

บทวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ในญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

PREVENTIVE BEHAVIOR RELATED TO KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF HYPERTENSION AMONG HYPERTENSIVE PATIENT'S RELATIVES

มลฤดี เพ็ชรลมูล*

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบ ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยไม่รู้ตัว ซึ่งข้อมูลทางสาธารณสุขพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษา ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอันเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในอนาคต

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในชุมชนเจริญลาภ 5 และพรธิดา 5 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวนตัวอย่าง 280 คน มีอายุ 18-59 ปี (Mean = 43.63; SD = 11.91) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็มในแต่ละด้าน ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .01 และ .05 ตามลำดับ) ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19$, p -value < .01) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงที่ระดับ .01 ($r = .19$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงที่ระดับ .001 ($r = .58$) ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้ อบรมส่งเสริมสมรรถนะให้ประชาชนอย่างต่อเนื่องเหมาะสม เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูง/ ความรู้/ การรับรู้/ พฤติกรรม/ ญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

Hypertension is a silent killer disease that individuals may not know they have. In Thailand, The Ministry of Health has found increasing evidence of hypertension through the years, increasing the numbers of close relatives at risk of developing the disease. I ,therefore, studied the preventive behavior related to knowledge and perception of hypertension among relatives of patients with hypertension.

The purpose of this correlational study was to examine the relation between knowledge, perception and preventive behavior related to hypertension among hypertensive patient's relatives who were living in Chereonlarb 5 and Pomthisam 5 communities of Thanyaburi District, Pathumthani province. The sample was 280 participants age from 18 to 59 years (Mean = 43.63; SD = 11.91). Data were elicited by questionnaires including the Personal Data Questionnaire, hypertensive Knowledge Test, hypertensive perception, and preventive behavior related to hypertension questionnaire. The result showed that the samples have more than 50 percent of the total score in a part of knowledge, perception, and preventive behavior related to hypertension score. Age and body mass index were correlated to nutrition behavior score and statistically significant (p -value < .01 and .05 respectively). The score of knowledge were correlated to score of preventive behavior related to hypertension and statistically significant ($r = .19$, p -value < .01). The score of perception correlated to preventive behavior related to hypertension at the significant level of .01 ($r = .19$) whereas perceived self efficacy score correlated to preventive behavior related to hypertension at the significant level of .001 ($r = .58$). The recommendation of this finding is to provide strategies to increase the knowledge, encouraged, promoted self efficacy for appropriate preventive behavior related to hypertension.

Keywords: Hypertension; Knowledge; Perception; Behavior; Hypertensive Patient's Relatives.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2013; WHO, 2014) พบว่าร้อยละ 12.8 หรือมากกว่า 7.5 ล้านของประชากรโลกตายจากสาเหตุความดันโลหิตสูง และประมาณ 57 ล้านมีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ซึ่งจากข้อมูลย้อนหลังขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 พบว่าประชากรที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จาก 600 ล้านคนเพิ่มเป็น 1 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งข้อมูลในปี ค.ศ. 2008 ยังระบุว่าประมาณร้อยละ 40 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มคนที่มีอายุน้อยตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน จากรายงานของ Anand Krishnan และคณะ (Krishnan, Garg, & Kahandaliyanage, 2013)

เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าร้อยละ 35 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชาชนร้อยละ 9.4 เสียชีวิตด้วยปัญหาความดันโลหิตสูง

สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2010) พบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2550 ด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,025.44 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,570.63 ต่อประชากรแสนคน และจำนวนอัตราการตายด้วยภาวะความดันโลหิตสูงจากปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 3.64 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 5.73 ต่อประชากรแสนคน และข้อมูลของจังหวัดปทุมธานี รายงานว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิต

สูงในปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 959.74 และเพิ่มเป็น 1,105.38 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2555 นอกจากนี้รายงานข้อมูลของจังหวัดปทุมธานียังระบุว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติในปี พ.ศ. 2555 ที่จะเป็นภาวะความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 532 ราย นอกจากนี้จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555) ระบุว่า ความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุในประชากรไทยตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 21.4 ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ชัดเจนว่าปัญหาสุขภาพจากความดันโลหิตสูง ยังคงไม่สิ้นสุด และพบได้ในกลุ่มคนที่อายุน้อย นอกจากนี้ยังส่งผลให้อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภัยเงียบหรือเป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถที่จะรู้หรือประเมินได้ด้วยตนเองว่าเป็นโรค จนกระทั่งมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555) ซึ่งระบุว่า ร้อยละ 50.3 ของประชากรตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปไม่ทราบมาก่อนว่าตนมีภาวะความดันโลหิตสูง โดยในปีงบประมาณ 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดงบประมาณเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนและป้องกันความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงสูงถึง 400 ร้อยกว่าล้านบาท ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดความผิดปกติต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เกิดปัญหาหัวใจขาดเลือด การทำงานของหัวใจล้มเหลว เกิดความพิการหลังจากมีปัญหาหลอดเลือดภายในสมองแตก หรือในระยะยาวเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย ทำให้เลือดไปเลี้ยงได้น้อยลง ก่อให้เกิดไตวายเรื้อรัง ตามัวหรือความสามารถในการมองเห็นลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพแย่มาก รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดัน

โลหิตสูงอีกจำนวนมาก (ไวยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โทธิศักดิ์, สิทธิชัย อาชามนตรี, และสุริพร คนละเอียด, 2555; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555; Krishnan, Garg, & Kahandaliyanage, 2013; Suzanne, Brenda, Janice, & Kerry, 2008; WHO, 2013)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เป็นโรคที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคนจากความเสื่อมของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นภาวะความดันโลหิตสูงหรือพันธุกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุปัจจัยที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือส่งเสริมที่จะทำให้เกิดหรือการดำเนินโรคเร็วขึ้น เช่นการบริโภคเกลือโซเดียมจำนวนมาก การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีกากใยน้อย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน การสูบบุหรี่ และความเครียด ซึ่งปัจจัยดังกล่าว สามารถควบคุมด้วยบุคคล หรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถชะลอการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ (นิตยา พันธุเวทย์, และ อิตาร์ตัน อภิญา, 2554; Oparil, Zaman, & Calhoun, 2003; Suzanne, Brenda, Janice, & Kerry, 2008; WHO, 2013)

จากรายงานการพยากรณ์ภาวะความดันโลหิตสูง ของสำนักโรคไม่ติดต่อในการสำรวจพฤติกรรมของประชากรอายุ 15-74 ปี ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประชากรร้อยละ 43 ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 33.8 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.7 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2012) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุธีรา ฮุ่นตระกูล และ วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ (2555) ในชุมชนเขตบางกอกน้อย พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้ามีร้อยละ 61.3 รับประทานอาหารเช้าไขมันสูงร้อยละ 18.53 มีพฤติกรรมขาดการ

ออกกำลังกายมากถึงร้อยละ 96.30 และในกลุ่มตัวอย่างยังมีโรคอ้วนและดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 51.85 ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าประชากรไทยส่วนใหญ่แล้วยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงได้

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ระบุว่า การรับรู้ของบุคคล สิ่งชักนำหรือสิ่งจูงใจมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการป้องกันความดันโลหิตสูงในคนอังกฤษพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง (Newell, Modeste, Marshak, & Wilson, 2009) และการศึกษาของ Beverley Lawson และคณะ (Lawson, Aarsen, Latter, Putnam, Natarajan, & Burge, 2011) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ การรับประทานอาหารที่มีกากใย และการควบคุมหรือจัดการกับความเครียดสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การศึกษาของ มายาซิน สามาะ (2552) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดปัตตานี พบว่าความเชื่อสุขภาพด้านแรงจูงใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการศึกษาของมุกดา สอนประเทศ (ม.ป.ป) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การศึกษาของพัชรวัลย์ ลอมแปลง และคณะ (พัชรวัลย์ ลอมแปลง, นงนุช โอปะะ, และชมนาดา วรณพรศิริ, 2554) พบว่า บุคลิกภาพ เศรษฐกิจของครอบครัว

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อหรือการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตของบุคคล และมีผลต่อระดับความดันโลหิตของบุคคลเช่นกัน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อหรือการรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ในญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลที่สำคัญมาพัฒนาแนวทางในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559) ตามยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพพระบวว่า มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการควบคุมโรค การคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้คนไทยแข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ และปัญญา การใช้จ่ายงบประมาณประเทศในการรักษาโรค หรือภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ในญาติผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาต การเก็บข้อมูลจากสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย เอกสารรับรอง เลขที่ SN 2556/16

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพรธิสาร 5 และเจริญลาภ 5 ตำบลลำผักกูด อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อายุ 18-59 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างคือญาติของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

กำหนดขนาดตัวอย่างการวิจัยโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane, 1967 cited in Glenn, 1992) ระดับความเชื่อมั่น 95% และใช้จำนวนครัวเรือนในชุมชนแทนค่าในสูตร โดยการศึกษาครั้งนี้มีขนาดตัวอย่างจำนวน 280 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรับประทานยา ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความหมาย อาการ ภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง โดยคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ (จำนวน 15 ข้อ) ส่วนที่ 3 การรับรู้ ประกอบด้วย 6 ส่วนย่อย คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้สิ่งจูงใจ โดยคำตอบเป็นแบบ

ประเมินค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนนคือเห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 6) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยคำตอบเป็นแบบ visual analog scale คะแนน 1 ไม่มี ความเชื่อมั่น ถึง 10 มีความเชื่อมั่นมาก และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง อันประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

เครื่องมือในการวิจัยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ภายใต้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบความเที่ยงโดยนำมาศึกษาแก่นักเรียนพยาบาลจำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronhbach' s alpha coefficient) ของแบบสอบถามด้านความรู้ 15 ข้อ ได้ค่า 0.87 ด้านการรับรู้ 30 ข้อ ได้ค่า 0.90 ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 10 ข้อ ได้ค่า 0.85 ด้านพฤติกรรม 16 ข้อ ได้ค่า 0.66 ทั้งฉบับได้ค่า 0.80

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ - 16 มีนาคม 2557 และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติบรรยาย แสดงค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ (กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 แบบไม่มีทิศทาง) ภายหลังผ่านการทดสอบผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นของมอลโรปี ค.ศ. 2001

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยได้ผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 280 คน ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างเพศชาย จำนวน 103 คน (ร้อยละ 36.80) ประชากรหญิง จำนวน 177 คน (ร้อยละ 63.20) อายุระหว่าง 18-59 ปี อายุเฉลี่ย 43.63 ปี (SD = 11.91) ร้อยละ 57.10 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติคือ 18-24.9 kg/m² รองลงมา >24.9 kg/m² ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.10 รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 22.80 ร้อยละ 34.90 มีอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว รองลงมาเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 27.90 โดยเกือบกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างหรือคิดเป็นร้อยละ 47.90 มีรายได้น้อยกว่า 5,000

บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีการรับประทานยาประจำ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.60 และ 74.50 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความรู้โดยรวมเฉลี่ย 10.25 คะแนน (SD = 3.82) การรับรู้ (5 ด้าน) เฉลี่ย 105.76 คะแนน (SD = 13.33) การรับรู้สมรรถนะแห่งการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 65.09 คะแนน (SD = 18.10) และ พฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 42.72 คะแนน โดยคะแนนแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50 ของคะแนนเต็มในแต่ละด้าน (SD = 5.75) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรู้ การรับรู้ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง (N=280)

| ส่วนประกอบการประเมิน | ระดับคะแนนจริง | คะแนนที่ได้จริง | Mean \pm SD |
|--|----------------|-----------------|--------------------|
| ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง | | | |
| - ความหมาย อาการภาวะแทรกซ้อน (4 ข้อ) | 0-4 | 0-4 | 2.41 \pm 1.38 |
| - ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (11 ข้อ) | 0-11 | 0-11 | 7.91 \pm 2.88 |
| ความรู้โดยรวม (15 ข้อ) | 0-15 | 0-15 | 10.25 \pm 3.82 |
| การรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง | | | |
| - การรับรู้โอกาสเสี่ยง (4 ข้อ) | 4-20 | 4-20 | 12.09 \pm 4.33 |
| - การรับรู้ความรุนแรง (4 ข้อ) | 4-20 | 4-20 | 13.77 \pm 4.53 |
| - การรับรู้ประโยชน์ (4 ข้อ) | 8-40 | 8-40 | 32.90 \pm 6.32 |
| - การรับรู้อุปสรรค (9 ข้อ) | 9-45 | 9-45 | 26.52 \pm 8.43 |
| - การรับรู้สิ่งจูงใจ (5 ข้อ) | 5-25 | 5-25 | 20.22 \pm 4.00 |
| การรับรู้โดยรวม 5 ด้าน (30 ข้อ) | 30-150 | 64-146 | 105.76 \pm 13.33 |
| การรับรู้สมรรถนะของการปฏิบัติพฤติกรรม (10 ข้อ) | 10-100 | 17-100 | 65.09 \pm 18.10 |
| พฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง | | | |
| - พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (9 ข้อ) | 9-45 | 13-34 | 23.74 \pm 3.73 |
| - พฤติกรรมการออกกำลังกาย (3 ข้อ) | 3-12 | 3-12 | 7.11 \pm 2.51 |
| - พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (4 ข้อ) | 4-16 | 5-16 | 11.92 \pm 1.98 |
| พฤติกรรมโดยรวม (16 ข้อ) | 16-64 | 23-58 | 42.72 \pm 5.75 |

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรออกกำลังกาย พฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมที่ระดับ .01 และสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ระดับ .001 ($r = .18; .19$ และ $.22$ ตามลำดับ)

ตัวแปรด้านการรับรู้ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ระดับ .001 ($r = .32$) สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมที่ระดับ .01 ($r = .19$) โดยที่การรับรู้ความรุนแรงสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร พฤติกรรมกรออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมที่ระดับ .01 ($r = -.19; -.20$ และ $-.20$ ตามลำดับ) การรับรู้

ประโยชน์สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ระดับ .001 ($r = .26$) การรับรู้อุปสรรคสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรับประทานอาหารที่ระดับ .001 ($r = .26$) สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรออกกำลังกายที่ระดับ .01 ($r = .20$) สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ระดับ .05 ($r = .15$) และสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมที่ระดับ .001 ($r = .31$) การรับรู้สิ่งจูงใจสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ระดับ .001 ($r = .33$) สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมที่ระดับ .01 ($r = .20$) และการรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรออกกำลังกาย สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมที่ระดับ .001 ($r = .47; .43; .21$ และ $.58$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง (N=280)

| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง | พฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง | | | |
|---|--------------------------------------|----------------|---------------------------|------------------|
| | การรับประทานอาหาร | การออกกำลังกาย | การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง | พฤติกรรมกรโดยรวม |
| ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง (โดยรวม) | .03 | .18** | .22*** | .19** |
| - ความหมาย อาการ ภาวะแทรกซ้อน | -.03 | .07 | .13* | .05 |
| - ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง | .07 | .20** | .21*** | .19** |
| การรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง (โดยรวม 5 ด้าน) | .06 | .05 | .32*** | .18** |
| - การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง | -.05 | -.06 | -.05 | -.09 |
| - การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง | -.19** | -.20** | .06 | -.20** |
| - การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง | -.06 | -.01 | .26*** | .06 |
| - การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง | .26*** | .20** | .15* | .31*** |
| - การรับรู้สิ่งจูงใจของการปฏิบัติพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง | .06 | .08 | .33*** | .20** |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมกรป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง | .47*** | .43*** | .21*** | .58*** |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

นอกจากนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่า อายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ($r = .19$; และ $.16$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 66.2 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมาย ร้อยละ 57.2 รู้ว่าระดับความดันโลหิตปกติต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (ร้อยละ 12.6 ตอบไม่ใช่ และร้อยละ 30.2 ตอบไม่ทราบ) และเพียงร้อยละ 46.4 ที่รู้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งข้อมูลนี้น่าจะทำให้ประชาชนไม่ได้ใส่ใจหรือดูแลสุขภาพเท่าที่ควรเนื่องจากต้องรอให้มีอาการจึงคิดว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ร้อยละ 67.6 รู้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย ไตวาย และหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา สอนประเทศ (ม.ป.ป) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ หลอดเลือด สมอง ตา ไต และส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 55.2 รู้ว่าความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งเกิดจากกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 29.6 ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 15.2 ตอบไม่ทราบ) ร้อยละ 70-80 รู้ว่าความเครียด คนอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารรสเค็ม การใส่ผงชูรส อาหารไขมันสูงอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 70.8 รู้ว่าการออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ เดินเร็ว วันละ 30 นาที ทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยประมาณ ร้อยละ 60 รู้ว่าไม่ควรรับประทานอาหารน้ำปลาเกินวันละ

4-5 ช้อนชา ไม่ควรรับประทานเกลือแกงวันละ 1 ช้อนชา (ประมาณร้อยละ 15 ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 25 ตอบไม่ทราบ) และประมาณร้อยละ 80 รู้ว่า การรับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใย ช่วยป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงพบว่า ร้อยละ 25-30 เห็นด้วยว่าตนเองมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งพฤติกรรมประจำวัน ครอบครัวยังมีสิ่งแวดล้อม สังคม ทำให้ตนเองมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น ด้านการรับรู้ความรุนแรงพบว่าร้อยละ 25-30 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ถ้าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงแล้วจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต และร้อยละ 38.3 และร้อยละ 30.7 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2552) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีพ่อแม่เป็นความดันโลหิตสูง และคิดว่าพฤติกรรมที่ไม่ออกกำลังกายของตนเอง การชอบรับประทานอาหารเค็มมีผลทำให้ตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 30-40 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การไม่กินเค็ม การจำกัดเกลือ การรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีไขมันน้อย การควบคุมน้ำหนัก เป็นผลดีต่อสุขภาพและช่วยป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ด้านการรับรู้สิ่งจูงใจพบว่าร้อยละ 30-40 เห็นด้วยและเห็นด้วย

อย่างยิ่งว่า บุคคลในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุน กระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย ส่วนงานการไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ มีส่วนช่วยทำให้ตนรักษาสุขภาพ ตลอดจนหากมีบุคคลในครอบครัวหรือคนรู้จักมีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้สนใจข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง และจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อทำให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2552) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 มีการรับรู้ว่าอาหารจะไม่อร่อย หรือรับประทานได้น้อยลงถ้าไม่ปรุงรสด้วยน้ำปลาหรือเกลือ จำเป็นต้องใส่ผงชูรส ผงปรุงรส หรือน้ำปลา เพื่อให้อาหารมีรสชาติดี และร้อยละ 22.4 เห็นด้วยว่าตนเองไม่สามารถควบคุม หรือจำกัดเกลือได้ ร้อยละ 26.5 เห็นด้วยว่าต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานทำให้ไม่สามารถจัดอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยรับประทานน้ำบูดูเป็นส่วนผสมของอาหารในแต่ละมื้อโดยให้เหตุผลว่าจะรับประทานได้น้อยลงถ้าไม่ได้รับประทานน้ำบูดูในมื้อนั้นๆ และส่วนหนึ่งของผู้ป่วยเห็นว่ารับประทานแกงกะทิไม่ได้ทำให้ตนเองอ้วน

และด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 23.4 เชื่อมั่นว่าตนเองจะไม่กินเค็ม ไม่เติมน้ำปลา และผงชูรสในอาหาร ร้อยละ 19.1 เชื่อมั่นว่าตนเองจะไม่กินอาหารรสจัด เค็ม ในทุกๆ มื้อ และมากกว่าร้อยละ 50 เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถลดการกินอาหารมัน ทอด ขนมกรูบกรอบ หรืออาหารที่มีกะทิ โดยให้คะแนนมากกว่า 5 ใน 10

คะแนน ร้อยละ 23.9 ให้คะแนนความเชื่อมั่น 10 คะแนนเต็ม ว่าตนเองสามารถรับประทานผักและผลไม้ได้ทุกๆ มื้อ มากกว่าร้อยละ 50 เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถลด เลิก ดื่มกาแฟ แอลกอฮอล์ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายจนเหงื่อชุ่ม ชีพจรเต้นเร็ว โดยให้คะแนนมากกว่า 5 ใน 10 คะแนน มากถึงร้อยละ 25 ที่มีความเชื่อมั่นมากกว่าตนเองสามารถหาวิธีคลายเครียด ร้อยละ 48.4 เชื่อมั่นมากกว่าตนเองจะนอนพักผ่อนให้ได้อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน โดยให้คะแนนความเชื่อมั่นเต็ม 10 คะแนนเต็ม ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองมาก ที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพ อันทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ในพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่าร้อยละ 71.2 รับประทานอาหารกระป๋องหรืออาหารหมักดอง นานๆ ครั้งหรือ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ซึ่งร้อยละ 11.9 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมคือไม่รับประทานเลย ร้อยละ 60-70 รับประทานอาหารประเภทปลาเค็ม ปลา ร้า ไตปลา กะปิ กุนเชียง แหนม หมูยอ เบคอน นานๆ ครั้ง โดยมากถึงร้อยละ 26 รับประทานบ่อยครั้งหรือ สัปดาห์ละ 3-5 วัน นอกจากนั้นร้อยละ 28.7 เติมน้ำปลา ซอสสำหรับเหยาะหรือจิ้มในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วบ่อยครั้ง (ร้อยละ 14.3 ปฏิบัติทุกวัน) ร้อยละ 17.9 ใส่ผงชูรส ผงปรุงรส และซูปก้อนในอาหารทุกวัน (ร้อยละ 39.1 ใส่บ่อยครั้ง) ซึ่งที่มีเพียงร้อยละ 6.5 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องโดยไม่เคยใส่ผงชูรส ผงปรุงรส หรือซูปก้อนในอาหารเลย ร้อยละ 37.6 รับประทานอาหารที่มีกะทิหรือของทอดบ่อยครั้ง ร้อยละ 52 รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หนังไก่ทอด หมูสามชั้น อาหารที่มีคลอเลสเตอรอลสูง เช่นไข่แดง เครื่องในสัตว์ หอยนางรม ปลาหมึก นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 34.1 ปฏิบัติบ่อยครั้ง) มีความ

คล้ายคลึงกับการศึกษาของสุธี ฮุ่นตระกูล และวิไลพรธณ สมบุญตนนท์ (2555) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ถ้าอาหารไม่เค็มจะรับประทานได้น้อย ไม่อร่อย และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ยังให้เหตุผลว่าชอบขนมที่ใส่กะทิ ของมันๆ ของทอด เพราะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตต้องซื้อมาสัปดาห์มารับประทาน

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายพบว่า ร้อยละ 13.6 ไม่เคยออกกำลังกายโดยการทํากายบริหาร เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ เต้นแอโรบิก (ร้อยละ 44.3 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง) โดยมีเพียงร้อยละ 12.5 ที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 18.8 ไม่เคยออกกำลังกายจนรู้สึกว่ายเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธี ฮุ่นตระกูล และวิไลพรธณ สมบุญตนนท์ (2555) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างชุมชนบางกอกน้อย ร้อยละ 96.30 ไม่เคยออกกำลังกาย และแม้ว่าจะมีการจัดโครงการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ยังพบว่าการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาและเข้าใจว่าการออกกำลังกายเป็นการเล่นกีฬา นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อของประชาชนในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย โดยมากเพียงแต่นั่ง ขยับตัวไปมาเล็กน้อย (Promthet et al., 2001)

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พบว่า ร้อยละ 35.5 มีพฤติกรรมการรับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใยทุกวันซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 18.1 ไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มกาแฟ น้ำอัดลม เบียร์ สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในขณะที่ร้อยละ 16.2 ปฏิบัติพฤติกรรมทุกวัน ร้อยละ 45.4 มีการนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 25.4 หาวีธีผ่อนคลาย พักผ่อนหย่อนใจ เพื่อคลายเครียด

หรือเมื่อมีความกังวลใจเป็นประจำ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม แม้ว่าจะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจะค่อนข้างเหมาะสมก็ตาม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะมีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมาได้ในอนาคต

4. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า อายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับดัชนีมวลกาย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย การเผาผลาญ เมื่ออายุมากขึ้น อันเป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้เมื่อสูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญภรณ์ ลาลุน และคณะ (ปริญญภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัชฌิมางกูร และ อนันต์ มาลารัตน์, 2554) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และมีความสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สำหรับตัวแปรด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของมะยาชิน สาเมาะ (2552) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สิ่งจูงใจมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวม นอกจากนี้พบว่าการรับรู้ประโยชน์ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอันทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาชิน

สามา (2552) และ Angalina Alphonse Joho (2012) ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนสุขภาพที่ว่า การที่บุคคลรับรู้ผลที่เกิดขึ้นกับปัญหาสุขภาพ บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และกิจกรรมใดที่เกิดผลประโยชน์ต่อสุขภาพ บุคคลจะทำพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยไม่เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการกระทำ โดยหากบุคคลได้รับการส่งเสริมกระตุ้นที่ดี ก็จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanya Robison (2012) เกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของชาวอเมริกัน พบว่า การรับรู้อุปสรรค อายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมหรือการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สำหรับผลการศึกษาวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเป็นผู้มีสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และเชื่อว่าตนเองมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อันไม่ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของมะยาชิน สามา (2552) ที่ว่าบุคคลที่ไม่มีโรค ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในประเด็นที่ญาติผู้ป่วยยังขาดความรู้หรือมีความรู้น้อย มาจัดทำโครงการ เช่น จะทราบได้อย่างไรว่าท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่ ตระหนักระวังภัยเงียบจากภาวะความดันโลหิตสูง

2. ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชน ให้มีความยั่งยืน ตลอดจนการจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ที่ตระหนักหรือรับรู้สมรรถนะของตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเข้ามาร่วมกิจกรรมการปฏิบัติอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

จัดโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ วัฒนธรรมของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์จันทน์ปทุมธานี ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย ตลอดจน ผศ.ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส ผศ.รท.หญิง อัญชลี เชี่ยวโสธร ดุวอลล์ และ นาวาอากาศโทหญิงบุญยอร์ ทิมภิญญา ที่กรุณาเสนอแนะ ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- นิตยา พันธุเวทย์, และจิตารัตน์ อภิญญา. (2554). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2554*. กลุ่มพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ปฐญาภรณ์, ลาลูน, นภาพร มัชฌิมางกูร, และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

- Journal of Medicine and Health Sciences Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University, 18(3), 160-169.*
- พัชรวัลย์ ลอมแปลง, นงนุช โอบะ, และชมนาดา วรณพรศิริ. (2554). ปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยในจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(2), 12-22.*
- มายาชิน สามะ. (2552). ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 20(1), 53-66.*
- มุกดา สอนประเทศ. (ม.ป.ป.). *ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยกัวหว้า ตำบลกุดคู่ อำเภอนนทบุรี จังหวัดหนองบัวลำภู.* Retrieved January 28, 2014, from <http://203.157.71.148/Information/center/research-55/Mukda.pdf>
- ไวยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สิทธิชัย อาชามนตรี, และ สุวีพร คนละเอียด. (2555). *คู่มือการจัดการความรู้ เพื่อจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง.* สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2555). *รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง.* สำนักโรคไม่ติดต่อ, Retrieved January 28, 2014, from http://www.interfetphtailand.net/forecast/files/.../report_2012_11_no01.pdf
- สุธี ชื่นตระกูล, และวิไลพรรณ สมบุญตนนท์. (2555). การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน. *วารสารพยาบาลทหารบก, 13(3), 38-46.*
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2010). *ข้อมูลและสถิติ.* Retrieved January 27, 2014, from <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php?pn=1>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 4 การบริหารงบประมาณควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.* ศรีเมืองการพิมพ์.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Person Health Behavior.* United States, New Jersey: Charles B. Slack.
- Angelina, A. J. (2012). *Factor effecting treatment compliance among hypertension patient in three districts hospital Dar es Salaam.* Dissertation of Muhimbili University of Health and Allied science.
- Glenn, D. I. (1992). *Determining Sample Size.* Fact Sheet PEOD-6, Florida

- Cooperative Extension Service.
University of Florida.
- Krishnan, A., Garg, R., & Kahandaliyanage, A. (2013). Hypertension in South East Asia Region: an overview. *Regional Health Forum*, 17(1), 7-14.
- Lawson, B., Aarsen, K. V., Latter, C., Putnam, W., Natarajan, N., & Burge, F. (2011). Self-Reported Health Beliefs, Lifestyle and Health Behaviours in Community-Based Patients with Diabetes and Hypertension. *Canadian Journal of Diabetes*, 35(5), 490-496.
- Newell, M., Modeste, N., Marshak, H. H., & Wilson, C. (2009). Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. *Ethnicity and Disease*, 19, 35-41.
- Oparil, S., Zaman, M. A., & Calhoun, D. A. (2003). Pathogenesis of hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 139(9), 761-776.
- Promthet, S., Saranritthichai, K., Kamsa-ard, S., Senarak, W., Vatanasapt, P., & et al. (2011). Situation Analysis of Risk factors related to non-communicable disease in Khon Kaen province, Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1337-1340.
- Suzanne, C. S., Brenda, G. B., Janice, L. H., & Kerry, H. C. (2008). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* volume 2 (11th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tanya, R. (2012). *Hypertension belief and behavior of African American in Selected Cleveland Public Housing*. A dissertation submitted to the Kent State University College of Education, Health, and Human Services in partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension*. Retrieved January 27, 2014, from <http://www.who.int>
- World Health Organization. (2014). *Raised blood pressure*. Retrieved January 27, 2014, from http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/