

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

วาสนา ศรีหามาตร์ พย.บ *

สุพัตรา บัวที Ph.D. **

สุรชาติ สติธิปกรณ Ph.D. **

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ จำนวน 70 ราย ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบรบือ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก ได้ค่าความเชื่อมั่น .82 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.06, SD=.30$) 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติที่มีพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x}=2.38, SD=.28$) 3) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติในระดับปานกลาง ($r=.322$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติที่มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสม จะทำให้สามารถป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นจึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน สร้างแนวทางในการจัดการกับปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

*นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Relationship between Health Belief Perception and Health Behaviors in Patients with Hypertensive Crisis

*Wasana Srihamartra B.N.S**

*Supattra Buatee Ph.D. ***

*Surachat Sittipakorn Ph.D. ****

Abstract

Hypertension is a chronic disease which cannot be treated. The Health Belief Model appropriate healthcare for patients with hypertension, you can have a better quality of life. The aim of this study was to explore relationship between health belief perception and health behaviors. The sample was 70 patients with hypertension crisis who attended the emergency room at borabue hospital. The personal demographic record form, the Cronbach's alpha coefficients of health belief perception, health behavior were used to collect data were 0.82 and 0.87 respectively. The data was analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation.

The Results showed: 1) The hypertensive crisis patients had scores of perception of health belief at a good level (= 3.06, SD = .30). 2) The hypertensive crisis patients had scores of health behaviors a good level (=2.38, SD= .28) 3) Perception of health belief model significantly associated with health behaviors in patients with high blood pressure at moderate level (r =. 32) were significantly .05

Conclusion and recommendations: the hypertensive crisis patients who had appropriate perception of health belief model could prevention and control blood pressure level. Therefore, health care providers should health education and create program for promote heath behavior.

* Student of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahasarakham University.

** Assistant Professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University.

*** A Lecture at Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่อันตราย สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนจนมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ไต ตา ซึ่งเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 4 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 46,349 ต่อแสนประชากร และอัตราตายในปี พ.ศ. 2554 – 2555 เพิ่มขึ้นจาก 31.8 เป็น 37.4 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สำหรับแนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูง คือ ลดความเสี่ยงต่อการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวทางของ The Eight Joint National Committee (JNC 8, 2014) ประกอบด้วย 2 แนวทาง คือการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (lifestyle modifications) เช่น การจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร การดื่มนมไขมันต่ำ เน้นการบริโภคผักและผลไม้ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต (Pharmacologic treatment) (พีระ บูรณกิจเจริญ, 2554) เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ ควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC 8, 2014; Martin, 2008)

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารมัน เค็ม ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น (กิตติศักดิ์ พรหมดา, 2557)

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จนทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ภาวะแทรกซ้อนได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย และไตวาย (Martin, 2008)

ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ เช่น จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เสียชีวิตหรือพิการ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวล ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ค่าพาหนะที่ต้องไปปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ณัฐริรา ประสาทแก้ว, 2555) จากปัญหาของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นอกจากด้านพฤติกรรมสุขภาพยังเกิดจากการคิดว่าระดับความดันโลหิตของตนเองปกติแล้วหยุดรับประทานยา (เพ็ญศิริ สิริกุล, 2553) ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (ณัฐริรา ประสาทแก้ว, 2555) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเบคเกอร์ (Becker, 1974) เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ว่ามีความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีความเข้าใจต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ที่เกิดกับตนเอง ว่ามีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ หรือตายได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยมีการยอมรับในการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้มีการรับรู้ประโยชน์

(Perceived Benefits) รวมทั้งหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived Barriers) จะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป้องกันโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สำหรับโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยที่มีรับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ (Hypertension crisis) พ.ศ. 2555 จำนวน 89 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 396 ราย ในปี 2556 และ ปี พ.ศ. 2557 พบจำนวน 428 ราย ซึ่งพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลบรบือ, 2557) และเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงในห้องฉุกเฉินเป็นภาวะที่พบบ่อย พบมากถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยทั้งหมด (อินทนนท์ อิ่มสุวรรณ, 2556) โดยพบว่ามาด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉินและตรวจพบมีระดับความดันโลหิตที่สูงวิกฤติจากการวัดความดันโลหิต ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องอยู่ในเกณฑ์เฝ้าระวังและให้การรักษาอย่างทันที่ทันทีเนื่องจากหากมีระดับความดันโลหิตที่สูงวิกฤติ จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อระบบหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ เป็นภาวะรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ (นิภาพร ภิญโญศรี, 2551; อินทนนท์ อิ่มสุวรรณ, 2556) โดยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายเดิม ร้อยละ 90 (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลบรบือ, 2557) และจากการศึกษานำร่อง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 30 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในเรื่องโรค ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น มีความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทำให้การควบคุม

ระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยพบว่าผู้ป่วยยังคงมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสเค็มรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา และขาดการติดตามนัด จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้

จากปัญหาที่รวบรวมได้และการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (เดือนนภา อิ่มเพ็ง, 2554) ร่วมกับการศึกษาการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในห้องฉุกเฉิน (อิมทนนท์ อิ่มสุวรรณ, 2556) และมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเรื้อรังและฉุกเฉินที่มีรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (Bruno, 2001) แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งจากความสำคัญดังกล่าว หากส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ มีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จะทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ จึงเป็นที่มาของความสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ เพื่อที่จะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์การรักษา การบริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

กรอบแนวคิด

การรับรู้สุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่าบุคคลมีการรับรู้ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง มีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน โดยพิจารณาถึงผลกระทบที่จะตามมาว่ามีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วย พิการหรือตายได้ หรืออาจมีผลกระทบทางสังคม เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลนั้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือชะลอการดำเนินของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ว่ามีความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีความเข้าใจต่อสาเหตุของการเจ็บป่วย มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดกับตนเอง ว่ามีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ หรือตายได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยไม่ทำให้โรคมีความรุนแรงและสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยบรรยายแบบหาความ

สัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นระดับทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 โดยกำหนดลักษณะของประชากรตามที่คุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูงแบบวิกฤติ โดยที่ยังไม่มีอาการแสดงใดๆ ของความผิดปกติของอวัยวะเป้าหมาย (Target organ damage หรือ TOD) (JNC7, 2003)
- 3) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี มีความเข้าใจ สามารถเขียน อ่าน ฟังและสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณได้จากสูตร Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$n = 10k + 50$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ k = จำนวนตัวแปร การวิจัยครั้งนี้มีตัวแปร 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณได้ดังนี้

$n = 10 (2) + 50$ ดังนั้น จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤติได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรักษาที่ได้รับ จำนวน 9 ข้อ

2) แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างโดยศรารินทร์ พิทยะพงษ์ (2552) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) โดยครอบคลุมการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 25 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อ จะมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย มีดังนี้ (อัญชลี จันทร์สอาด, 2546)

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ ดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ ไม่ดี

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นโดย ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551) มี 6 ด้าน โดยมีคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร และควบคุมน้ำหนักตัว 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ

ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ ด้านการรับประทานยา 7 ข้อ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ และด้านการตรวจตามนัด 2 ข้อ ลักษณะคำถามทุกข้อเป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด และมีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ ในการปฏิบัติแบ่งเป็น 3 ระดับ

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย มีดังนี้ (ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ, 2551)

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Crobach's coefficient alpha) ของแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่น .87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยนำเสนอเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2) ทำหนังสือขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยพยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินสอบถามความสมัครใจของ

กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจาก
นั้นผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา
ให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างทราบ และสอบถามความ
สมัครใจอีกครั้ง โดยผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมหรือ
ปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาก็ได้โดยจะไม่มีผล
กระทบต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่ได้รับใดๆ
ต่อผู้ป่วย การอภิปรายข้อมูลในรายงานการวิจัยจะ
เสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการ
ศึกษาเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะให้ผู้ป่วย
ได้รับการรักษาเรื่องภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มายังโรง
พยาบาลร่วมกับรักษาภาวะความดันโลหิตสูงก่อน
เมื่ออาการปกติ ก่อนกลับบ้านผู้วิจัยจึงจะทำการเก็บ
ข้อมูล หรือหากได้รับการนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะ
ตามเข้าไปเก็บข้อมูลในตึกผู้ป่วยอีกครั้งโดยสอบถาม
อาการผู้ป่วยจากพยาบาลในตึกผู้ป่วยว่าอยู่ในเกณฑ์
ปกติหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ตาม
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสห
สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)
เกี่ยวกับคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
68.60 มีอายุเฉลี่ย 60.9 ปี จบการศึกษาชั้นประถม
ศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อย
ละ 78.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.9 มี
รายได้เฉลี่ย 2,571 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นโรค
ความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา น้อยกว่า 5 ปี ร้อย
ละ 85.7 และรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ใน
กลุ่มยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers)
คือแอมโลดิปีน (Amlodipine) มากที่สุด ร้อยละ 77.1
ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยอาการ 3 อันดับแรกคือ
เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม มากที่สุด ร้อยละ
27.1 รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 22.9 และ
ปวดศีรษะ ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง
ที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย และการรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง (N= 70)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	48	68.60
อายุ (= 60.90; SD = 1.27)	<40	4	5.70
	40-60	27	38.60
	>60ปี	39	55.70
	ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	56
สถานภาพ	คู่	55	78.6
อาชีพ	เกษตรกร	44	62.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วย และการรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง (N= 70) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาการที่มาปรึกษา		
เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม	19	27.1
วิงเวียนศีรษะ	16	22.9
ปวดศีรษะ	10	14.7
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ < 5 ปี		
60	60	85.7
กลุ่มยาที่ได้รับ		
ยาด้านแคลเซียม (แอมโลดิปีน)	54	77.1
กลุ่มยาด้านระบบเรนินขเองจีโอเทนซิน	6	8.6
ยาปิดกั้นตัวรับแองจีโอเทนซินทู	4	5.7
ยาขับปัสสาวะ	3	4.4
กลุ่มยาปิดกั้นเบต้าแอดรีเนอร์จิก	3	4.4

พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงสูงถึง ร้อยละ 68.60 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ทั้งนี้เป็นผลมาจาก เมื่อมีอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยพบว่าหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว (Atherosclerosis) ร่วมกับเสียหายที่ของเซลล์บุผิวของผนังหลอดเลือด (Endothelial dysfunction) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ ขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้เกิดแรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Luckson, 2010) ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก โดยพบว่าความดันโลหิตทั้งสองจะเพิ่มขึ้นเป็นคู่ขนานของอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการตีบแข็งของหลอดเลือด (Chobanian et al., 2003) และเพศหญิงมีการทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจนและมีแนวโน้มการทำงานของเรนินในกระแสเลือดต่ำ และจะทำงานมากขึ้นภายหลังหมดประจำเดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบ เรนินแองจีโอเทนซิน (Renin Angiotensin)

ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Martin, 2008)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 80 สอดคล้องกับอุมาพร ปุญญโสพรรณ (2554) Kyngas & Lahdenpera (1999) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จากข้อจำกัดด้านการศึกษาดังกล่าวทำให้มีโอกาสการเรียนรู้ตลอดจนการแสวงหาความรู้และการใช้แหล่งบริการต่างๆ ให้เกิดประโยชน์กับตนเองได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือระดับอุดมศึกษา ซึ่งมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร (กฤษฎาพรทิพย์กาญจนธนา, 2549) ทำให้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พบมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ระยะเวลาของการเป็นโรคนาน จะมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามากกว่า และสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคล้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการ

รับรู้การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง (ปทุมฉ้วนิน เขื่อนเพ็ชร, 2554) ดังนั้นจึงควรส่งเสริม แนะนำ ให้กำลังใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

กลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ เป็นกลุ่มยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) คือแอมโลดิปีน (Amlodipine) ร้อยละ 77.10 เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์โดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของ

กล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือด ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดขยายตัวและเป็นการเพิ่มออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ยาออกฤทธิ์นาน 12 – 24 ชั่วโมง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี (Chen et al., 2010) แต่ยังมีผลข้างเคียงของยา เช่น ทำบวม ปวดศีรษะ หน้าแดง ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน ไม่เหมาะกับยานี้ ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ในการใช้ยา รวมถึงผลข้างเคียงของยาและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

ตารางที่ 2 คะแนนด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ข้อมูล	x	SD	ระดับ
คะแนนด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.06	.30	ระดับดี
คะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.19	.54	ระดับดี
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน	3.25	.56	ระดับดี
การรับรู้ประโยชน์	3.40	.38	ระดับดี
การรับรู้อุปสรรค	3.18	.37	ระดับดี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 (SD= .28) ซึ่งเป็นการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี เมื่อพิจารณาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับดี (=3.19, SD= .54) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับดี (=3.25, SD= .56) ด้านการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับดี (=3.42, SD= .36) ด้านการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับดี (=2.88, SD= .73) แบ่งเป็นรายด้านคือ

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างการรับรู้ว่าการเป็นโรคความ

ดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ จากคำแนะนำ ให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากแพทย์ รวมถึงป้ายประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลบรบือ จึงได้มีการรณรงค์ และเผยแพร่ในเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การเน้นย้ำให้สูศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับผลกระทบ ผลเสียจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (หัสยาพรมะโน, 2553; ขวัญฟ้า ทาอินคำ, 2554)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับดี เนื่องจากมีการรณรงค์และ

เผยแพร่ในเรื่องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุขจนถึงระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้ป่วยได้รับความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร และแผ่นพับ ความรู้ที่แพร่หลาย ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเข้าใจในการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ

สรารินทร์ พิทยะพงษ์ (2552) และ กษมา เชียงทอง (2554) ได้นำผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีประวัติญาติสายตรงหรือบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มาพูดคุย เล่าประสบการณ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมากขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรค จะทำให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ด้านการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับดีพบ

ว่าการทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิด โมโหง่าย ช่วยให้ ความดันโลหิตลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับศศิธร อดตมะ (2550) และกรกมล เรืองวุฒิ (2554) การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรับประทานยา จะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

ด้านการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา สอดคล้องกับมะยาชิน สามะ (2550) แต่มีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับด้านการรับรู้อุปสรรคที่พบว่าในเรื่องการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากเนื่องจากต้องรับประทานร่วมกันเป็นครอบครัว ไม่สามารถเลือกรับประทานได้และอุปสรรค บุญญโสพรรณ (2554) พบว่าไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพตามความต้องการมาบริโภคในแต่ละวัน จึงมีการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปที่มีขายในท้องตลาดมารับประทาน จึงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 3 คะแนนด้านพฤติกรรมโดยรวมและรายด้าน

ข้อมูล	x	SD	ระดับการปฏิบัติตัว
คะแนนด้านพฤติกรรมโดยรวม	2.38	.29	เหมาะสมมาก
คะแนนด้านพฤติกรรมรายด้าน			
ด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว	2.21	.35	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.06	.57	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	2.51	.47	เหมาะสมมาก
ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	2.65	.54	เหมาะสมมาก
ด้านการรับประทานยา	2.56	.46	เหมาะสมมาก
ด้านการมาตามนัด	2.80	.41	เหมาะสมมาก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติมีคะแนนการปฏิบัติตัวพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 (SD = .29) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.21$, SD = .35) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.06$, SD = .57) ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 2.51$, SD = .47) ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 2.66$, SD = .56) ด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 2.56$, SD = .46) และด้านการตรวจตามนัด อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 2.80$, SD = .41)

เมื่อพิจารณารายด้าน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เนื่องจากว่าบุคลากรทางการ

แพทย์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา ยาที่ได้รับและผลข้างเคียงจากการใช้ยา การรับประทานยา การตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องในช่วงรอแพทย์ตรวจและก่อนการรับยาที่นอกสถานพยาบาลแบบคนต่อคน พร้อมแผ่นพับสุขภาพสอน

ด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.21$, SD = .35) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.06$, SD = .57) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ พบว่าส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาไม่เหมาะสม เนื่องจากยังมีการรับประทานอาหารรสเค็ม มีการเติมเกลือ น้ำปลาลงในอาหาร ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายไม่เพียงพอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน กิจกรรมประจำวันหลักคือการทำงานบ้าน ซึ่งคิดว่าการทำงานบ้านถือเป็นการออกกำลังกาย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	.322	.007**

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ($r = .322$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างของผู้ป่วยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีระดับการปฏิบัติตัวเหมาะสมปานกลาง พบว่ายังขาดการออกกำลังกายและมีการออกกำลังกายไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้านส่วนใหญ่ จึงทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งคิดว่าการทำงานบ้านถือเป็นการออกกำลังกาย สอดคล้องกับ อูมาพร ปุญญโสพรรณ (2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ต้องใช้แรงงานในการประกอบอาชีพ ทำให้เกิด

ความเหนื่อยล้าจากภาระงาน และการที่มีกิจกรรมต่อเนื่องทั้งวันทำให้เข้าใจว่าเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยให้ได้ตามเกณฑ์การรักษานั้น มีปัจจัยหลากหลายที่มีส่วนทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เช่น ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย (อดิพร สารานุกัว, 2558) ด้านการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม โดยพบว่ายังมีการรับประทานอาหารรสเค็ม มีการเคี้ยวกลืน น้ำปลาลงในอาหาร สอดคล้องกับ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551)

ในส่วนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ที่อยู่ในระดับดีและเหมาะสมมาก พบในด้านการจัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ด้านการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด โดย Deborah (2010) และ สุนทรีย์ คำเพ็ง (2555) พบว่าหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น จึงจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติมีแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมโลหิตได้ดี (รัตนาริเวณอินทร์, 2550) ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนในการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยการแจกแผ่นพับ ทำป้ายสื่อโฆษณาในชุมชน ร่วมกับจัดทำเสียงตามสายให้ความรู้แก่ประชาชน สัปดาห์ละครั้ง ซึ่งอาจเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำของชุมชน หรืออาสาสมัครชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยการรับรู้ความเสี่ยงจากการที่ไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท อาจทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. จัดบริการสุขภาพเชิงรุก โดยการค้นหาผู้ป่วยความดันสูงรายใหม่ในชุมชนกับกลุ่มเสี่ยง โดยการออกเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ คำแนะนำเรื่อง การสังเกตอาการของโรคหรืออาการเปลี่ยนแปลง (warning sign) การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงกับประชากรและกลุ่มเสี่ยงร่วมกับคัดกรองหากกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ส่วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายเก่า เพื่อค้นหาปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขซึ่งเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. ควรมีทำวิจัยเชิงทดลองหรือเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติกระทรวงสาธารณสุข: จำนวนและอัตราการป่วย 21 กลุ่มโรค พ.ศ. 2542 - 2556*. เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2556. สืบค้นจาก <http://www.moph.go.th>.

- กิตติศักดิ์ พรหมดาว. (2557). ความรู้และพฤติกรรม
เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและ
เบาหวานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอน
ปลาย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 19 (1), 19 - 30.
- กรองทอง คมรัตน์ปัญญา, ชัยยง ขามรัตน์, และ
ทองหล่อ เดชไทย. (2553). ประสิทธิภาพของ
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอบางไทร
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิจัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 15(1), 987 - 990.
- กษมา เชียงทอง. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่าง
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้
อาการเตือนและ พฤติกรรม การจัดการ
โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรค
หลอดเลือดสมองอำเภอคลองสะแกจังหวัด
เชียงใหม่'. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหา
บัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตินรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการทาง
พยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญยวีร์ ประเสริฐไทย. (2553). ผลของการออกกำลังกาย
ขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการ
ลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดัน
โลหิตเกือบสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*,
5 (4), 80 - 95.
- ณัฐจิรา ประสาทแก้ว. (2555). ผลโปรแกรมการ
เยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์
ต่อความเชื่อด้าน สุขภาพและค่าความ
ดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*,
42 (3), 19 - 31.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2551). *การรับรู้ภาวะ
สุขภาพและการดูแลตนเองด้านการบริโภค
อาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิต
สูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธานันท์. (2551). *ผลของการจัดการ
ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิต
สูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555).
*แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง
ในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บริษัทธวัช
พรินต์ติ้ง จำกัด.
- สุพิศรา บัวที. (2555). การพยาบาลกับการ
สนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับ
ความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 18 (1), 51 - 60.
- สุนทรีย์ คำเฟื่อง. (2555). ผลของการจัดโปรแกรม
การสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุน
ทางสังคม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่
ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอคอนปุด จังหวัด
สระบุรี. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*,
22(3), 112 - 123.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง
สาธารณสุข. (2556). *จำนวนและอัตราผู้ป่วย
ผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21)*. กลุ่มโรค
จากสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2554.
- อดิพร สำราญบัว. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมออก
กำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา, 21(1), 65 – 77.

อุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2554). การรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรี
วัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง
จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัย
นราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 46 - 60.

อินทนนท์ อิ่มสุวรรณ. (2556). การดูแลรักษาภาวะ
ความดันโลหิตสูงในหึ่งอฉุกเฉิน. *วารสาร
ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 13(1), 101 – 123.

Becker, M. H., & Clark, N. M. (1998). Theoretical
model and strategies for improving ad-
herence and diseases management. In A.
S. Sally, B. S. Elenor, K. O. Judith, & L.
M. Wendy (Eds.), *The handbook of health
behavior change* (2nd ed.). (pp. 5-26). New
York: Springer.

Chobanian, A. V., Bakris, G. L., & Black, H. R.
(2003). The national high blood pressure
education program coordinating committee:
The seventh report of the Joint National
Committee on prevention, detection, evalu-
ation, and treatment of high blood pressure.
The JNC 7 Report JAMA, 289 (19), 2534
- 2573.

Deborah L. (2010). Health Belief Model and
Reversal Theory: a comparative analysis.
Nursing theory and concept development
or analysis. *Journal of Advanced Nursing*,
43 (3), 288 - 297.

Joint National Committee 7 - Complete Version.

(2003). The seventh report of the Joint Na-
tional Committee on prevention, detection,
evaluation and treatment of high blood
pressure (JNC VII). *Hypertension*, 42 (6),
2106 - 2152.

Martin. (2008). Hypertension Guidelines: Revis-
iting the JNC 7 Recommendations. *The
Journal of Lancaster General Hospital*,
3(3), 91 - 99.

World Health Organization-International Society
of Hypertension. (2013). World Health
Organization international society of hy-
pertension guidelines for the management
of hypertension. *Journal of Hypertension*,
17 (2), 151-183.

Paul A. J., Suzanne O., Barry L. C., & William C. C.,
(2014). Evidence-Based Guideline for the
Management of High Blood Pressure in
Adults Report From the Panel Members
Appointed to the Eighth Joint National
Committee (JNC 8). *JAMA*, 11 - 14.