

รายงานวิจัย

Research Articles

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Factors Related to Blood Pressure Control Behavior in Hypertensive Patients

วิชาญ แป้นทอง*

Wicharn Panthong*

*โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

*Ban Rai Hospital, Uthai Thani

Corresponding author e-mail address: huaikhot123@gmail.com

Received: February 23, 2021

Revised: August 16, 2021

Accepted: August 24, 2021

Abstract

Hypertension is a chronic disease with an increasing number of patients. If blood pressure levels are not controlled for long periods of time, complications can lead to disability and death. The purpose of this survey was to assess the factors associated with blood pressure control in hypertensive patients at Ban Rai hospital, Uthai Thani Province. The 151 hypertensive patients were asked to answer a questionnaire consisting of age, education level, family income, body mass index, duration of disease, awareness of hypertension disease, perceive of family support, self-efficacy and behavior of controlling blood pressure. The data was presented by number, percentage, mean, standard deviation and the Spearman correlation coefficient. The results showed that education level was positively correlated with blood pressure control behavior ($r = 0.179$, $p = 0.028$) and family income was negatively correlated with patients' blood pressure control behaviors ($r = -0.171$, $p = 0.036$). Disease perception and self-efficacy were positively correlated with blood pressure control behaviors ($r = 0.355$, $p < 0.001$ and $r = 0.298$, $p < 0.001$, respectively). Therefore, knowledge should be promoted in groups with low educational levels. There should have process to encourage hypertensive patients to know about the disease and self-efficacy in planning to promote and modify health behaviors to be able to control blood pressure.

Keywords: factors, blood pressure control, behavior, hypertension*Buddhachinaraj Med J 2021;38(2):247-55.*

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งนำมาสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ การสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 151 คนตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้ความสมรรถนะตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต นำเสนอข้อมูลด้วยจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.179$, $p = 0.028$), รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ($r = -0.171$, $p = 0.036$) การรับรู้ต่อโรคและการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.355$, $p < 0.001$ และ $r = 0.298$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ดังนั้น ควรส่งเสริมความรู้ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อย และควรมีกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้สมรรถนะตนเองในการวางแผนส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: ปัจจัย, การควบคุมความดันโลหิต, พฤติกรรม, โรคความดันโลหิตสูง

พุทธชินราชเวชสาร 2564;38(2):247-55.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non communicable disease) เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ต้องรักษายาวนานและต่อเนื่องจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอย่างมาก มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชาชน 1.13 พันล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จากรายงานองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วย 1 คนใน 5 คนไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมเสี่ยงอันได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันและรสชาติเค็ม การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การไม่มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมต่อช่วงอายุและโรคที่เป็นอยู่ การจัดการด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้²⁻³

สำหรับสาเหตุการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเกิดจากปัจจัยหลักคือพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁴ นอกจากนี้จากการศึกษาตามพื้นฐานของทฤษฎีความสามารถในการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา พบว่าการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการกินยาที่ต่อเนื่องสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ โดยพบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้ ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁶

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูลาร์⁷ ระบุถึงปัจจัยสำคัญที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจควบคุม หรือไม่ควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในวงการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ^{5,7} ซึ่งองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตน (perceived self-efficacy) และความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้นจากการวัดพฤติกรรม (outcome expectation) นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม ในทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจควบคุมหรือไม่ควบคุมพฤติกรรมร่วมด้วย⁸

โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานีได้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมุ่งเน้นการรักษา ควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข⁹⁻¹⁰ ทั้งนี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลบ้านไร่ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5 (ปี พ.ศ. 2562-2563) โดยในปี พ.ศ. 2564 พบมากกว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด¹¹ อีกทั้งยังไม่เคยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางวางแผนและพัฒนาวิธีการรักษาและดูแลควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงความพิการและการเสียชีวิต ทั้งนี้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (hypertensive patient) หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจ

บีบตัว/ค่าบน (systolic blood pressure: SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว/ค่าล่าง (diastolic blood pressure: DBP) ≥ 90 มม.ปรอท จากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล³

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอทจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล³

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP ≥ 140 มม.ปรอทและ/หรือ DBP ≥ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP < 135 มม.ปรอทและ DBP < 85 มม.ปรอท)³

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลเป็นปกติ (SBP < 140 มม.ปรอทและ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท)³

ทั้งนี้ การควบคุมระดับความดันโลหิตจึงหมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เกิดจากการคาดหวังผลลัพธ์เพื่อควบคุมไม่ให้ระดับความดันโลหิตของตนมีค่าบน (systolic blood pressure: SBP) และค่าล่าง (diastolic blood pressure: DBP) สูงเกิน 140/90 มม.ปรอท สำหรับการศึกษาปัจจัยในด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต นั้นเป็นการศึกษาซึ่งนำไปสู่การขยายผลจัดทำแผนเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาและดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกปัจจัยอันเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง โดยจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่รวมถึง ความพิการและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้น

วัสดุและวิธีการ

การสำรวจนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 effect size = 0.3 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 134 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนและสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 รวมเป็นขนาดตัวอย่าง 154 คน¹² เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.94 หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ทั้งชุดเท่ากับ 0.89

ทั้งนี้ เมื่อจำแนกแบบสอบถามแต่ละชุด ได้แก่แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้ต่อโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน แบบสอบถามการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองที่จะควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.89, 0.84, 0.93, 0.94, 0.92 ตามลำดับ อีกทั้งแบบสอบถามการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการ (test-retest) ด้วยการวัดกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ หาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of Stability) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 16 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและคำถาม

ปลายเปิด ส่วนที่ 2 คำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ (น้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) 18 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 คำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (น้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) 12 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 4 คำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (น้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) 19 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ส่วนที่ 5 คำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (น้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) 25 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะควบคุมระดับความดันโลหิต

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ตอบแบบสอบถาม หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุนรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำเสนอเป็นจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient: r) โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์เป็น 5 ระดับ: ระดับต่ำมาก $r = 0.00-0.30$, ระดับต่ำ $r = 0.31-0.50$, ระดับปานกลาง $r = 0.51-0.70$, ระดับสูง $r = 0.71-0.90$, ระดับสูงมาก $r = 0.91-1.00$ ¹² กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตามเอกสารเลขที่ IRB 08/2563 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา

การสำรวจนี้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 151 ฉบับ (ร้อยละ 99.3) พบว่าระหว่างเดือนกันยายน

ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานีที่ตอบแบบสอบถามมีอายุระหว่าง 29-93 ปี อายุเฉลี่ย 60.5 ปี จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา 0-16 ปี ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 4.5 ปี (ระดับประถมศึกษา) โดยมีระดับการศึกษาประถมศึกษา 107 คน (ร้อยละ 70.9) มีรายได้ของครอบครัว 1,00-100,000 บาท ต่อเดือน โดยรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 11,707.28 บาท มีค่าดัชนีมวลกาย 13.17-41.91 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.33

กิโลกรัม/ตารางเมตร (อ้วนระดับ 1) โดยมีน้ำหนักปกติ 52 คน (ร้อยละ 34.4) และอ้วนระดับ 1 จำนวน 45 คน (ร้อยละ 29.8) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2-21 ปี โดยระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.06 ปี (ดังรายละเอียดในตารางที่ 1) ทั้งนี้ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ตอบแบบสอบถามสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ 98 คน (ร้อยละ 64.9) และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 53 คน (ร้อยละ 35.1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 151)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)/จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	60.50 $\pm$ 13.30 (29.0-93.0)
ระดับการศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา)	4.50 $\pm$ 3.35 (0-16.0)
ไม่ได้เรียนหนังสือ (0 ปี)	1 (0.7)
ประถมศึกษา (ป.1-ป.6 = 6 ปี)	107 (70.9)
มัธยมต้น (ป.1-ม.3 = 9 ปี)	13 (8.6)
มัธยมปลาย (ป.1-ม.6 = 12 ปี)	9 (6.0)
อนุปริญญา (ป.1-ปวส./เทียบเท่า = 14 ปี)	8 (6.6)
ปริญญาตรี (ป.1-ปริญญาตรี = 16 ปี)	3 (2.0)
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	11,707.28 (1,000-100,000)
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	25.33 $\pm$ 10.77 (13.17-41.91)
ผอม (ต่ำกว่า 18.50)	17 (11.3)
ปกติ (18.51-22.99)	52 (34.4)
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	18 (11.9)
อ้วนระดับ 1 (25.00-29.99)	45 (29.8)
อ้วนระดับ 2 ($\geq$ 30.00)	19 (12.6)
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)	7.06 $\pm$ 4.01 (2.0-21.0)

SD: standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ส่วนการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ การสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบสอบถามรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ต่อโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนและ

พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยรวมในระดับมาก, รับรู้การสนับสนุนของครอบครัวโดยรวมในระดับมากที่สุด และรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตโดยรวมในระดับมากที่สุด (ดังรายละเอียดในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและการแปลผล (n = 151)

การรับรู้จำแนกรายด้าน	จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน				คะแนนเฉลี่ยการรับรู้
	ระดับการรับรู้ (คะแนน)				
	น้อย (0.01-1.00)	ปานกลาง (1.01-2.00)	มาก (2.01-3.00)	มากที่สุด (3.01-4.00)	
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	0	0	49 (32.5)	102 (67.5)	3.68 $\pm$ 0.47
การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว	0	0	9 (6.0)	142 (94.0)	3.94 $\pm$ 0.24
การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง	1 (0.7)	0	146 (96.7)	4 (2.6)	3.02 $\pm$ 0.18

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค), ปัจจัยการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง, ปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว และปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบสอบถาม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.179$, $p = 0.028$), การรับรู้

ต่อโรคและการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับต่ำและระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.355$, $p = 0.001$ และ $r = 0.298$, $p = 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ($r = -0.171$, $p = 0.036$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค, ปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว (ดังรายละเอียดในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient: r)* ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 151)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	0.040	0.649
ระดับการศึกษา	0.179	0.028
รายได้ของครอบครัว	-0.171	0.036
ดัชนีมวลกาย	-0.068	0.409
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	0.021	0.725
การรับรู้ต่อโรค	0.355	< 0.001
การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว	0.152	0.620
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	0.298	< 0.001

*Spearman's correlation coefficient (r) [$r = 0.00-0.30$: สัมพันธ์ระดับต่ำมาก, $r = 0.31-0.50$: สัมพันธ์ระดับต่ำ, $r = 0.51-0.70$: สัมพันธ์ระดับปานกลาง, $r = 0.70-0.90$: สัมพันธ์ระดับสูง, $r = 0.91-1.00$: สัมพันธ์ระดับสูงมาก]¹³

วิจารณ์

ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบสอบถามสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ 98 คน (ร้อยละ 64.9) และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 53 คน (ร้อยละ 35.1) โดยพบว่าระดับการศึกษา ปัจจัยการรับรู้ต่อโรค และปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นเนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาจะมีความรู้ในการประมวลผลเพื่อหาทางเลือกในการดำเนินพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความรู้ย่อมมีข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าความรู้มีความสำคัญต่อการรู้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตของตน¹⁴ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นย่อมเกิดความรู้สึกกังวลต่อการมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตที่ดีมากขึ้น¹⁵ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของภัสราวลัย คีตติสาร¹⁶ ที่พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบสอบถามมีรายได้เฉลี่ย 11,707.28 บาทต่อเดือนซึ่งผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดในฐานทางเศรษฐกิจของครอบครัว¹⁷ แสดงว่าการมีรายได้มากขึ้นทำให้พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตลดลงเนื่องจากผู้ป่วยที่มีรายได้ดีสามารถจับจ่ายใช้สอยและสามารถบริโภคอาหารได้มากขึ้น โดยเฉพาะอาหารที่เป็นประเภทแป้งและไขมัน อีกทั้งการมีกิจกรรมทางกายด้วยตนเองลดลงจากการมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การใช้ลิฟต์แทนการเดินลงบันได การใช้รถยนต์

สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้

การรับรู้ต่อโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการรับรู้ต่อโรค หมายถึง การรับรู้ต่อโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต รวมทั้งรับรู้ความรุนแรงของโรคว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่อเนื่องเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้พิการ เป็นอัมพาต และเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น¹⁶ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบสอบถามรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมในระดับมาก เมื่อผู้ป่วยรับรู้มากจะมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียด การกินยา รวมทั้งการพบแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นไปตามแนวคิด health belief model¹⁷ ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางบวกในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁸ และเช่นเดียวกับผลการศึกษาของภักทพล มากมีและคณะ¹⁹ ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับรู้ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้รับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายอย่างมั่นใจ เชื่อมั่นในตนเอง และจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและพึงพอใจด้วยความมุ่งมั่นและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค²⁰ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนจะปฏิบัติพฤติกรรม

ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูราที่อธิบายว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่ากระทำได้และการกระทำนั้นจะนำไปสู่ความสำเร็จ^{6,20} รวมทั้งเช่นเดียวกับผลการศึกษาของศิริวรรณ ตุงค์เรืองและคณะ²¹ ที่พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สามารถลดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งสามารถนำไปใช้ส่งเสริมการควบคุมโรคในผู้โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ด้วย

ข้อมูลที่น่าสนใจสรุปได้ว่าระดับการศึกษา การรับรู้ต่อโรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเองสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบ ดังนั้นการที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้กระบวนการส่งเสริมสมรรถนะผู้ป่วยโดยให้ความรู้และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้หนึ่ง ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ทีมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเพิ่มการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยโดยการพัฒนาวิธีสอนให้เข้าใจง่าย รวมถึงเนื้อหาที่น่าสนใจเหมาะกับกลุ่มเป้าหมายด้วยสื่อการสอนรูปแบบต่าง ๆ อีกทั้งควรจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการดูแลและจัดการตนเอง เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของตนเอง และแก้ไขปัญหาด้วยตนเองจนนำไปสู่การปฏิบัติควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วิทยา นันทียกุล นายแพทย์ชัชวาล เตชะมีเกียรติชัย และนายแพทย์วรุฒ สายโสภา จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงทุกคนที่ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานีทุกคนที่สนับสนุนจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. Overview of hypertension [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20]. Available from URL: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1
2. World Health Organization. Hypertension: symptoms. Hypertension has the problem [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 20]. Available from URL: <https://www.who.int/health-topics/hypertension/>
3. Wattanachai J, Palungrit S, Tiyoa N, Aninalabon W, Boonnak P, Makpirom J. Self-care behaviors of village health volunteers to prevent diseases and complications due to hypertension. J Nurs Health Care 2021;39(1):108-17. (in Thai)
4. Jaiyungyeen J, Voraroon S. Relationships among perceived self-efficacy, family support and health promoting behaviors of older people with hypertension. JN Siam 2016;17(33):20-30. (in Thai)
5. Tudsri P, Nakkling Y. Health promotion behaviors of person with hypertension: comparison between controlled and uncontrolled blood pressure. CJTCN 2018;6(1):27-35. (in Thai)
6. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors Influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. Songklanagarind J Nurs 2018; 38(4):152-65. (in Thai)

7. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York City, New York State, USA: W.H. Freeman; 1997.
8. Hu H, Li G, Arao T. Validation of a Chinese version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale in patients with hypertension in primary care. *ISRN Public Health* 2013;6. Available from URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/298986>
9. National Health Development Plan Administration Committee. National Health Plan 12th (B.E. 2560-2564) [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 2]. Available from URL: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf
10. Khorsandi M, Fekrizadeh Z, Roozbahani N. Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertension-controlling behaviors in the elderly. *Clin Interv Aging* 2017;12:233-40. doi:10.2147/CIA.S117142
11. Banrai Hospital. Patients registration of medical record in hypertension service between 2016-2020. Uthaitani, Thailand: Banrai Hospital; 2020.
12. Polit DF, Hungler BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Philadelphia, Pennsylvania State, USA: Lippincott; 1997.
13. Mukaka MM. Statistics corner: a guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J* 2012; 24(3):69-71.
14. Laloon P, Madhyamankura N, Malarat A. Selfcare behavior of hypertensive patients at Outpatient Department of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *J Med Health Sci* 2011;18(3):160-69.
15. Sujumnonk S, Therawiwat M, Imamee N. Factors related to self-management of hypertensive patients, Taladkwan District Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province. *JBCNB* 2013; 29(2):20-30. (in Thai)
16. Seetisarn P, Suwannarat A, Jailungkar J. Factors associated with self-care behaviors among uncontrolled hypertension patients in Dokkhumtai Hospital, Dokkhumtai District, Prayao Province. *LPHJ* 2013;9(2):120-36. (in Thai)
17. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:324-508. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>
18. Plianbumroong D. Health perception and health behaviors of pre-hypertension client. *JNHC* 2016;34(1):83-92. (in Thai)
19. Markmee Ph, Kantawee Ph, Suthana W, Saleeon Th. An investigation of factors relationship with self-care behaviors in elderly patients with hypertension in Doi-Louang District, Chaing-rai Province. *JHEd* 2019;42(2):87-98. (in Thai)
20. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. *Songklanagaring J Nurs* 2018;38(4):152-65. (in Thai)
21. Turongruang S, Wattana Ch, Harnirattisai T, Liangchawengwong S. Effects of a self-efficacy promoting program on disease control behaviors and disease control among patients with uncontrolled hypertension. *Nurs J* 2017;44(Suppl 1):69-82. (in Thai)