



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา*

นุชนารถ อุดมญาติ กศ.ม.**

ศิราณี อินทรหนองไผ่ PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 220 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 107.55$, S.D.=6.72) มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X} = 58.93$, S.D.= 5.95) ผลการหาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.04$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($r=.10$) การรับรู้ความรู้แรง และ การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.16$, .19 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.31$)

สรุปผล การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความตระหนักต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย

คำสำคัญ : การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตสูง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยพบว่าคนในวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทยเรา มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันสมควร และคาดว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ.2025) ประชากร กว่า 1.56 พันล้าน

คน จะเป็นความดันโลหิตสูง¹ แต่ละปีประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง 1.5 ล้านคน นอกจากนี้ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ หัวใจขาดเลือดเกิดจากความดันโลหิตสูง¹

จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2546-2556 พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ยกเว้น

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลวังน้ำเขียว,สนับสนุนการฝึกอบรมการเขียนและเผยแพร่รายงานวิจัยโดยสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว

***รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2546 และ ปี 2556 พบว่า อัตราป่วยในต่อแสนประชากร จาก 389.8 เป็น 1629.9 ซึ่งถือว่ามียอัตรการเพิ่มสูงกว่า 4 เท่า และพบว่ามีเป็นลำดับที่ 1 ของการป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่สำคัญ และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 3.9; 5.71; 5.73 เป็น 7.99 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2553-2556 ตามลำดับ²

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ของจังหวัดนครราชสีมา ในปี 2553-2556 พบอัตราการป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จาก 1292.94; 1366.06; 1590.25 เป็น 1704.75 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 3.65; 4.18; 3.24 เป็น 6.75 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ²

อำเภอวังน้ำเขียว มีปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งคือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราป่วยอยู่ใน 5 อันดับแรกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 68.24; 198.92; 180.85 เป็น 475.48 ต่อแสนประชากร ในปี 2554-2557 และมีภาวะแทรกซ้อน เกิดภาวะหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.52; 1.40; 1.27 และ 0.35 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 4.87; 2.37; 2.35 เป็น 16.08 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 4 เท่า³

สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เหมาะสม ควบคู่กับการรักษา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต⁴ ลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน อันจะส่งผลต่อการป่วยและตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) แต่จากการทำงานในโรงพยาบาลวังน้ำเขียว ผู้วิจัยพบว่า ถึงแม้จะมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกครั้งที่มาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางส่วนยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ยังรับประทานอาหารที่มีไขมัน และเค็ม ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ บางคนยังขาดนัด บางคนหยุดรับประทานยาเอง และกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ด้วยภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตัน

แขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว เป็นภาระกับผู้ดูแลและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายประการ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ เพราะความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคล ทำให้คนมีการปฏิบัติตัวตามความเชื่อหรือการรับรู้ของตนเอง ซึ่งแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁵ ได้กล่าวว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁶ และ ศิษดา ภัทรพรไพโรจน์⁷ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านสุขภาพ

แต่ในบริบทของอำเภอวังน้ำเขียวยังไม่เคยมีการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมาเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผน ออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตรงประเด็นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอวังน้ำเขียว ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา



กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ Health belief perception โดยมีแนวคิดสำคัญคือ การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ⁵ และพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้เป็น พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ โดยเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น เบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวังน้ำเขียว จำนวน 1,412 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรตามตำบล จำนวน 5 ตำบล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ จำนวนประชากรทั้งหมดหลักพัน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10-15 %⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง 220 คน คัดคำนวณตามสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล และ สุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนตามที่ต้องการ

เก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และขณะรอตรวจ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2558

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2558-

20 พฤษภาคม 2559 ทั้งนี้การเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่มี 3 ส่วนดังนี้ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอาชีพ ระดับความดันโลหิตสูง มีจำนวน 7 ข้อ **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงประยุกต์ใช้ของ นลินรัตน์ กล้าณรงค์⁹ แบ่งออกเป็น 4 ด้านมีจำนวน 42 ข้อ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถาม 1, 2 และ 3 คะแนน ขึ้นกับข้อความที่มีความหมายด้านบวก (3, 2, 1) และ ข้อความที่มีความหมายด้านลบ (1, 2, 3) มีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งโดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน¹⁰ กำหนดเกณฑ์ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ดังนี้ คะแนนช่วง 99 – 126 หมายถึง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง คะแนนช่วง 71 – 98 หมายถึง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนช่วง 42 – 70 หมายถึง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ¹¹ ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน มีจำนวน 29 ข้อได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร



และควบคุมน้ำหนักตัว ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดกรความเครียด ด้านการรับประทานยา ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และด้านการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำถามทุกข้อเป็นคำถามด้านบวก และมีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติทุกวัน ใน 1 สัปดาห์หรืออย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติทุก 1-3 วัน/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติ (ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นเลย) การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนโดยรวมทั้งหมดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย แบ่งโดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน¹⁰ ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยรวม คะแนนช่วง 67.67-87.00 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเหมาะสมมาก คะแนนช่วง 48.34-67.66 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเหมาะสมปานกลาง คะแนนช่วง 29.00-48.33 หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเหมาะสมน้อย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ นลินรัตน์ กล้านรงค์ และ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธาน¹¹ ไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธี Crobbach' Alpha Coefficient ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.72 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.82 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.82 และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.80 ส่วน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งโดยรวมและรายด้านโดยการหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยรวม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง 220 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 อายุส่วนใหญ่ร้อยละ 32.3 อยู่ระหว่าง 50-59 ปี รองลงมาร้อยละ 26.4 อายุ 60-69 ปี มีส่วนน้อย ร้อยละ 4.1 ที่อายุต่ำกว่า 40 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.5 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.5 และร้อยละ 16.8 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 43.6 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน และระดับความดันโลหิตส่วนใหญ่ มีระดับ High normal (SBP 130-139 หรือ DBP 85-89) และปกติ (SBP 120-129 หรือ DBP 80-84) ร้อยละ 37.7 และ 37.3 ตามลำดับ มีส่วนน้อยร้อยละ 0.5 ที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ 3 (SBP $\geq$ 180 หรือ DBP $\geq$ 110)

2. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง มีเพียงการรับรู้อุปสรรค ที่อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัวและ พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีความเหมาะสมปานกลาง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการ



รับประทานยา พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมาตรวจตามนัด มีระดับความเหมาะสมมาก (ตารางที่ 2)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.04$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($r=.10$) การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.16, .19$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.31$) (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยรวมแล้วมีการรับรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจต่อสุขภาพของตนเอง ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและดูแลสุขภาพมาก รวมถึงการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนปานกลาง ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นเชื่อว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยในการกระตุ้นใจ มีแนวโน้มให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวรินทร์ พิทยะพงษ์¹² ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าประชากรมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ มุณีกร และ ภัสริตา ชื่นจิตต¹³ ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2. ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จันทน์ เปี่ยมนุ่ม¹⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีแสดงให้เห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมสุขภาพบางด้านที่ยังไม่เหมาะสมมากนัก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญตามมาเช่น หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ผลการวิจัยครั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว และด้านการออกกำลังกาย มีความเหมาะสมน้อยกว่าด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี วงศ์ปาลี¹⁵ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมคือการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย

3. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงโดยรวม ไม่ได้มีอิทธิพลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพตามที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁶ และ ศิขดา ภัทรพรไพโรจน์⁷ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านสุขภาพ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ



ศรารินทร์ พิทยะพงษ์¹² ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กันน้อยถึงน้อยมากกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพ

4. เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ เปี่ยมนุ่ม¹⁴ และ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ปรับวิถีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคนาน ดังนั้นการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่อาจส่งผลกระทบต่อและจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ป่วยเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาทิ สัมพันธภาพภายในครอบครัว การดูแล หรือการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน ฯลฯ

5. การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ เปี่ยมนุ่ม¹⁴ และ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁶ และ Becker⁵ ซึ่งกล่าวว่าบุคคลอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นว่าทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อน้ำที่ทำงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

6. การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁶ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ เปี่ยมนุ่ม¹⁴ ซึ่ง Becker⁵ ได้กล่าวว่า การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลขึ้น

อยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

7. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งก็หมายความว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติตนต่ำ ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁶ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ เปี่ยมนุ่ม¹⁴ ทั้งนี้เนื่องมาจาก บุคคลจะพิจารณาเปรียบเทียบความพร้อมในการกระทำ หากมีความพร้อมในการกระทำต่ำ และมีอุปสรรคมากในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ แนวโน้มในการกระทำก็จะไม่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน หากบุคคลมีความพร้อมในการกระทำสูง และมีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมน้อย ความเป็นไปได้ในการกระทำก็จะสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดอุปสรรคหรือข้อจำกัดของผู้ป่วยลง และส่งเสริมพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว และการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยใช้หลายวิธีร่วมกันนอกเหนือไปจากการให้ความรู้ตามปกติ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาคณะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้สนับสนุนให้มีการจัดฝึกอบรมการเขียนรายงานการวิจัย และโรงพยาบาลวังน้ำเขียวที่สนับสนุนงบประมาณโครงการวิจัย



References

1. Pangjunan T, Pumtuwet N, World Hypertension Day 2015 Fact sheet. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2015.
2. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2014. Bangkok : The War Veterans Organization of Thailand; 2014.
3. Wang Num Khiao Hospital. Annual Report 2014; 2014.
4. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Guideline health education for self control Hypertension. Bangkok : The War Veterans Organization of Thailand; 2012.
5. Becker M H. A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Incom Populations. American Journal of Public Health 1974; 64(3): 206.
6. Sukprunprom S, Factors Related to Health Promotion Behavior of Hypertension Patients in Amphawa District, Samut Song Khram Province.[Master of Science Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2008.
7. Pattarapornpirot S, Self-caring Behaviors of Hypertension Patients in kraburi District, Ranong Province. [Master of Science Thesis]. Phetchaburi: Phetchaburi Rajabhat University; 2012.
8. Srisaard B, Basic Research. 2nd ed. Bangkok : Suviriyasarn ; 1995.
9. Glanarong N, An Application of Health Belief Model and Participatory Learning for Hypertension Prevention among Risk Groups at Nong Hong District in Buri Rum Province. [Master of public health Thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2010.
10. Prakhong Krunsut. Statistic Research Calculation With Application Software. 3rd ed. Bangkok : Chulalongkorn University; 1996.
11. Wongputtakham S, Effect of Self-management on Health Behaviors and Blood Pressure Hypertensive Patients.[Master of Nursing Science Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008.
12. Pittayapong S, Health Status Perception and Self Caring of Food Consumption and Health of Hypertension Patients. [Master of Science Independent Study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008.
13. Muneegorn S, and Cheunjet P, Health Beliefs and Self-care Behaviors of Tuberculosis Patients Clinic in Maelao Hospital. Lanna Public Health Journal 2012; 10: 130-141.
14. Peamnoom C,Self Care Behaviors Among Hypertensive Patients of Sub-District Khao Kitcha Kood, Chanthabuir Province. [Master of Science Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2007.
15. Wongpalee S, Health Behaviors Among Controlled and Uncontrolled Hypertensive Patient at Maetang Hospital, Chiang Mai Province. [Independent Study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007.



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ระดับของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน (n = 220)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D	ระดับคะแนน
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	107.55	6.72	ระดับสูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	27.44	2.10	ระดับสูง
การรับรู้ความรุนแรง	35.74	3.31	ระดับสูง
การรับรู้ประโยชน์	28.60	2.10	ระดับสูง
การรับรู้อุปสรรค	15.77	4.50	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 220)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	$\bar{x}$	S.D	ระดับคะแนน
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยรวม	58.93	5.95	เหมาะสมปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักตัว	18.53	3.13	เหมาะสมปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา	19.48	2.68	เหมาะสมมาก
พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	12.52	3.49	เหมาะสมปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด	10.46	1.64	เหมาะสมมาก
พฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	4.92	1.14	เหมาะสมมาก
พฤติกรรมสุขภาพด้านการมาตรวจตามนัด	5.53	0.78	เหมาะสมมาก

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย	
	(r)	P-value
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	-.040	.558
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.099	.144
การรับรู้ความรุนแรง	.158*	.019
การรับรู้ประโยชน์	.193*	.004
การรับรู้อุปสรรค	-.308*	.000

* p< .05



Relationship between Health Belief Perception and Health Behaviors of Hypertension Patients in Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province.*

Nutchanard Udomyat M.Ed.**

Siranee Intaranongpai PhD***

Abstract

The purpose of descriptive study was to study the relationship between health belief perception and health behaviors of hypertension patients. A stratified random sampling technique was used to recruit 220 samples who were hypertension patients. The research instrument used in the research consisted of personal information, health belief perception questionnaire and health behavior of hypertension patient questionnaire. Descriptive statistic and pearson's product moment correlation coefficient were used for data analysis.

The result of this research founded that most sample had health belief perception in high level ($\bar{X}$ =107.55 ,S.D.=6.72) and health behaviors of hypertension patient was in moderate level ($\bar{X}$ =58.93, S.D.= 5.95). From the result of relationship reveal that 1) health belief perception was not associated with health behaviors of hypertension patient at level of .05 significantly. (r =-.04) 2) Perceived Susceptibility was not associated with health behaviors of hypertension patient. (r =.10) 3) Perceived Severity and Perceived Benefits were positive associated with health behaviors of hypertension patient at level of .05 significantly. (r =.16, .19) 4) Perceived Barriers was negative associated with health behaviors of hypertension patient at level of .05 significantly. (r =-.31)

In conclusion, health belief perception was not associated with health behaviors of hypertension patient. Findings of this study suggest that health care providers should encourage health belief perceptions and proper health behaviors with various methods.

Keywords: health belief perception, health behavior, hypertension

*This study was supported by Wang Nam Khiao hospital and supported training write the manuscript by Nurses Association of Thailand Northeastern Division.

**Registered Nurse Professional level, Wang Nam Khiao hospital.

***Associate Professor, Community Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahasarakham University.