, 142, 1-9.
- Chobanian, A. V., Barkris, G. L., & Black, H. R. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC Report. *JAMA*, 289(19), 2560-2571.
- Chobanian, A. V., Barkris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jones, D. W., Materson, B. J., Oparil, S., Wright, J. T., & Roccella, E. J. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 42, 1206-1252.
- Cobb, S. (1998). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(10), 300.
- Coly, G., Kotchen, J. M., Grim, C. E., Yang, H., Ow, A. J., Krishnaswami, S., & Kotchen, T. A. (2008). Characteristics of inner-city African-American with uncontrolled hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*, 2(5), 366-371.

- Cordero, A., Bertomeu-Martinez, V., Mazon, P., Facila, L., Bertomeu-Gonzalez, V., Cosin, J., Galve, E., Nunez, J., Lekuona, I., & Gonzalez-Juanatey, J. R. (2011). Factors associated with uncontrolled hypertension in patients with and without cardiovascular disease. *Revista Espanola de Cardiologia*, *64*(7), 587-593.
- Douglas, B. M., & Howard, E. P. (2015). *Predictors of self-management behaviors in older adult with hypertension*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549485/>
- Egan, B. M., Zhao, Y., Axon, R. N., Brzezinski, W. A., & Ferdinand, K. C. (2011). Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the U.S. 1988-2008. *Circulation*, *124*(9), 1-12.
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2008). Development and testing of the multidimensional trust in health care system scale. *Journal General International Medicine*, *23*(6), 808-815.
- Elder, K., Ramamonjiarivelo, Z., Wiltshire, J., Piper, C., Hom, W. S., Gilbert, K. L., Hullett, S., & Allison, J. (2012). Trust, medication adherence, and hypertension control in Southern African American men. *American Journal of Public Health*, *102*(12), 2242-2245.
- Elliott, W. J. (2011). Management of resistant hypertension. *Current Cardiovascular Risk Report*, *5*, 373-382.
- Feldman, R. D., & Brass, E. P. (2013). From bad behavior to bad biological: pitfalls and promises in the management of resistant hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, *29*(5), 549-556.
- Flynn, S., Ameiing, J. M., Hill-Briggs, F., Wolff, J. L., Bone, L. R., Roter, D. L., Lewis-Boyer, L., Fisher, A. R., Purnell, L., Ephraim, P. L., Barbers, J., Fitzpatrick, S. L., Albert, M. C., Cooper, L. A., Fagan, P. J., Martin, D., Ramamuthi, H. C., & Boulware, L. E. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African American: Perspectives of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*, *7*, 741-749.
- Gee, M. E., Bienek, A., Campbell, N. R., Bancej, C. M., Robitaille, C., Kaczorowski, J., Joffres, M., Dai, S., Gwadry-Sridar, F., & Nolan, R. P. (2012). Prevalence of and barriers to, preventive lifestyle behaviors in hypertension (From a national survey of Canadian with hypertension). *The American Journal of Cardiology*, *109*(4), 570-575.

- Gee, M. E., Bienek, A., McAlister, F. A., Robitaille, C., Joffres, M., Tremblay, M. S., Johansen, H., & Campbell, N. R. (2012). Factors associated with lack of awareness and uncontrolled high blood pressures among Canadian adult with hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(3), 375-382.
- Gee, M. E., Campbell, N. R., Bancej, C. M., Robitaille, C., Bienek, A., Joffres M. R. Walker, R. L., Kaczorowski, J., & Dai, S. (2012). Perception of uncontrolled blood pressure and behaviors to improve blood pressure: Finding from the 2009 survey on living with chronic diseases in Canada. *Journal of Human Hypertension*, 26(3), 188-195.
- Go, A. S., Bauman, M. A., Coleman King, S. M., Fonarow, G. C., Lawrence, W., Williams, K. A., & Sanchez, E. (2013). *An effective approach to high blood pressure control*. Retrieved from <http://hyper.ahajournals.org>
- Guessous, I., Bochud, M., Theler, J. M., Gaspoz, J. M., & Pechere-Bertschi, A. (2012). 1999-2009 Trends in prevalence, unawareness, treatment and control of hypertension in Geneva, Switzerland. *Plos ONE*, 7(6), 1-9.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Narva, D. S., & Ortiz, E. (2013). 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adult: Report from the panel member appointed to the eighth joint national committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507-520.
- Joint National Committee 7-Complete Version. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *Hypertension*, 42(6), 2106-2152.
- Jones, D. E., Carson, K. A., Bleich, S. N., & Cooper, L. A. (2012). Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 57-62.
- Kadir, S. C., Mohamed, M. S., & Yusof, Z. (2009). Factors related to poor control of hypertension in the hypertension clinic. *International Medical Journal*, 16(1), 19-24.

- Khosravi, A., Pourheidar, B., Roohafza, H., Moezzi, M., Mousavi, M., Hajiannejad, A., Bidram, P., Gharipour, M., Shirani, S., Golshahi, J., Boshtam, M., & Sarrafzadegan, N. (2014). Evaluating factors associated with uncontrolled hypertension Isfahan cohort study, Iran. *ARYA Atherosclerosis, 16*(6), 311-318.
- Kirshner, H. S. (2009). Differentiating ischemic stroke subtypes: Risk factors and secondary prevention. *Journal of the Neurological Sciences, 279*(1), 1-8.
- Krause, N., Ironson, G., Pargament, K., & Hill, P. (2016). Neighborhood conditions, religious coping, and uncontrolled hypertension. *Social Science Research, 62*, 161-174.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351-377.
- McLeroy, K. R., Simons-Morton, B., & Wendel, M. L. (2012). *Behavior theory in health promotion practice and research*. Burlington: Malloy.
- Morgado, M., Rolo, S., Macedo, A. F., Pereira, L., & Castelo-Branco, M. (2010). Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication adherence. *Journal of Cardiovascular Disease Research, 1*(4), 196-202.
- Nwankwo, T., Yoon, S. S., Burt, V., & Gu, Q. (2013). Hypertension among adult in the United States: National health and nutrition examination survey, 2011-2012. *NCHS Data Brief, 113*, 1-7.
- Odedosu, T., Schoenthaler, A., Vieira, D. L., Agyemang, C., & Ogedegbe, G. (2012). Overcoming barriers to hypertension control in African Americans. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 79*(1), 46-56.
- Ogedegbe, G. (2008). Barriers to optimal hypertension control. *The Journal of Clinical Hypertension, 10*(8), 644-646.
- Ozawa, S., & Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system: A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine, 91*, 10-14.
- Robinson, T. (2008). Applying the socio-ecological model to improving fruit and vegetable intake among low-income African-Americans. *Journal Community Health, 33*, 395-406.
- Simces, Z. L., Ross, S. E., & Rabkin, S. W. (2012). Diagnosis of hypertension and lifestyle modifications for its management. *BC Medical Journal, 54*(8), 392-398.

- Sur, G., Sur, M., Kudo-Szabadi, L., & Sur, L. (2011). Difficulties in achieving arterial hypertension control. *A Journal of Clinical Medicine*, *6*(2), 114-119.
- Trewet, C. L., & Ernst, M. E. (2008). Resistant hypertension: Identifying causes and optimizing treatment regimens. *Southern Medical Association*, *101*(2), 166-173.
- Valderrama, A. L., Gillespie, C., King, S. C., George, M. G., Hong, Y., & Gregg, E. (2012). Vital signs: Awareness and treatment of uncontrolled hypertension among adults—United States, 2003-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *61*(35), 703-709.
- Wang, J. T., & Vasan, R. S. (2005). Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*, *112*, 1651-1662.
- Wexler, R., Elton, T., Pleister, A., & Feldman, D. (2009). Barriers to blood control as reported by African American patients. *Journal of National Medical Association*, *101*(6), 597-603.
- Winch, P. (2012). *Ecological models and multilevel interventions*. Retrieved from http://ocw.jhsph.edu/courses/healthbehaviorchange/PDFs/C14_2011
- Wofford, M. R., & Minor, D. S. (2009). Hypertension: Issues in control and resistance. *Current Hypertension Reports*, *11*(5), 323-328.
- World Health Organization [WHO]. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, *21*(11), 1983-1992.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *A global brief hypertension silent killer, global public health crisis*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization-International Society of Hypertension. (1999). World Health Organization international society of hypertension guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension*, *17*(2), 151-183.
- World Hypertension League. (2012). *Healthy lifestyle healthy blood pressure*. Retrieved from <http://www.worldhypertensionleague.org>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nursing and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F. A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถามงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้**

แบบสอบถามประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (ผู้วิจัยบันทึก)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเลือกเดียว หรือกรอกข้อความในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. ค่า BMIkg./ m² (จากผู้วิจัยคำนวณ)

6. ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

7. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

หม้าย/ หย่าร้าง

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ต่ำกว่า 5,000 บาท/ เดือน

5,000-10,000 บาท/ เดือน

10,000-20,000 บาท/ เดือน

มากกว่า 20,000 บาท/ เดือน

9. ขาดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน

.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยให้ตอบเพียง
ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็นและความเชื่อของผู้ตอบ ทุกประการ (3 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็น และความเชื่อ ของผู้ตอบ (2 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็น และความเชื่อของ ผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่ (1 คะแนน)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน			
1. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายกว่า คนที่ไม่เป็น			
2. คนที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติหรืออยู่ในภาวะอ้วน มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
23. การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เป็นเรื่อง ที่ไม่ยุ่งยากสามารถปฏิบัติตามได้อย่างสม่ำเสมอ			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติที่แท้จริงของท่าน โดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 4 วัน/ สัปดาห์ (3 คะแนน)
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุก 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์ (2 คะแนน)
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นเลย (1 คะแนน)

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร			
1. ท่านแนะนำผู้ป่วยไม่ให้รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ทอดมัน หมูสามชั้น และอาหารที่มีเนยและครีมมาก เป็นต้น			
2. ครอบครัวท่านเลือกที่จะใช้น้ำมันพืช (ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว) ในการปรุงอาหาร			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
24. ท่านสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความเครียด			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกต่อผู้ให้บริการสุขภาพและโรงพยาบาล โดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความทุกครั้งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล (5 คะแนน)
- มาก หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความเป็นส่วนใหญ่ (4 คะแนน)
- ปานกลาง หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความบางครั้ง (3 คะแนน)
- น้อย หมายถึง รู้สึกเห็นด้วยกับข้อความเป็นส่วนน้อย (2 คะแนน)
- น้อยที่สุด หมายถึง รู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความ (1 คะแนน)

ข้อความ	ระดับความไว้วางใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ผู้ให้บริการ					
1. ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการตรวจและรักษาจากแพทย์ที่มีความรู้และความชำนาญในการรักษา					
2. ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้และความสามารถด้านการพยาบาล					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. ท่านมั่นใจว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลนี้จะมีคุณภาพและทำให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตได้					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่ควบคุมไม่ได้

5.1 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตัวเลขที่ตรงกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยา ในช่วง
3 เดือนที่ผ่านมาของท่าน โดยให้ท่านประมาณค่าตามความสม่ำเสมอของพฤติกรรมกรรมการรับประทาน
ยาจากไม่เคยปฏิบัติ (1) ไปสู่ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (10)

ข้อคำถาม									
1. ท่านรับประทานยาครบทุกเม็ด									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....									
.....									
4. ท่านเคยเพิ่มจำนวนมียาที่ท่านรับประทานอยู่ด้วยตนเอง									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....									
.....									
7. ท่านเคยลืมรับประทานยา									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....									
.....									
13. ท่านไม่ไปตรวจตามนัด เพราะคิดว่าหายแล้วเนื่องจากไม่มีอาการ									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการรับประทานอาหารของท่านคำถาม

แต่ละข้อจะมีคำตอบ 5 ตัวเลือก

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยรับประทานอาหารนั้น ๆ ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์ หมายถึง ท่านรับประทานอาหารนั้น ๆ ประมาณ 1-2 วัน
ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติ 3-4 วัน/ สัปดาห์ หมายถึง ท่านรับประทานอาหารนั้น ๆ ประมาณ 3-4 วัน
ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์ หมายถึง ท่านรับประทานอาหารนั้น ๆ ประมาณ 5-6 วัน
ใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติ ทุกวัน/ สัปดาห์ หมายถึง ท่านรับประทานอาหารนั้น ๆ ทุกวันใน 1 สัปดาห์

ข้อคำถาม	คำตอบ				
	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 3-4 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์	ปฏิบัติ ทุกวัน/ สัปดาห์
1. ท่านเลือกซื้อเนื้อสัตว์ ประเภทเนื้อติด มัน เช่น หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ หรือ เค็มหมู					
.....					
.....					
8. ท่านกินอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก และผลไม้					
.....					
.....					
17. ท่านกินอาหารประเภทงานเดี่ยว เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่					
.....					
22. ท่านกินขนมขบเคี้ยวสำเร็จรูป ได้แก่ มันฝรั่งทอด ถั่วทอด					

5.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติเกี่ยวกับ

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของท่าน เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังต่อไปนี้

ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ออกกำลังกายเลย
ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือ 1 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสม่ำเสมอ 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 ครั้งขึ้นไป ใน 1 สัปดาห์

ข้อความคำถาม	คำตอบ			
	ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1. ท่านปรึกษาแพทย์ก่อนการเริ่มออกกำลังกาย				
2. ท่านประเมินความพร้อมของตนเองโดยการจับชีพจรก่อนออกกำลังกาย				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
11. หลังการออกกำลังกายท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก หายใจหอบ				
12. ท่านมีวิธีการจัดการความผิดปกติภายหลังการออกกำลังกายเช่น นิ่งพัก หรือไปพบแพทย์ทันที				

5.4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของท่าน ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อคำถาม	คำตอบ	
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ
1. ท่านสูบบุหรี่		
.....		
3. ท่านดื่มกาแฟ น้ำปลา และเครื่องดื่มชูกำลัง		
4. ท่านซั้่งน้ำหนัก		
.....		
6. ท่านควบคุมน้ำหนักโดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำและควบคุมปริมาณการรับประทานอาหาร		

ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย (ผู้ป่วย)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

รหัสจริยธรรมการวิจัย 17-03-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวราพร เนื่องคำ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 310 คน ใช้เวลา
ในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ
และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

ประโยชน์ที่จะได้รับ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะนำผลการวิจัยไปใช้ในการ
พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
และควบคุมความดันโลหิตได้ ตลอดจนลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
ขั้นตอนและการศึกษาในครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นระหว่าง
การวิจัย ผู้วิจัยพร้อมที่จะช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาตลอดเวลา

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิ
ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อ
โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย และไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ
ในแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของท่าน และเมื่อการวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้น
ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลาย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและใช้วัตถุประสงค์
ทางวิชาการเท่านั้น

ข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวราพร เนื่องคำ หมายเลขโทรศัพท์ 080-621-6128 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-611-6225

นางสาวราพร เนื่องคำ
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทน ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (ครอบครัว)

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

รหัสจริยธรรมการวิจัย 17-03-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาววราพร เนื่องคำ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นบุคคลในครอบครัวที่มี
ความผูกพันใกล้ชิดและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต
ไม่ได้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 310 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 15 นาที

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ
พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ประโยชน์ที่จะได้รับ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะนำผลการวิจัยไปใช้ในการ
พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
และควบคุมความดันโลหิตได้ ตลอดจนลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
ขั้นตอนและการศึกษาในครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นระหว่าง
การวิจัย ผู้วิจัยพร้อมที่จะช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาตลอดเวลา

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะ
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้อง
แจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย และไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ในแบบสอบถาม
จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของท่าน และเมื่อการวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้นข้อมูลจาก
แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลาย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและใช้วัตถุประสงค์
ทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวราพร เนืองคำ หมายเลขโทรศัพท์ 080-621-6128 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดীনาน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-611-6225

นางสาวราพร เนืองคำ
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

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

ก่อนที่จะลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการวิจัยนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาโครงการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
Factors Associated with Blood Pressure Control Behaviors in Uncontrolled Hypertensive Patients

ชื่อนิติ นางสาววราพร เนื่องคำ

รหัสประจำตัวนิติ 54920178 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 17 - 03 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และครอบครัว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 316 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจประกันสุขภาพ และห้องตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธรสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
รหัสโครงการ : U037q/58_EXP
หัวหน้าโครงการ : นางสาววราพร เนื่องคำ
สถาบันที่สังกัด : โรงพยาบาลศิริราช สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ลงชื่อ.....

พิระพงษ์ สายเชื้อ

(นายพิระพงษ์ สายเชื้อ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....073.....

ให้ไว้ ณ วันที่..... 22 ตุลาคม 2558.....

หมดอายุ วันที่..... 21 ตุลาคม 2559.....

ประเภทของการรับรอง : ครั้งแรก แก้ไขโครงร่างการวิจัย ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามความไว้วางใจในบริการ
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.เขมรดี มาสิงบุญ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นายแพทย์เอกสิทธิ์ วาณิชเจริญกุล นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลสิรินธร
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
5. นางสาวปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสิรินธร
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร