ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ปวิตรา จริยสกุลวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ปวิตรา จริยสกุลวงศ์

นางสาวปวิตรา จริยสกุลวงศ์
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชชุดา เจริญกิจการ,
ปร.ด. (การพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ศรินรัตน์ ศรีประสงค์,
ปร.ด. (การพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์วีรนุช รอบสันติสุข,
พบ., วว.อายุรศาสตร์ทั่วไป, วว. อายุรศาสตร์
ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,
พย.ด.
รักษาการแทนประธานคณะกรรมการบริหาร
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2556

ปวิตรา จริยสกุลวงศ์

นางสาวปวิตรา จริยสกุลวงศ์
ผู้วิจัย

นรลักขณ์ เอื้อกิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นรลักขณ์ เอื้อกิจ,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

จงจิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จงจิต เสน่หา,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วิชชุดา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชชุดา เจริญกิจการ,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ฟองคำ

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวีรนุช รอบสันติสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ แก้ไขข้อบกพร่อง และให้กำลังใจเสมอมา รวมถึงขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงจิต เสน่หา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ตรวจสอบ แก้ไขให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุทธ ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ฉบับแปลเป็นภาษาไทย และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อนุญาตให้ปรับใช้แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลของ ธิดารัตน์ ทรายทอง ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อประกอบการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการติดต่อประสานงานต่างๆ อย่างดียิ่ง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้

ขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้หลายๆ ด้านแก่ผู้วิจัย รวมถึงเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทรหัส 53 ที่คอยช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพ่อนิพนธ์ - แม่สุพัฒน์ จริยสกุลวงศ์ ผู้ให้กำเนิด ให้กำลังใจและสนับสนุนการศึกษาทุกด้านอย่างเต็มกำลังเสมอมา อาม่า ญาติ และเพื่อนๆที่รักซึ่งให้กำลังใจมาโดยตลอด รวมถึงทุกท่านที่มิได้เอ่ยนาม และมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์และผู้เกี่ยวข้อง ไว้ ณ ที่นี้

Copyright by Mahidol University

ปวิตรา จริยสกุลวงศ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

FACTORS INFLUENCING ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN YOUNG ADULTS WITH HYPERTENSION

ปวิตรา จริยสกุลวงศ์5337311 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิชชุดา เจริญกิจการ,ปร.ด. (การพยาบาล),วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ปร.ด. (การพยาบาล), วีรนุช รอบสันติสุข, พบ., วว.อายุรศาสตร์ทั่วไป, วว. อายุรศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 20 – 40 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก และสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช โรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 78 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ 4) แบบวัดการรับรู้อุปสรรค และ 5) แบบวัดอิทธิพลระหว่างบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.48, SD = 0.29) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .228, p < .01) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 2 ปัจจัย ได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .338, p < .01) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .309, p < .01) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ควรได้รับการกระตุ้นให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เห็นความสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่เริ่มแรก และควรมีการส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคคลากรทางสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ให้กำลังใจ เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครบทุกด้านอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความดันโลหิตสูง/ผู้ใหญ่ตอนต้น/ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ อิทธิพลระหว่างบุคคล

Copyright by Mahidol University

FACTORS INFLUENCING ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN YOUNG ADULTS WITH HYPERTENSION

PAWITRA JARIYASAKULWONG 5337311 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VISHUDA CHAROENKITKARN, Ph.D.(NURSING), WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING), WERANUJ ROUBSANTHISUK, M.D., SARINRUT SRIPRASONG, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study was predictive correlational research which aimed at investigating factors influencing health promoting behaviors in young adults with hypertension including perceived health status, perceived barriers to health promoting behavior, and interpersonal influences. The health promoting model of Pender was employed as the conceptual framework of the study. The study subject consisted of young adult patients aged between 20 and 40 years old who sought treatment at the hypertension clinic, outpatient department, and the Siriraj Primary Care Unit, Siriraj Hospital. The subjects were recruited by means of convenience sampling, totaling 78 young adults with hypertension. Data collection instruments consisted of five parts: 1) the demographic characteristics questionnaire, 2) the health promoting behaviors questionnaire, 3) the perceived health status scale, 4) the perceived barriers scale, and 5) the interpersonal influences scale. Data were analyzed by means of descriptive statistics and multiple regression analysis.

The study findings showed that the overall health promoting behaviors of the subjects were at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.48, SD = 0.29). When considering each aspect of health promoting behaviors, the mean scores of the health responsibility aspect, the nutrition aspect, the spiritual growth aspect, the interpersonal relations aspect, and the stress management aspect were at a moderate level, while the mean score of the physical activity aspect was at a low level.

Multiple regression analysis revealed that all of the independent variables could explain the variance of health promoting behaviors of young adults by 22.8% with statistical significance (R^2= 0.228, p <.01). There were two factors which had an influence on health promoting behaviors—interpersonal relationships (Beta = 0.338, p <.01)and perceived health status (Beta = 0.309, p <.01), respectively.

Based on the study findings, it is recommended that young adults with hypertension should receive care that enables them to develop appropriate perceived health status and recognize the significance of health promoting behaviors since the beginning of the diagnosis. Moreover, family members, friends, and healthcare team members should be encouraged to provide knowledge, moral support, and a role model so as to enable patients to adopt all aspects of health promoting behaviors.

KEY WORDS : HYPERTENSION/ YOUNG ADULTS/ HEALTH PROMOTING BEHAVIORS/ PERCEIVED HEALTH STATUS/ INTERPERSONAL INFLUENCES

181 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ง**
บทคัดย่อภาษาไทย	**จ**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**ฉ**
สารบัญตาราง	**ญ**
สารบัญรูปภาพ	**ฏ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	6
1.4 สมมติฐานการวิจัย	6
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
1.6 ขอบเขตการวิจัย	9
1.7 นิยามตัวแปร	9
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	**12**
2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	13
2.2 กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	33
2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	39
2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	45

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	**51**
3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
3.2 แหล่งเก็บข้อมูล	53
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	58
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	60
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	61
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิจัย	**63**
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	64
4.2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	71
4.3 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	72
4.4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	72
4.5ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	73
บทที่ 5 การอภิปรายผล	**75**
5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	75
5.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	78

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	86
5.4 อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	90
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	**96**
6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	96
6.2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	97
6.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	97
6.4 อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	97
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	**100**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	**118**
รายการอ้างอิง	**136**
ภาคผนวก	**151**
ประวัติผู้วิจัย	**181**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
2.1	การจำแนกความรุนแรงของระดับความดันโลหิตสำหรับการวินิจฉัยโรคในครั้งแรกในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)	14
2.2	โรคและพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุ รวมถึงการถ่ายทอดและลักษณะทางคลินิก(Veronica, David, & Suzanne, 2007)	17
2.3	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าและแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)	31
3.1	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม	60
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล(n = 78)	64
4.2	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วยและสุขภาพ (n = 78)	68
4.3	ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายด้าน และโดยรวม (n = 78)	71
4.4	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	72
4.5	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	73
4.6	ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	74

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
ค 1	ค่าต่ำสุด-สูงสุด(Min - Max) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 78)	160
ค 2	ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง(n = 78)	163
ค 3	ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เรียงลำดับข้อตามคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด(n = 78)	164
ค 4	ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เรียงลำดับข้อตามคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดถึงน้อยที่สุด (n = 78)	165
ช 1	ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน	179

Copyright by Mahidol University

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	9
2.1	การให้ยาลดความดันโลหิตตามแนวปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรป (ESH) และสมาคมโรคหัวใจทวีปยุโรป (ESC)(Mansia et al., 2007)	32
2.2	แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ(2011)	38
ช 1	Histogram of residual	178
ช 2	Scatter plot ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	178
ช3	Normal probability plot ของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	180

Copyright by Mahidol University

บทที่1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชากรโลก โดยคาดการณ์แนวโน้มของการเพิ่มขึ้นว่าเมื่อถึงปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกถึงร้อยละ 60 หรือประมาณ 1,560 ล้านคน (Kearney et al., 2005) ถึงแม้ส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุ แต่แนวโน้มของการเกิดโรคเริ่มมีมากขึ้นในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยลง

หากพิจารณาจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 1988-1994, ค.ศ. 1999-2002 และ ค.ศ. 2003-2006 นั้น มีผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 20-44 ปี คิดเป็น ร้อยละ 38.3, 43.0 และ 45.1 ของประชากรทั้งประเทศ ตามลำดับ (National Center for Health Statistics, 2009) ประเทศไทยมีการสำรวจประชากรไทยช่วงอายุ 15 – 44 ปี ในพ.ศ. 2535 พบว่ามีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.9 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.4 ในปีพ.ศ. 2547 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2535, 2549)นอกจากนี้การเจ็บป่วยในกลุ่มคนวัยทำงาน ยังพบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 32.4 ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในวัยทำงาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และในขณะที่พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงอายุ 15- 44 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้วนั้น ยังพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีความดันโลหิตเกินเกณฑ์ปกติและไม่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552)

สถิติที่พบในช่วงอายุดังกล่าว ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 20- 40 ปี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีศักยภาพในการสร้างผลผลิตได้มากกว่าวัยอื่น การเจ็บป่วยของบุคคลในช่วงวัยนี้ จึงอาจส่งผลต่อการพัฒนาประเทศด้านเศรษฐกิจและสังคม ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาและคาดการณ์ว่า ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ซึ่งถือเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงสำหรับกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่า จาก 272.5 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี ค.ศ. 2010 เป็น 818.1 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี ค.ศ. 2030 และพบว่าโรคที่ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากที่สุดในกลุ่มนี้ คือโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้มีการศึกษาค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการสูญเสียทางด้านการผลิต เช่น การขาดงานจากการเจ็บป่วย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายมากที่สุดเช่นกัน (Heidenreich et al., 2011)

Copyright by Mahidol University

ทั้งนี้ในต่างประเทศพบรายงานว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่ตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 67.9 ได้เข้ารับการรักษา ในจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษานี้มีร้อยละ 55.9 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (American heart association, 2010)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ทำลายหัวใจ และหลอดเลือดหัวใจ เกิดโรคของหลอดเลือดสมอง ทำลายไต สูญเสียการมองเห็น เกิดโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (American heart association, 2010) ภาวะแทรกซ้อนนี้ส่งผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยนี้ โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงนับเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ประเทศมีการพัฒนา และลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับประเทศได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากด้านพันธุกรรมแล้ว ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากสภาพสังคม ค่านิยมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีที่ทันสมัย ความสะดวกสบายที่เพิ่มขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง โดยเฉพาะในเมืองหลวงผู้ที่ต้องทำงานจะมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ เวลาที่มีอย่างจำกัด ทำให้การบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ เลือกรับประทานอาหารจานด่วนหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีเกลือโซเดียมปนมาในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้อาหารจานด่วนที่มีไขมันสูง ยังส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Grossman & Messerli, 2008)การสูบบุหรี่ (Niskanen et al., 2004)ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจและความรับผิดชอบต่อครอบครัว ต้องใช้ชีวิตกับการทำงาน ทำให้เวลาพักผ่อนน้อยหรือเกิดภาวะเครียดจากการทำงานและสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ทั้งสิ้น(Holroyd & Gorkin, 1983; Kim, 2006)

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิต และการออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่นไม่ออกกำลังกาย ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หยุดยาเองเมื่อความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนไม่ควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสม (Messerli, Williams, & Ritz, 2007; Ogedegbe, 2008; Rose, Berlowitz, Orner, & Kressin, 2007)บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญคือ การทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้อยู่ได้อย่างเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามพัฒนาการของวัย

Copyright by Mahidol University

ความดันโลหิตสูงมักไม่ปรากฏอาการ หรือที่เรียกว่าเป็น “เพชรฆาตเงียบ” (Campbell, Petrella, & Kaczorowski, 2006; Moore, 2005)ประกอบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีความแข็งแรงและสมบูรณ์เต็มที่ ยิ่งทำให้โอกาสเกิดอาการแสดงของโรคน้อยลง จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งการร่วมมือในการรักษาได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง อาจไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัด ต่างกับวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุซึ่งมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า ดังเช่นในการศึกษาของนลินี มิ่งมณี (2549) พบว่าผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอธิบายว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงที่ร่างกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์เต็มที่ ทำให้ไม่คำนึงถึงผลของการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งต่างจากวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่ร่างกายเริ่มเกิดความเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อ และข้อต่อทั้งหลาย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง จึงทำให้วัยผู้ใหญ่ตอนกลางต้องกลับมาให้ความสำคัญกับการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและด้วยบริบทของสังคมวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังเป็นวัยที่กำลังแสวงหาความสำเร็จในชีวิต เริ่มมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น เวลา และหน้าที่การทำงานอาจเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจึงต้องคำนึงถึงลักษณะของโรค และบริบทของผู้ป่วยในช่วงวัยนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) กล่าวถึงการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นแบบแผนของการดำเนินชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล และอารมณ์การรู้คิดที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender, et al., 2011) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะที่เป็นโรค โดยถ้ามีการรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ผู้ป่วยน่าจะมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดี(Alligood&Tomey, 2010; Pender, et al., 2011)ซึ่งหากพิจารณาจากพยาธิสรีรภาพของร่างกายตามวัย ถือเป็นวัยที่ยังไม่น่าจะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยอุบัติการณ์ที่พบเริ่มต่างไปจากความเข้าใจเดิมๆ ที่คิดว่าเป็นโรคที่เกิดเฉพาะในคนสูงอายุเท่านั้น ดังนั้นการ

Copyright by Mahidol University

เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่เป็นไปตามช่วงวัยปกติ อาจมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงเพศชายชาวแอฟริกัน-อเมริกัน อายุ 19-49 ปี (Jackson, 2011)และการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงในประเทศจีน (Li & Zhang, 2013) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นความดันโลหิตสูง มีเพียงการศึกษาในกลุ่มที่ใกล้เคียง เช่น การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ซึ่งไม่ได้มีการแบ่งช่วงอายุของผู้ป่วยและพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และวัยสูงอายุ

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่เป็นผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Hong, Sermsri, & Keiwkarnka, 2007; Larouche, 1998)ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจึงน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งสุขภาพของของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)เป็นการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางของการกระทำ หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความยุ่งยาก การไม่เห็นความจำเป็นของการมาตรวจรักษา ไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(Alligood&Tomey, 2010; Pender, et al., 2011) วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยทำงาน จึงอาจมีอุปสรรคมากมายเกิดขึ้น เช่น การไม่สามารถลางานได้เนื่องจากอาจมีผลกระทบต่องาน (Rose, Kim, Dennison, & Hill, 2000)การตรวจที่ใช้เวลานาน ค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น อาจทำให้รับรู้ว่ามีอุปสรรคมากมายจึงเลือกที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่เป็นกลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วยพบว่าการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของวาสนา ครุฑเมือง (2547) และการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น เช่น การศึกษาพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ของปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2550) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อาจขึ้นอยู่กับการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) หมายถึง ความเชื่อหรือพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการรู้คิดของผู้ป่วย ทำให้อาจหลีกเลี่ยงหรือสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Alligood&Tomey, 2010; Pender, et al., 2011) ส่วนใหญ่การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะเป็นการศึกษาในผู้ที่ยังมีสุขภาพดี แต่บริบทของผู้ป่วยอาจมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่เจ็บป่วย ในลักษณะของการไม่มีอาการแสดงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจน ทำให้การรู้คิดอาจไม่แตกต่างจากผู้ที่มีสุขภาพดีมากนัก เช่น ในการศึกษาของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่พบว่าอิทธิพลของครอบครัวอยู่ในระดับสูงและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษา ของปริมประภา ก้อนแก้ว จรรจา สันตยากรปกรณ์ ประจันบาน และวิโรจน์ วรรณภิระ (2554) ที่พบว่าอิทธิพลของครอบครัวและเพื่อนร่วมงานมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยที่ปัจจัยอิทธิพลระหว่าบุคคลสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปานจิต นามพลกรัง (2547) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาจำเพาะในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่การศึกษาที่พบในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นมักพบในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ได้มีโรคประจำตัว ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือแม้แต่โรคเรื้อรังอื่นๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการแยกศึกษาในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะในเรื่องพัฒนาการของร่างกายที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรงเต็มที่ต่างจากช่วงวัยอื่น รวมถึงบทบาทความรับผิดชอบในสังคมที่แตกต่างจากวัยอื่น ซึ่งอาจเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้แตกต่างจากวัยอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวในช่วงวัยนี้ จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้นและเป็นประโยชน์ในการวาง

Copyright by Mahidol University

แผนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่อาจเกิดตามมาได้

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นอย่างไร

1.2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

1.3.2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

1.4 สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

Copyright by Mahidol University

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (2011) ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยแนวคิดนี้ประกอบด้วย3 มโนทัศน์หลักที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่1. ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individual characteristics and experiences)2. อารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) และ 3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) โดยที่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคลประกอบด้วย พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในด้านปัจจัยทางจิตวิทยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย ส่วนมโนทัศน์ที่สอง คือ อารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม เป็นกลุ่มปัจจัยที่มีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งจากบริบทของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีภาระหน้าที่รับผิดชอบมากมาย อีกทั้งยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหลากหลาย ดังนั้นอุปสรรคจากภาระหน้าที่ต่างๆ อาจส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี และจากการที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลจึงอาจมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้และมโนทัศน์ที่สาม คือ พฤติกรรมผลลัพธ์ ซึ่งจะหมายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การเคลื่อนไหวร่างกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลการจัดการกับความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ มี 3 ปัจจัยได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล

การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง(Perceived health status)ซึ่งเป็นปัจจัยที่ประกอบอยู่ในมโนทัศน์หลักแรก คือ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individual characteristics and experiences)โดยมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมโดยผ่านอารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม(Pender, et al., 2011) เช่นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง ก็จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและนำสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

Copyright by Mahidol University

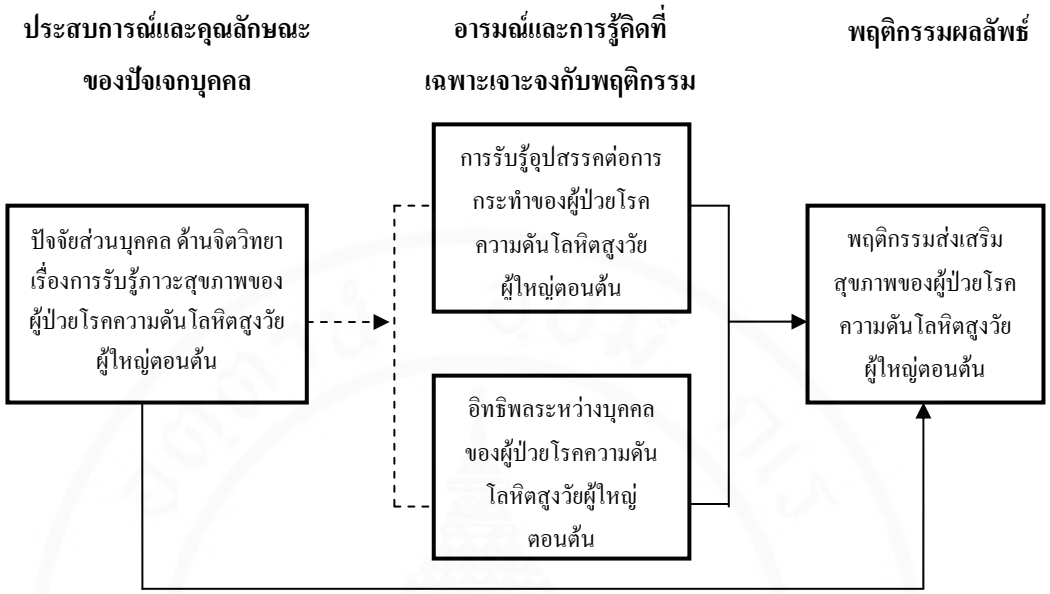
การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action)คือ การรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นความดันโลหิตสูงรู้สึกว่าตนเองไม่มีเวลา ไม่สะดวก มีความยุ่งยาก และมีค่าใช้จ่ายสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ จะมีผลโดยตรงทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยไปลดความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำ

อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)เป็นการรู้คิดซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่น ซึ่งการรู้คิดนี้อาจจะสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ บุคคลที่มีอิทธิพลเป็นอันดับต้นๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพก็คือ ครอบครัว คู่สามีภรรยา และบุคลากรทางสุขภาพ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานในสังคม (เช่น ความคาดหวังของบุคคลต่างๆ ที่เราให้ความสำคัญในสังคม) แรงสนับสนุนทางสังคม (เครื่องมือและการให้กำลังใจ) และการสร้างแบบจำลอง (โดยการเรียนรู้ผ่านบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นต้นแบบที่ดี) โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่กล่าวมาจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานมีความจำเป็นที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลมากมาย นอกจากครอบครัวและเพื่อนแล้ว ยังมีบุคคลากรทางสุขภาพที่ต้องเกี่ยวข้องกันอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 2011)ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมผลลัพธ์(Behavioral outcome) ซึ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)การเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) โภชนาการ (Nutrition)การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) การจัดการกับความเครียด (Stress management)

ซึ่งอิทธิพลของปัจจัยที่อาจทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สามารถแสดงเป็นรูปภาพกรอบแนวคิดการวิจัยตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (2011) ได้ดังรูปภาพที่ 1.1

Copyright by Mahidol University



รูปภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย(Predictive correlational research)เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มารับการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556

1.7 นิยามตัวแปร

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors)หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข เป็นกิจกรรมที่กระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใช้แบบวัดHealth-Promoting Lifestyle Profile-IIของ Susan Noble Walker ซึ่งแปลเป็นไทย และแปลย้อนกลับโดย อรวมน ศรียุกตศุทธ (Sriyuktasuth, 2002)จำนวน 52 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบมีช่วงคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนน โดยข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียดโดยคะแนนมาก แปลว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพ(Perceived health status)หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะที่เป็นโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของLawton, Moss, Fulcomer, &Kleban(1982) แปลเป็นไทย และแปลย้อนกลับโดยอรวมน ศรียุกตศุทธ (Sriyuktasuth, 2002) จำนวน 4 ข้อมีคะแนนรวมตั้งแต่ 4-13 คะแนน โดยคะแนนมาก แปลว่ารับรู้ว่าภาวะสุขภาพตนเองดี

การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความยุ่งยาก การไม่เห็นความจำเป็นของการมาตรวจรักษา ไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Becker, Stuifbergen, & Sands(1991) ที่แปลเป็นไทยและแปลย้อนกลับโดย อรวมน ศรียุกตศุทธ (Sriyuktasuth, 2002)จำนวน 18 ข้อลักษณะข้อคำตอบมีช่วงคะแนนระหว่าง 1-4 คะแนนโดยคะแนนมาก แปลว่ามีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)หมายถึง ความเชื่อ หรือพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการรู้คิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นทำให้อาจหลีกเลี่ยงหรือสนับสนุนปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประเมินโดยแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลของธิดารัตน์ ทรายทอง (2547) ประกอบด้วยอิทธิพลจากบุคคลภายในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบมีช่วงคะแนน

Copyright by Mahidol University

ระหว่าง 1-5 คะแนนโดยคะแนนมาก แปลว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.8.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้

1.8.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานในงานศึกษาวิจัยทางการพยาบาล และนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ศึกษา โดยมีเนื้อหาคลอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2.1.2 อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2.1.3 สาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2.1.3.1 ปัจจัยทางทางพันธุกรรม

2.1.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

2.1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2.1.5 การควบคุมความดันโลหิต

2.1.5.1 การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.1.5.2 การควบคุมด้วยยา

2.2 กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

Copyright by Mahidol University

2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในอดีตความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่มักพบในวัยสูงอายุอันเนื่องมาจากความเสื่อมตามวัยของผนังหลอดเลือดแดง อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้การยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลงนำมาซึ่งแรงต้านในหลอดเลือดที่เพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ในปัจจุบัน ความดันโลหิตสูงมิได้พบอยู่เพียงแค่ในกลุ่มผู้สูงอายุอีกต่อไป เป็นที่น่าสังเกตว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคและความชุกเริ่มพบมากขึ้นในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยลง

2.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(Hypertension) คือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure, SBP)มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure, DBP)มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (World Health Organization, 2008; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ซึ่งค่าความดันโลหิตที่ได้นั้น ต้องวัดภายหลังจากการนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที และวัดจำนวน 3 ครั้ง การวัดแต่ละครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที แล้วนำค่าความดันโลหิตจากการวัดในสองครั้งสุดท้ายมาหาค่าเฉลี่ย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้ใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับสมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรป(European Society of Hypertension) และสมาคมโรคหัวใจทวีปยุโรป (European Society of Cardiology) ในการจำแนกความรุนแรงของระดับความดันโลหิตสำหรับการวินิจฉัยโรคในครั้งแรกดังแสดงในตารางที่ 2.1

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 2.1 การจำแนกความรุนแรงของระดับความดันโลหิตสำหรับการวินิจฉัยโรคในครั้งแรกในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ระดับความรุนแรงของโรค	ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)		ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)
เหมาะสม **(Optimal)**	< 120	และ	< 80
ปกติ**(Normal)**	120-129	และ/หรือ	80-84
สูงกว่าปกติ**(High normal)**	130-139	และ/หรือ	85-89
ความดันโลหิตสูงระดับอ่อน **Grade 1 hypertension (Mild)**	140-159	และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง **Grade 2 hypertension (Moderate)**	160-179	และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง **Grade 3 hypertension (Severe)**	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
ความดันโลหิตสูงเฉพาะตัวบน **Isolated systolic hypertension**	≥ 140	และ	< 90

หมายเหตุ:เมื่อความรุนแรงของ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวอยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์สำหรับ Isolated systolic hypertension (ISH) มีการจำแนกระดับความรุนแรงเหมือนกันทุกประการ แต่ใช้ SBP เป็นตัวบ่งชี้ในการจำแนก

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตที่น้อยกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท จะถูกจัดอยู่ในระดับที่ควบคุมโรคได้ แต่มีการศึกษาที่พบว่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 120 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด (Giannotti et al., 2010) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง(Arima et al., 2012; Kokubo et al., 2008) ดังนั้น การควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่เหมาะสม(Optimal) จึงเป็นการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดีที่สุด

โดยเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงนี้ จะใช้ในการวินิจฉัยครั้งแรกสำหรับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปโดยไม่แบ่งช่วงอายุ อย่างไรก็ตาม แต่ละช่วงวัยของผู้ใหญ่ จะมีอิทธิของสังคม สิ่งแวดล้อม เข้ามาเกี่ยวข้องกับพัฒนาการตามวัย ซึ่งอาจก่อให้การเกิดโรคที่แตกต่างกันไป โดยสามารถแบ่งช่วงวัยออกได้ ดังนี้(สกุณา บุญนรากร, 2555)

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 20-40 ปี เป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีการพัฒนาอย่างสมบูรณ์เต็มที่ เป็นวัยที่ร่างกายมักถูกใช้อย่างเต็มที่ทั้งต่อหน้าที่การงาน และการเผชิญพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เพราะร่างกายยังแข็งแรงไม่ปรากฏความเสื่อมมีวุฒิภาวะพร้อมสำหรับการดำเนินชีวิตในสังคม มีความเป็นตัวของตัวเองโดยจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับโลกภายนอก เป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญความรับผิดชอบที่มีเพิ่มขึ้นทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

วัยผู้ใหญ่กลางคน อายุระหว่าง 41-60 ปี เป็นช่วงวัยที่ต้องมีการปรับตัวเผชิญความสูญเสีย ผลเสียจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่างๆ จะเริ่มปรากฏผลให้เห็นชัดในช่วงวัยนี้

วัยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย เนื่องจากความเสื่อมของการทำงานระบบต่างๆ ของร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในการศึกษาครั้งนี้จึงหมายถึงภาวะที่ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี

2.1.2 อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

จากการศึกษาข้อมูลที่สำนักระบาดวิทยาในประเทศอังกฤษ ร่วมกับ Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รวบรวมวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 1980-2002 ที่กล่าวถึงอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในหลายภูมิภาคของโลก โดยคาดการณ์ว่าเมื่อถึงปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกถึงร้อยละ 60 หรือประมาณ 1,560 ล้านคน(Kearney, et al., 2005)และเมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุในช่วง 20-44 ปี ในช่วงปี ค.ศ. 1988-1994, ค.ศ. 1999-2002 และ ค.ศ. 2003-2006 นั้น พบจำนวนผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 38.3, 43.0และ 45.1ของประชากรทั้งประเทศ ตามลำดับ(National center for health statistics, 2009)

สำหรับในประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจประชากรไทยในช่วงอายุ 20-39 ปี เมื่อปรับด้วยฐานประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2535 มีประชากรที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ29.9แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 15.7 และเพศหญิงร้อยละ 14.2เมื่อถึงปี พ.ศ. 2547 อัตราประชากรช่วงอายุ 15–44 ปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มเป็นร้อยละ 46.4แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 28.4 และเพศหญิงร้อยละ 18(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2535, 2549) จากข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า ในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน พบอัตราการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 32.4

Copyright by Mahidol University

ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในวัยแรงงาน ซึ่งโรคความดันโลหิตถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในเขตภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 42.1(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

ทั้งนี้นอกจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงอายุ 15 – 44 ปี จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้ว ในรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ยังพบข้อมูลว่าในจำนวนประชาชน 663 ราย ทั้งเพศชายและหญิงในช่วงอายุ15- 44 ปี มีมากกว่าร้อยละ 50 ที่พบความดันโลหิตเกินเกณฑ์ปกติและไม่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552)

บุคคลเหล่านี้อยู่ในช่วงวัยทำงาน ส่วนหนึ่งอาจต้องอยู่ในสภาพสังคมที่มีความเปลี่ยนแปลง และนำมาซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดน้อยลงเนื่องมาจากลักษณะงาน หรือแม้แต่ด้านสภาพสังคมที่กดดันและเร่งรีบล้วนมีผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม(Beunza et al., 2007; Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2012; Graudal, Hubeck-Graudal, & Jurgens, 2012; Grossman & Messerli, 2008; Zhou, Hu, & Chen, 2009)ส่งผลให้พบโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่อายุน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมักเป็นกลุ่มวัยทำงานที่พบปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ได้มากที่สุด

2.1.3 สาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยที่อยู่ภายในร่างกายเองได้แก่ พันธุกรรม หรืออาจเป็นปัจจัยที่ได้รับมาจากภายนอกซึ่งเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพ

2.1.3.1 สาเหตุทางพันธุกรรมนับเป็นปัจจัยที่อยู่ภายในร่างกาย ที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยเกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะที่ถูกควบคุมโดยยีนที่มีการกลายพันธุ์นั้น(Dominiczak et al., 2000) ซึ่งความผิดปกติส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นมักพบที่ไตและต่อมไร้ท่อที่ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงแม้ว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงยีนที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่การทราบยีนที่มีการเปลี่ยนแปลงนั้น จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากยีนแต่ละตัว นอกจากจะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้แล้วยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิกอื่นๆ ที่แตกต่างกันออกไปดังแสดงตัวอย่างโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมในตารางที่ 2.2

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 2.2 โรคและพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุ รวมถึงการถ่ายทอดและลักษณะทางคลินิก(Veronica, David, & Suzanne, 2007)

โรค	พันธุกรรมที่เป็นสาเหตุ	การถ่ายทอดและลักษณะทางคลินิก
Liddle's syndrome	Mutation subunit of the epithelial Na^+ channel SCNN1B and SCNN1G genes	Autosomal dominant, hypertension, volume expansion, hypokalemia, low rennin and aldosterone
Polycystic kidney disease	Mutations in the PKD1 and PKD2 genes	Autosomal dominant, renal cyst, hypertension and renal failure, liver cyst, cerebral aneurysms, valvular heart disease
Pheochromocytoma	Mutations in the RET proto-oncogene	Multiple endocrine neoplasia type 2A: autosomal dominant, medullary thyroid carcinoma, pheochromocytoma, hyperparathyroidism
	Mutations in the VHL tumor suppressor gene	von Hippel-Lindau disease: autosomal dominant, retinal angiomas, hemangioblastoma of the cerebellum and spinal cord, renal cell carcinomas, adrenal pheochromocytomas
	Mutations in the NF1 tumor suppressor gene	Neurofibromatosis type 1: autosomal dominant, multiple neurofibromas, café au lait spots, Lisch's nodules of the iris and pheochromocytomas
	Mutations in RET, VHL, SDHB, SDHD genes	Nonsyndromicpheochromocytomas

Copyright by Mahidol University

2.1.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ได้รับจากภายนอก โดยอาจจำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ได้4 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1. ด้านร่างกาย

ตามพัฒนาการของช่วงวัย ร่างกายของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีความแข็งแรงสมบูรณ์เต็มที่เกือบทุกระบบเช่น การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกการทำงานของระบบประสาทต่างๆ จะมีความสมบูรณ์เต็มที่ในช่วงอายุ 20 – 30 ปี หลังจากอายุ 30 ปี จะเริ่มทำหน้าที่ลดลงเรื่อยๆ (สกุณา บุญนรากร, 2555)

ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกายจึงมักเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากกว่าเกิดขึ้นจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น ในด้านการรับประทานอาหาร อาจพบปัญหาการรับประทานอาหารน้อยหรือ มากเกินไป การงดรับประทานอาหารในบางมื้อ การเลือกรับประทานอาหารบางประเภท เช่น อาหารไขมันสูง ไม่รับประทานผักผลไม้ การรับประทานอาหารที่ให้โทษต่อร่างกาย เช่น ของหมักดอง ชา กาแฟ น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบซึ่งมักมีปริมาณเกลือโซเดียมในปริมาณสูง รวมไปถึงการสูบบุหรี่ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด การขาดการออกกำลังกาย เนื่องมาจากสังคมปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้มีเครื่องทุ่นแรงมากมาย เป็นผลให้การใช้แรงงานในชีวิตประจำวันน้อยลง ประกอบการต่อสู้แข่งขันในด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ หรือสิ่งบันเทิงที่มีอยู่แทบทุกบ้าน ทำให้ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งการขาดการออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้มากมาย เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน (ธาตรี คลังนาค, 2550)

ซึ่งปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีผลทั้งโดยตรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น การบริโภคเกลือโซเดียมปริมาณสูงเข้าสู่ร่างกาย การบริโภคสารที่ส่งผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้โดยตรง และผลโดยอ้อม เช่น ภาวะอ้วน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จนทำให้กลายเป็นโรคความดันโลหิตสูงในที่สุด(Light, 2005; Sobngwi et al., 2002; Zhao et al., 2011)กลไกที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นมีดังนี้

การได้รับเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบการรายงานศึกษา 2 งานวิจัย โดยรายงานผลการวิจัยไปในทางเดียวกัน คือ ปริมาณปัสสาวะใน 24 ชม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปริมาณโซเดียมที่ขับออก ($p < .001$) (de Wardener, He, & MacGregor, 2004)ซึ่งโดย

Copyright © by Mahidol University

ปกติปริมาณโซเดียมที่ร่างกายขับออก จะเท่ากับปริมาณที่ร่างกายได้รับเข้าไป ดังนั้น หากได้รับโซเดียมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปริมาณโซเดียมที่ผ่านไปไตเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการดูดซึมปริมาณน้ำไว้ในร่างกายเพิ่มมากขึ้น มีผลให้ปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการบีบตัว(Preload) เพิ่มสูงขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีจึงเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้มีการเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจเพื่อส่งปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นนั้นออกไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายจึงทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และพบว่าการลดปริมาณเกลือโซเดียมสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ร้อยละ 1 ของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ และร้อยละ 3.5 ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Graudal, et al., 2012)

การสูบบุหรี่ในบุหรี่มีสารเคมีต่างๆ มากกว่า 3800 ชนิด ซึ่งมีผลทำให้เกิดกระบวนการอักเสบจึงอาจส่งผลต่อโครงสร้างของหลอดเลือด เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้การยืดหยุ่นเสียไป มีการศึกษาที่กล่าวว่า การเกิดความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับการเกิดกระบวนการอักเสบในระดับต่ำ แต่เกิดแบบเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำนวน 379 ราย วัยกลางคนที่ยังไม่เป็นความดันโลหิตสูง โดยติดตามภาวะสุขภาพไปข้างหน้าอีก 11 ปี พบว่า มีร้อยละ 33 ที่พัฒนาไปเป็นความดันโลหิตสูง และผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน มีการพัฒนาไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าถึง 2 เท่า (Niskanen, et al., 2004) นอกจากนี้สารในบุหรี่ยังมีผลในการลดไนตริคออกไซด์(Nitric oxide) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดมีการคลายตัว ดังนั้นเมื่อสารนี้ลดลง จึงทำให้หลอดเลือดคลายตัวได้ไม่ดี เสียความยืดหยุ่นไป มีผลทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้นอกจากนี้ สารนิโคตินในบุหรี่ยังที่มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกมีผลให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว ซึ่งส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกัน(Virdis, Giannarelli, Neves, Taddei, & Ghiadoni, 2010)

ภาวะอ้วนมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ทำในกลุ่มวัยรุ่นจำนวน 14,322 รายพบว่า กลุ่มที่มีภาวะอ้วนเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าในกลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ (Ford, Nonnemaker, & Wirth, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีน พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิตทั้งในเพศหญิงและชาย (Zhou, et al., 2009)ทั้งนี้การศึกษาในต่างประเทศและประเทศไทยเกี่ยวกับจำนวนประชากรที่มีน้ำหนักเกินก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, 2549; สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552; National center for health statistics, 2011)จากการสำรวจประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ จำนวน 6,445 ราย อายุระหว่าง 18-70 ปี ในจำนวนนี้พบว่า ร้อยละ 35 ของประชากรเพศชายและร้อยละ 44.9 ของประชากรเพศหญิงมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติ หรือ มีภาวะอ้วน(ดัชนีมวลกาย

Copyright by Mahidol University

มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)(Jitnarin et al., 2010) จึงอาจส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน เนื่องจากภาวะอ้วนจะมีปริมาณ Adipose tissue จำนวนมาก ซึ่งเป็นเซลล์ที่หลั่ง Leptin hormone โดย Leptin hormone นี้เองจะมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายมีการหดตัวทำให้เพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น(Mayet & Hughes, 2003; Renna, de Las Heras, & Miatello, 2013) ดังนั้นในสังคมที่มีประชากรน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามนอกจากนี้ภาวะอ้วนยังส่งผลให้ร่างกายมีภาวะต้านต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย(Ruiz-Alcaraz et al., 2013)

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานร้อยละ 75 จะพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และในผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็นโรค(Grossman & Messerli, 2008) และการศึกษาในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่ป่วยเป็นเบาหวาน พบว่ามีถึงร้อยละ 30 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Günther et al., 2009) โดยภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เลือดมีความหนืดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เลือดและสารต่างๆ รวมกลุ่มกันและเกาะตามผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ของเซลล์ผนังหลอดเลือดเสียไป เช่น ลดการตอบสนองของปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดมีการคลายตัว ซึ่งสาเหตุนี้นอกจากจะทำให้หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างแล้ว ยังส่งผลให้หลอดเลือดมีการแข็งตัว มีผลลดความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ส่งผลให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น นำสู่การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต(Mayet & Hughes, 2003; Renna, et al., 2013)

ภาวะไขมันในเลือดสูงการศึกษาในเพศชายอายุ 40-84 ปี จำนวน 22,071 ราย ที่ยังไม่เป็นความดันโลหิตสูง โดยมีการติดตามไป 18.6 ปี พบว่าในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับโคเลสเตอรอล และค่าอัตราส่วนระหว่างโคเลสเตอรอลต่อเอชดีแอลสูง มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็น ร้อยละ 23 39 และ 54 ตามลำดับ (Halperin et al., 2006) เนื่องจากภาวะที่ในหลอดเลือดมีปริมาณไขมันมากขึ้น จะส่งผลให้เลือดและสารต่างๆ มีการรวมกลุ่มกันเกิดคอลลาเจนและแคลเซียมเกาะอยู่ตามผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การตอบสนองของเซลล์ผนังหลอดเลือดเกี่ยวกับการคลายตัวเสียไป อีกทั้งยังเกิดพิษของการสลายโปรตีนและไขมันที่สะสมบริเวณผนังหลอดเลือด ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการแข็งตัว เสียความยืดหยุ่น มีผลในการเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายทั่วร่างกาย ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้(Mayet & Hughes, 2003; Renna, et al., 2013)

Copyright by Mahidol University

การใช้ยาคุมกำเนิด การศึกษาเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในเพศหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 171 ราย พบว่าในกลุ่มที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน มี

ระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าผู้ที่ใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่น และสูงกว่าในคนที่ไม่ได้ใช้ยาคุมกำเนิด (Lubianca, Faccin, & Fuchs, 2003)สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นได้ประมาณ 3-6 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเพิ่มขึ้นได้ประมาณ 2-5 มิลลิเมตรปรอท (Hulisz, 2008)โดยกลไกชัดเจนของยาคุมกำเนิดที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตยังไม่ปรากฏแน่ชัด แต่พบว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนในยาคุมกำเนิดนั้น มีความเกี่ยวข้องกับหลายกลไกในร่างกาย เช่น การทำงานของระบบเรนนิน - แองจิโอเทนซิน การเพิ่มขึ้นของน้ำในหลอดเลือด การเพิ่มปริมาณโซเดียมในร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว ล้วนส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ (August & Oparil, 1999)

2. ด้านจิตใจ

จากพัฒนาการปกติตามวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะพบว่าช่วงวัยนี้จะรู้จักควบคุมตนเองได้ดีขึ้น มีอารมณ์มั่นคง คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น บางครั้งอาจมีการแสดงออกของอารมณ์รุนแรงบ้าง สามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์และควบคุมพฤติกรรมให้สอดคล้องกับอารมณ์ได้ สามารถทนต่อความผิดหวังและหาทางแก้ไขได้เหมาะสม ใช้การตอบสนองด้วยเหตุผลทั้งกับตนเองและผู้อื่นมากขึ้น มีความเข้าใจตนเองชัดเจนขึ้น รู้สึกยอมรับคนอื่นได้ดี รู้จักการให้ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม (สกุณา บุญนรากร, 2555)

แต่จากบริบทที่เป็นวัยทำงาน มีหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบ และเป็นวัยที่ต้องเริ่มรับภาระในการดูแลครอบครัว จึงทำให้วัยผู้ใหญ่ตอนต้นมักพบความเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เนื่องจากเงินเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีพ และนำมาซึ่งปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค การมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย อาจทำให้ต้องดิ้นรนทำงานมากขึ้น ทำงานนอกเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพร่างกายทรุดโทรม พบว่าเรื่องเงินเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว นอกจากนี้ในรายที่แต่งงานอาจพบปัญหาที่เกี่ยวกับบุตรหรือคู่สมรส การมีทัศนคติไม่ตรงกันกับบุคคลในครอบครัว เป็นปัญหานำมาซึ่งการทะเลาะเบาะแว้ง โดยเฉพาะในครอบครัวขยาย ปัญหาจะรุนแรงขึ้น(สกุณา บุญนรากร, 2555)

3. ด้านสังคม

จากพัฒนาการด้านสังคม ผู้ใหญ่ตอนต้นอยู่ในขั้นพัฒนาการขั้นที่ 6 คือ ความใกล้ชิดสนิทสนมหรือการแยกตัว (Intimacy and solidarity *vs.* Isolation) สังคมของบุคคลวัยนี้คือเพื่อนรัก คู่ครอง แต่อย่างไรก็ตามวัยนี้จะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยลดลง จำนวนสมาชิกในกลุ่มเพื่อนจะลดลง แต่สัมพันธภาพในเพื่อนสนิทยังคงอยู่ (Papalia & Olds, 1995) การสัมพันธ์

Copyright © by Mahidol University

กับบุคคลในครอบครัวจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มใช้ชีวิตครอบครัวกับคู่ของตนเอง และเกิดการปรับตัวกับบทบาทใหม่ ด้านหน้าที่การงานจะสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ มีการร่วมงานกับหมู่คณะได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเต็มใจที่จะเสียสละรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2541)

จะเห็นได้ว่าตามพัฒนาการปกติแล้ว ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากทั้งต่อสถานที่ บุคคล และบทบาทใหม่ ที่ต้องเจอ ดังนั้นด้านสังคมมักพบความเครียดที่มาจากปัญหาการปรับตัวในการประกอบอาชีพ สภาวะแวดล้อมการทำงานไม่เหมาะสม เช่น การทำงานเป็นผลัดที่นอกเหนือจากเวลาปกติ ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดภาวะสุขภาพเสื่อมโทรม งานที่หนักเกินไปต้องทำงานเกินเวลาปกติบ่อยๆ บรรยากาศการทำงานตึงเครียด ลักษณะงานที่น่าเบื่อหน่ายซ้ำซาก จำเจ หรือปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งผลของการมีความเครียดเป็นเวลานาน จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ และปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้ในรายที่ยังโสดอาจพบปัญหาเรื่องการเลือกคู่ครอง เช่น ยังหาคู่ครองที่เหมาะสมไม่ได้ เมื่อวัยล่วงเลยเข้า 30 ปี หรือบางคนรักชีวิตอิสระต้องการเป็นโสด ในขณะที่พ่อแม่ต้องการให้แต่งงานและพยายามหาคู่ครองมาให้ ล้วนเป็นเรื่องที่รบกวนจิตใจวัยผู้ใหญ่ต้อนต้นทั้งสิ้น

ในรายที่สมรส อาจต้องมีการปรับตัวกับการใช้ชีวิตคู่ เช่น การแยกครอบครัวต้องซื้อหาที่อยู่ใหม่ หรือการนำคู่ชีวิตเข้ามาอยู่ในครอบครัวเดิม ก็ต้องมีการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น(สกุณา บุญนรากร, 2555)

4. ด้านจิตวิญญาณ

ตามพัฒนาการปกติของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะเป็นวัยที่บุคคลจะพัฒนาความงอกงามในจิตใจของตน (Spiritual growth) บุคคลเริ่มมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อคนอื่นและทำความดีโดยไม่หวังผลตอบแทนใดๆ เพียงแต่คำนึงถึงความสบายใจ และยังเป็นวัยที่มีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุดคือ คุณภาพของความคิดจะเป็นระบบ มีความสัมพันธ์กันและมีความคิดรูปแบบนามธรรม (Abstract logic) จะมีความคิดยืดหยุ่นเปิดกว้างมากขึ้นวัยนี้เป็นวัยที่มีความคิดสุขุมรอบคอบ มีสมาธิ ความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถชี้แจงเหตุผลในการกระทำของตนเองได้ มีความคิดที่เป็นนามธรรม ฉลาดคิดได้อย่างลึกซึ้ง สามารถแก้ปัญหาได้ดี มีเหตุผล(สกุณา บุญนรากร, 2555)

ปัญหาสุขภาพหรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในด้านนี้มักมาจากความกดดัน ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงาน เช่น ไม่สามารถแสดงศักยภาพด้านสติปัญญาได้อย่างเต็มที่ การขาดโอกาสในสังคมและขาดการยอมรับในที่ทำงาน บรรยากาศองค์กรขัดต่อการ

Copyright by Mahidol University

แสดงศักยภาพด้านสติปัญญาของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนอกจากนี้การที่บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มักมุ่งทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัวทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาไปปฏิบัติศาสนกิจ ทำให้ขาดที่พึ่งทางจิตวิญญาณ หรือการมีภาระต้องรับผิดชอบบุคคลในครอบครัว ทำให้ไม่ได้จัดสรรเวลาสำหรับการปฏิบัติศาสนกิจ ทำจิตใจให้สงบ สวดมนต์ ทำบุญ เข้าวัด ฟังธรรมเทศนา เกิดการท้อถอยต่อปัญหาชีวิต ขาดที่พึ่งทางจิตวิญญาณ (สกุณา บุญนรากร, 2555)

จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้ อาจส่งผลโดยอ้อมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตที่สูงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าในภาวะที่ร่างกายมีความเครียด หรืออยู่ในสถานการณ์ที่เร่งเร้าอารมณ์และความรู้สึก จะส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายจะส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำกว่าในสภาวะแรก (Davydov, et al., 2012) ซึ่งเมื่ออธิบายหลักพยาธิสรีรวิทยานั้น ความเครียดส่งผลให้ต่อมพิทูอิตารี มีการหลั่ง Adrenocorticotropic hormone (ACTH) ไปกระตุ้น Adrenal cortex ให้มีการหลั่ง Aldosterone ซึ่งทำให้มีการเก็บกักโซเดียมที่ไตมากขึ้น จึงยิ่งเป็นการเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายมีผลให้ Preload เพิ่มขึ้น และ Cardiac output เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้

2.1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ที่สูงเกินกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวที่สูงเกินกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้นๆ ต่อการเกิดโรคที่รุนแรงซึ่งมีผลกระทบต่อสมอง หัวใจ และไต(Iadecola & Davisson, 2008; Messerli, et al., 2007; Rosendorff et al., 2007)

กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease)โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยและมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งในสามของทั้งหมดจะเสียชีวิตในขณะที่อีกหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะต้องทนทุกข์จากการเป็นผู้พิการตลอดชีวิต (Pedelty & Gorelick, 2008)

กลุ่มโรคหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย(Myocardial infarction) ภาวะหัวใจวาย (Heart failure) จากการวิเคราะห์ 61 งานวิจัยที่มีประชากรรวมเกือบ 1 ล้านคน พบว่าความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดอันตรายจากโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart diseases) โดยช่วงความดันโลหิต 115/75 มิลลิเมตรปรอท ถึง 185/115 มิลลิเมตรปรอท พบว่าการเพิ่มขึ้นทุกๆ 20 มิลลิเมตรปรอทของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวหรือ 10 มิลลิเมตรปรอทของความดันโลหิตขณะหัวใจ

Copyright by Mahidol University

คลายตัว เพิ่มความเสี่ยงเป็นสองเท่าต่อการเกิดอันตรายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และยังพบว่าในเพศชายอายุ 18-39 ปี ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ในช่วง 130-159มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ในช่วง 85-99 มิลลิเมตรปรอท เกือบร้อยละ 60 ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น (Rosendorff, et al., 2007)นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ยังพบการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ได้สูงกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลา 13 ปี กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้พบการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 23 และในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พบการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 26โดยอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ยังพบมากขึ้นตามระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นด้วย โดยพบร้อยละ 22ในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท พบร้อยละ 23 ในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 140-159 มิลลิเมตรปรอทและพบร้อยละ 31 ในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับหรือมากกว่า 160มิลลิเมตรปรอท(Iyer et al., 2010)

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ช่วงปี ค.ศ. 1999-2004 พบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงขึ้นกว่าในปี ค.ศ. 1988-1994 ส่วนหนึ่งอธิบายได้จากอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้น (Coresh J & et al., 2007)และพบว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตเรื้อรัง ยิ่งทำให้ความรุนแรงของโรคไตเพิ่มขึ้นจนนำไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ได้รวดเร็วขึ้นซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ส่งผลกระทบต่องบประมาณทางสุขภาพเป็นอย่างมาก

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในตา ในระยะแรกโครงสร้างในลูกตา เช่น ชั้นเรตินา (Retina) คอรอยด์(Choroid) และเส้นประสาทออพติก(Optic nerve) จะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ทำให้โครงสร้างต่างๆ มีการเสื่อมเนื่องมาจากความดันโลหิตสูง ในระยะที่สอง ความดันโลหิตสูงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดที่ทำให้ตาบอดได้ และสุดท้ายความดันโลหิตสูงจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับดวงตา รวมถึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดได้ (Wong & Mitchell, 2007)

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral artery disease) จากพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดจนทำให้หลอดเลือดมีการตีบแข็ง เมื่อระยะเวลาผ่านไปหลอดเลือดก็จะมีการตีบแคบลงตามการดำเนินของโรค จนเกิดการอุดตันได้ในที่สุด (Christopher & Emile, 2006) ซึ่งมีการศึกษาในประเทศจีนพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันร้อยละ 8.7 ในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีจำนวนที่สูงกว่าในผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yang et al., 2007)

Copyright © by Mahidol University

ดังนั้น การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จึงจำเป็นในการช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กล่าวถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายไว้ดังนี้ ในผู้ป่วยทั่วไประดับความดันโลหิตเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย คือ 130-139 / 80 – 85 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)ซึ่งวิธีการควบคุมความดันโลหิตอาจทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว หรืออาจต้องทำร่วมกับการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต

2.1.5 การควบคุมความดันโลหิต

ในการควบคุมระดับความดันโลหิต มีทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยาลดความดันโลหิต ในรายที่ความดันโลหิตไม่สูงมากและไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติ และในรายที่จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิต การปรับพฤติกรรมก็ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำควบคู่กันไปด้วยเสมอ(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

2.1.5.1 การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

เป็นวิธีการที่ต้องให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงทุกรายปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และช่วยในการลดระดับความดันโลหิตลงได้บ้าง ทำให้สามารถลดการใช้ยาลดความดันโลหิตลงได้ และมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การปรับพฤติกรรมช่วยลดความดันโลหิตได้จริงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมมีหลายวิธี

การลดน้ำหนัก (Weight reduction) จากที่กล่าวไปเบื้องต้นแล้วว่า ภาวะที่น้ำหนักเกินมาตรฐานส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นจึงมีการแนะนำให้มีการควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ระหว่าง 18.5-23 กิโลกรัม/ตารางเมตร และพบว่าการลดน้ำหนักลงนี้มีประสิทธิภาพในการลด SBP ลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม นอกจากนี้การลดน้ำหนักยังส่งเสริมประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตด้วย(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) และประโยชน์ของการลดน้ำหนักในรายที่น้ำหนักเกินพบว่าจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบเรนนิน–แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone axis) ลดการเก็บโซเดียม ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ นอกจากนี้ ยังช่วยลดไขมันบริเวณกลางลำตัวซึ่งมีผลให้การทำงานของหลอดเลือดดีขึ้น(Sacks & Campos, 2010)

Copyright by Mahidol University

การจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม (Sodium restriction) ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความไวต่อโซเดียม (Sodium sensation) การควบคุมการรับประทานโซเดียมในระดับปานกลาง คือไม่เกิน 2.3 กรัมของโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ (เกลือแกง 1 ช้อนชา)นอกจากนี้ยังมีโซเดียมในรูปแบบอื่น ที่นอกเหนือไปจากโซเดียมคลอไรด์ถึงแม้ไม่มีรสเค็ม แต่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นเช่นเดียวกัน เช่น ผงชูรส อาหารที่ใส่ผงฟู ไอศกรีม การจำกัดปริมาณเกลือในระดับปานกลางนี้ สามารถลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับอ่อน (Mild hypertension) และลดจำนวนการใช้ยาลดความดันโลหิตลงได้ นอกจากนี้การรับประทานโซเดียมในระดับปานกลางยังสามารถลดการขับโปตัสเซียมออกจากร่างกายจากฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะโดยประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเมื่อจำกัดเกลือโซเดียมได้ คือ 2-8 มิลลิเมตรปรอท(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการลดการบริโภคโซเดียมลง 50 มิลลิโมลต่อวัน หรือ ประมาณ 3 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ ต่อวัน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลงได้ 3.6 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลงได้ 1.9 มิลลิเมตรปรอท และในกลุ่มคนที่มีความดันโลหิตปกติจะสามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ลงได้ 1.8 และ 0.8 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (He & MacGregor, 2003) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ตอบสนองด้วยยา (Resistant hypertension) ที่มีโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับอ่อนที่ได้รับการจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร พบว่า เมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงเฉลี่ย 22.7 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลงเฉลี่ย 9.1 มิลลิเมตรปรอท (Pimenta et al., 2009)

การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารโดยใช้ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) คือรับประทานผัก ผลไม้ให้มาก เพื่อเพิ่มเส้นใยอาหาร และเป็นแหล่งของโปตัสเซียม และแมกนีเซียม รวมถึงการลดปริมาณไขมันอิ่มตัวในอาหารลง โดยพบว่าการลดปริมาณไขมันอิ่มตัวลงและเพิ่มการรับประทานอาหารไขมันไม่อิ่มตัวเพียงเล็กน้อยสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ โดยประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเมื่อใช้ DASH พบว่าลดได้ประมาณ 8-14 มิลลิเมตรปรอท(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)โดยเฉพาะหากมีการจำกัดปริมาณเกลือในอาหารร่วมกับการใช้ DASH diet จะยิ่งทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้มากขึ้น (Champagne, 2006; Sacks et al., 2001)

Copyright by Mahidol University

การออกกำลังกาย (Exercise)การออกกำลังกายแบบแอโรบิค อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดในหัวใจตีบและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจาก

โรคอ้วน เช่นการเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าในกลุ่มที่ออกกำลังกายตามคำแนะนำสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลงได้เฉลี่ย 3-4 มิลลิเมตรปรอท (Halm & Amoako, 2008) หรือการศึกษาที่ทำในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 18-30 ปี โดยติดตามไป 15 ปี พบว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังสามารถลดการเกิดความดันโลหิตสูงลงได้ (Parker, Schmitz, Jacobs, Dengel, & Schreiner, 2007) สอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Ciolac et al., 2008; Ciolac et al., 2009; Dickinson et al., 2006; Fagard & Cornelissen, 2007; Staffileno, Minnick, Coke, & Hollenberg, 2007)โดยการออกกำลังกายครั้งแรกนั้นต้องมีการวัดระดับความดันโลหิตไว้เป็นพื้นฐานโดยระดับความดันโลหิตก่อนการออกกำลังกายที่ปลอดภัยต้องไม่เกินระดับอ่อน(Mild hypertension)นอกจากนี้สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ชนิดของการออกกำลังกาย โดยแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ๆคือ

1. การออกกำลังกายชนิดแอโรบิค (Aerobic or isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายชนิดที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตลอดร่างกายจะใช้ออกซิเจนตลอดในขณะออกกำลังกาย เช่นการเดินขี่จักรยานว่ายน้ำการเต้นแอโรบิค เป็นต้น ร่างกายจะสนองตอบโดยหัวใจจะเต้นเร็วขึ้นความดันโลหิตจะมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

2. การออกกำลังกายชนิดแอนแอโรบิค(Anaerobic or isometric exercise) เป็นการออกกำลังกายชนิดที่มีการเคลื่อนไหวน้อยแต่ต้องใช้แรงมากเช่น การยกน้ำหนักการตีเทนนิสร่างกายจะตอบสนองโดยทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นส่วนการเต้นของชีพจรไม่ได้เพิ่มมาก

ชีพจรเป็นเครื่องกำหนดระดับของการออกกำลังกายได้เป็นอย่างดี โดยทั่วไปอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุดขณะออกกำลังกายไม่ควรจะเกิน 220 ลบด้วยจำนวนปีของอายุ

การออกกำลังกายในภาวะที่มีความดันโลหิตสูงควรเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค ซึ่งอาจมีการออกกำลังชนิดแอนแอโรบิคร่วมได้เล็กน้อย และต้องไม่กลั้นหายใจระหว่างการออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิคโดยขณะออกแรงต้องหายใจออกและหายใจเข้าขณะคลายกล้ามเนื้อควรออกกำลังกายชนิดที่มีความหนักปานกลาง (Moderate intensity) คือ ร้อยละ 55–70 ของอัตราชีพจรสูงสุด (Maximum heart rate) โดยใช้เวลาประมาณ 30–40 นาทีต่อครั้งอย่างน้อย3 ครั้งต่อสัปดาห์และมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง (ประวิชช์ ตันประเสริฐ, 2546)

Copyright by Mahidol University

การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ (Alcohol restriction)จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลงได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

การหยุดสูบบุหรี่ (Smoking cessation) บุหรี่มีผลทางอ้อมในการทำให้ระดับความดันเพิ่มสูงจากสารนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ดังนั้นการงดบุหรี่จึงมีส่วนในการลดระดับความดันโลหิตลงได้(ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

การจัดการความเครียด (Stress management)มีหลายวิธีเช่น การทำสมาธิ (Meditation) โยคะ (Yoga) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation) และจิตบำบัด (Psychotherapy) ซึ่งแต่ละเทคนิคที่กล่าวมา จะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ในช่วงเวลาสั้นๆ(ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553) นอกจากนี้ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนแนวคิดเพื่อลดความเครียด โดยพยายามคิดอย่างมีเหตุผล คิดยืดหยุ่น คิดในแง่ดี การรับประทานอาหารที่มีสารทริปโทเฟน (Tryptophan) เช่น เมล็ดทานตะวัน กล้วยหอม นมพร่องมันเนย สาหร่ายทะเล ฟักทอง จะช่วยในการแลกเปลี่ยนสารสื่อประสาท ที่เรียกว่า ซีโรโทนิน(Serotonin) ซึ่งจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย และการบริหารเวลาอย่างเหมาะสมสำหรับหน้าที่การงาน และการพักผ่อน จะทำให้สามารถวางแผนเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการทำงานลงได้ (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

2.1.5.2 การควบคุมด้วยยาลดความดันโลหิต

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย หรือ กรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีโรคร่วม มีร่องรอยการทำลายอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง (Target organ damage) จึงจะเริ่มการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต

โดยยาลดความดันโลหิตที่ใช้ในประเทศไทย มีอยู่ 8 กลุ่ม แม้ว่าแต่ละกลุ่มจะมีผลในการลดความดันโลหิตเหมือนกัน แต่กลไกและการออกฤทธิ์มีความแตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้ยาจะพิจารณาตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยาแต่ละชนิดยังมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันออกไป สิ่งนี้เป็นส่วนสำคัญสำหรับพยาบาลในการเรียนรู้เพื่อให้คำแนะนำและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม

กลุ่มยาลดความดันโลหิต(ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553; Suzanne, Brenda, Janice, & Kerry, 2008)

Copyright by Mahidol University

1. กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น Hydrochlorothiazide, Indapamide, Furosemide, Amiloride, Spironolactone ยากลุ่มนี้จะช่วย ลดการไหลเวียนเลือดที่ไต (Renal blood flow) โดยจะลดการดูดกลับน้ำและเกลือแร่ คือ โซเดียม (Sodium) และคลอไรด์ (Chloride) ลดปริมาณเลือดในร่างกาย (Blood volume) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลง มีผลในการลดความดันโลหิตลงได้ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อาจพบอาการปากแห้ง กระหายน้ำ อ่อนแรง ซึม กล้ามเนื้ออ่อนล้า หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ

2. ยากลุ่ม Central $Alpha_2$-Agonist เช่น Methyldopa, Reserpine จะลดการสังเคราะห์สารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ยับยั้งเอนไซม์ Dopa-decarboxylase การทำงานที่แท้จริงยังไม่แน่ชัด แต่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง การกระตุ้น Alpha-adrenergic ในสมอง มีผลในการลดความดันโลหิตผลข้างเคียง คือ อาจมีอาการง่วง ซึม และอาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) สารคัดหลั่งคั่งในโพรงจมูก (Nasal congestion) และต้องระมัดระวังการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติเจ็บป่วยเกี่ยวกับถุงน้ำดี ไต หรือโรคหัวใจ หรือโรคลมชัก

3. ยากลุ่ม Beta Blockers เช่น Atenolol, Bisoprolol, Propranolol, Metoprololมีฤทธิ์ในการสกัดกั้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก(Sympathetic nervous system) โดยเฉพาะระบบซิมพาเธติกที่กระตุ้นการทำงานของหัวใจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและทำให้ความดันโลหิตลดลงผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ อ่อนแรง และอ่อนล้า อาจพบอาการปวดศีรษะเล็กน้อย คลื่นไส้ อาเจียน

4. ยากลุ่ม $Alpha_1$-Blockers เช่น Doxazosin, Prazosin hydrochloride ออกฤทธิ์โดยตรงต่อเลือดทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงผลข้างเคียง อาจมีอาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย บางครั้งอาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม ไม่ค่อยมีแรง และอ่อนแรง

5. ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (Vasodilators) เช่น Hydralazine ออกฤทธิ์ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายแต่พบว่ามักทำให้Cardiac output เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะออกฤทธิ์โดยตรงที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยาย ความดันโลหิตลดลงผลข้างเคียง อาจปวดศีรษะ หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว จากหลอดเลือดขยาย

6. ยากลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors เช่น Captopril, Enalapril, Perindopril, Ramiprilออกฤทธิ์ยับยั้งการเปลี่ยน angiotensin I ไปเป็น angiotensin II ทำให้ลดแรงต้านทานรวมของหลอดเลือดส่วนปลายได้ ความดันโลหิตจึงลดลงผลข้างเคียง ที่พบบ่อยหากใช้ในขนาดยาสูงๆคืออาการระคายเคืองคอ ไอ

Copyright by Mahidol University

7. ยากลุ่ม Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs) เช่น Candesartan, Irbesartan Losartan, Telmisartan, Valsartan ออกฤทธิ์สกัดกั้นผลของ angiotensin II ที่ตำแหน่งตัวรับ มีผลลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายผลข้างเคียง อาจมีโพแทสเซียมในเลือดสูง

8. ยากลุ่ม Calcium Channel Blockers แบ่งเป็น Nondihydropyridinesเช่น Diltiazem Verapamil โดยที่ยาจะยับยั้งประจุแคลเซียม ส่งผลให้ after load ลดลงอีกกลุ่มเป็น Dihydropyridineเช่น Amlodipine, Felodipine, Nicardipine, Nifedipineโดยออกฤทธิ์ยับยั้งประจุแคลเซียม นอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary) และหลอดเลือดแดงส่วนปลายขยายตัวช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดความต้องการพลังงาน ทำให้นำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพิ่มขึ้นผลข้างเคียง คืออาจทำให้หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ มึนงง บวม กล้ามเนื้อเกร็ง เป็นตะคริว

ทั้งนี้การพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละรายนั้น ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ใช้การพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ร่วมกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าเพื่อตัดสินว่าผู้ป่วยรายใดสามารถใช้เพียงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือในรายใดที่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาร่วมด้วยดังแสดงใน ตารางที่ 2.3 ส่วนในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า จะพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงดังนี้

1. ระดับของความดันโลหิตที่อยู่ในระดับอ่อนถึงระดับรุนแรง
2. ระดับของ pulse pressure มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี
3. อายุมากกว่า 55 ปีในเพศชาย หรือ มากกว่า 65 ปีในเพศหญิง
4. การสูบบุหรี่
5. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ Total cholesterol มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร LDL-C มากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตรHDL-C น้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศชาย และน้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในเพศหญิง หรือระดับ Triglyceride มากกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
6. ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังอดอาหารไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) มีค่าระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
7. ผลการวัดความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคส (Glucose tolerance test) ผิดปกติ
8. ประวัติการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular disease) ในบิดา มารดา หรือพี่น้องก่อนวัยอันควร (ในเพศชายเกิดก่อนอายุ 55 ปี และในเพศหญิงเกิดก่อนอายุ 65 ปี)

Copyright by Mahidol University

9. อ้วนลงพุง เส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย และ มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง

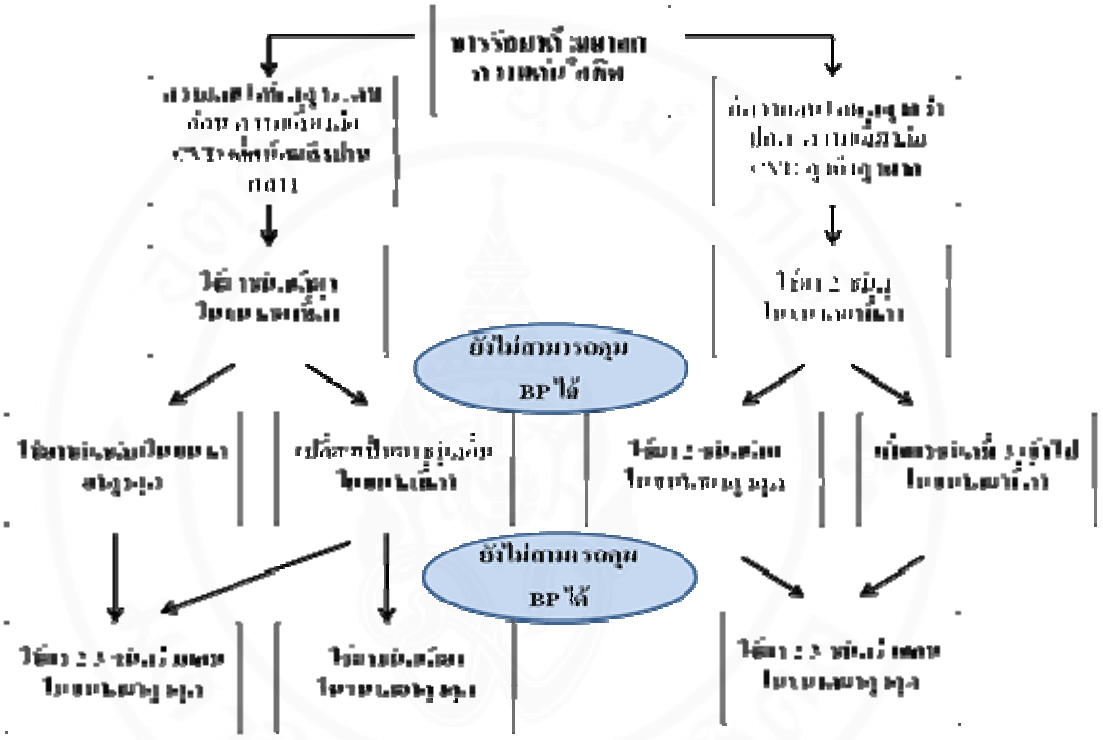
ตารางที่ 2.3 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าและแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ความเสี่ยง	ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
	ระดับอ่อน (SBP 140-159 หรือ DBP 90-99)	ระดับปานกลาง (SBP 160-179 หรือ DBP 100-109)	ระดับรุนแรง (SBP $\geq$ 180 หรือ DBP $\geq$ 110)
1. ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ	**ความเสี่ยงเพิ่มเล็กน้อย** ให้ปรับพฤติกรรม 2-3 เดือน และเริ่มยาเมื่อคุม BP ไม่ได้	**ความเสี่ยงเพิ่มปานกลาง** ให้ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ และเริ่มยาเมื่อคุม BP ไม่ได้	**ความเสี่ยงเพิ่มสูง** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต
2. มี 1-2 ปัจจัยเสี่ยง	**ความเสี่ยงเพิ่มปานกลาง** ให้ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ และเริ่มยาเมื่อคุม BPไม่ได้	**ความเสี่ยงเพิ่มปานกลาง** ให้ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ และเริ่มยาเมื่อคุม BPไม่ได้	**ความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต
3. มีตั้งแต่ 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป MS, TOD, DM	**ความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต	**ความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต	**ความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต
4. CVD หรือ โรคไต	**ความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต	**ความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต	**ความเสี่ยงเพิ่มสูงมาก** ให้ปรับพฤติกรรมและเริ่มยาลดความดันโลหิต

หมายเหตุ: MS = Metabolic syndrome, TOD = Target organ damage, DM = Diabetes mellitus, CVD = Cerebrovascular disease ความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า เพิ่มเล็กน้อย คือ น้อยกว่า ร้อยละ 15, เพิ่มปานกลาง คือ ร้อยละ 15 ถึง น้อยกว่าร้อยละ 20, เพิ่มสูง คือ ร้อยละ 20-30, เพิ่มสูงมาก คือ มากกว่า ร้อยละ 30

Copyright by Mahidol University

โดยเมื่อพิจารณาระดับความดันโลหิตร่วมกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าแล้วพบว่าจำเป็นต้องรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต จะมีแนวทางการบริหารยา ดังแสดงไว้ในรูปภาพที่ 2.1



รูปภาพที่ 2.1 การให้ยาลดความดันโลหิตตามแนวปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงทวีปยุโรป (ESH) และสมาคมโรคหัวใจทวีปยุโรป (ESC)(Mansia et al., 2007)

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้ การทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งเน้นในการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากยังอยู่ในวัยที่อายุน้อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลดีในระยะยาวต่อสุขภาพ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจทำได้หลายวิธี เช่น ให้ความรู้ ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ถึงแม้จะมีความรู้ และทราบว่าเป็นสิ่งที่ดี ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนอาจต้องมีการศึกษาถึงบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างไปจากผู้ป่วยในช่วงวัยอื่น และบริบทดังกล่าวอาจมีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้

Copyright by Mahidol University

2.2 กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความผาสุกของบุคคลและกลุ่มคน และเป็นตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน และผลที่ได้คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model)

ความเป็นมาและความรู้พื้นฐานของการพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับบุคคลที่มีสุขภาพที่ดีนั้นเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งอิทธิพลของกระบวนการคิด การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองนี้ คือ 1. บุคคลแสวงหาภาวการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน 2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง 3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง 4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง 5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง 6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต 7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ

ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ดังนี้

1. ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individual characteristics and experiences)

Copyright by Mahidol University

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ และคณะ (2011) ได้แบ่งเป็นมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล

ซึ่งมโนทัศน์ย่อยทั้งสองนี้ จะเกี่ยวข้องกับบางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือเกี่ยวข้องกับในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)โดยพบว่าความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนหรือคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตนั้น มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นกลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Personal biologic factors) เป็นลักษณะทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะหมดระดู ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา(Personal phychologic factors) เป็นลักษณะทางด้านจิตใจของบุคคลซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการให้คำจำกัดความของสุขภาพ สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีการให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status)หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะที่เป็นโรคเป็นองค์ประกอบที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยสัมพันธ์กับประสบการณ์ของบุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้เกิดความปกติสุข และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจึงเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองสุขภาพไม่ดี การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใดซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม(Personal sociocultural factors) เป็นลักษณะทางด้านสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ สัญชาติ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจโดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Copyright by Mahidol University

2. อารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect)ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action)เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้นั้น อาจเป็นได้ทั้งประโยชน์ภายในและประโยชน์ภายนอก เช่น ประโยชน์จากภายใน คือ เพิ่มความรู้สึกสดชื่น หรือลดความรู้สึกเบื่อหน่าย หรือเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัล สิ่งของ หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในทางบวกซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติพฤติกรรม ประโยชน์จากภายนอกจะเป็นสิ่งที่รับรู้ได้รวดเร็วมากกว่า แต่การรับรู้ประโยชน์ภายในนั้นจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องมากกว่า

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคประกอบด้วย อุปสรรคภายในและอุปสรรคภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน เช่น ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อุปสรรคภายนอก เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจไม่ดี ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ เป็นต้น อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived self-efficacy)เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการ และกระทำพฤติกรรมภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลทำให้การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมโดยผ่านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect)เป็นความรู้สึกทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมากก็ได้ การตอบสนองต่อความรู้สึกต่อพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วย3

Copyright by Mahidol University

องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของพฤติกรรมหรือกิจกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) และสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม(Context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็มีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)เป็นความนึกคิดของบุคคลต่อความเชื่อ ทัศนคติ หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นซึ่งมักเป็นบุคคลได้รับความสำคัญและมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด โดยความนึกคิดที่เกิดขึ้นนั้นอาจสอดคล้อง หรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงก็ได้กลุ่มบุคคลเหล่านั้น ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ โดยบุคคลเหล่านี้มีผลโน้มน้าวให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

2.5.1 บรรทัดฐานทางสังคม (Norms) เป็นความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลอื่นที่ตนเองให้ความสำคัญ และเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการกระทำ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5.2 แรงสนับสนุนทางสังคม(Social support) เป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลอื่นในการเป็นขวัญกำลังใจ การให้การสนับสนุนด้านข้อมูล อุปกรณ์ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5.3 การเป็นแบบอย่าง (Modeling) เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตบุคคลอื่นที่ได้รับผลหรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆถือเป็นกลวิธีสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม

อิทธิพลระหว่างบุคคลทั้ง 3 องค์ประกอบมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอิทธิพลทางอ้อม จะผ่านตัวแปรความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences)เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีความน่าสนใจ หรือทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Copyright by Mahidol University

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ประกอบด้วย 3 อย่าง

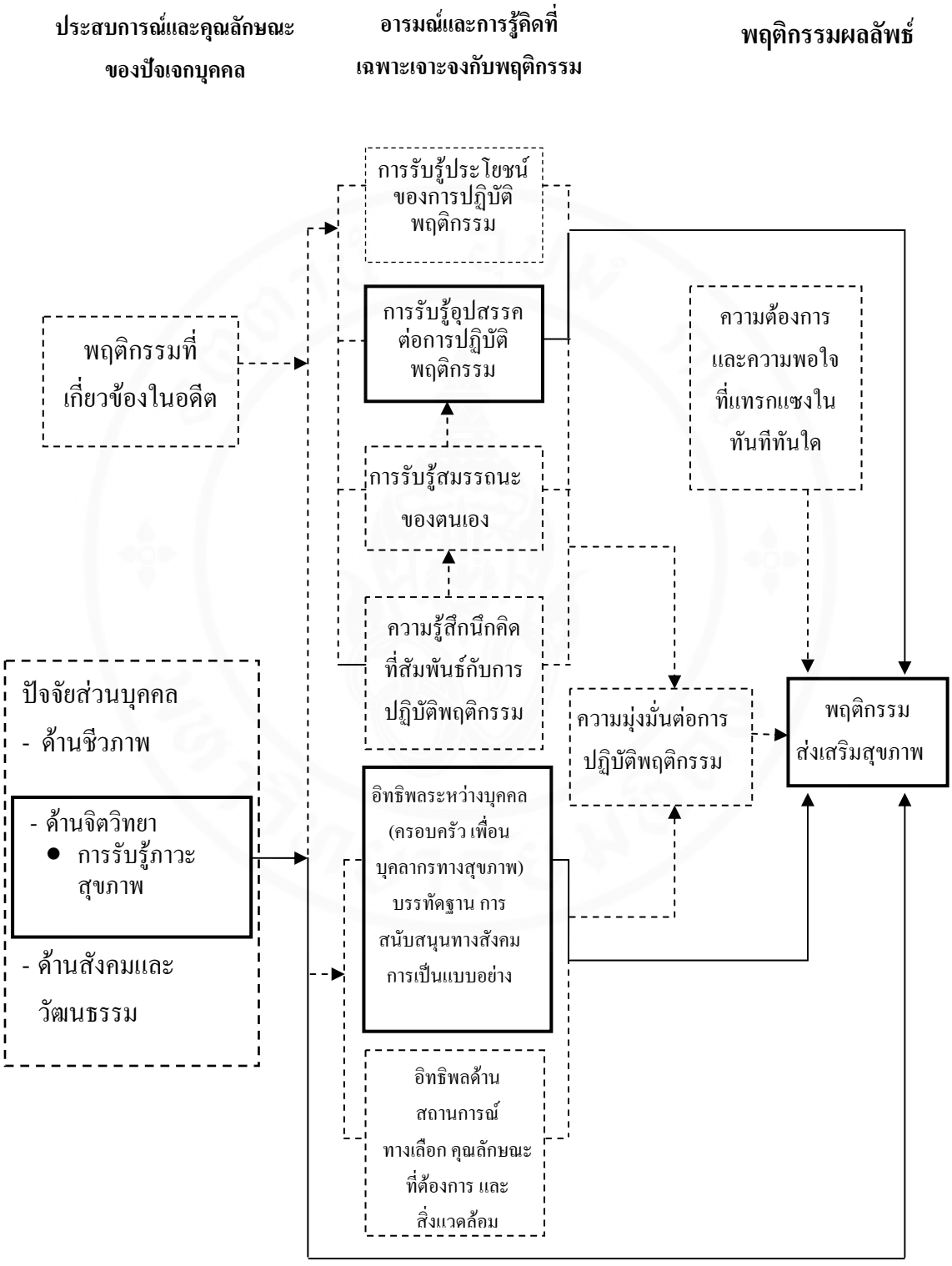
3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions)ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วยความตั้งใจอย่างจริงจังที่จะปฏิบัติพฤติกรรมรวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate competing demand and preference)เป็นพฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น โดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นนั้น ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น มารดาให้พาไปธุระ จึงไม่สามารถไปออกกำลังกายตามที่ตั้งใจไว้ได้ ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นไม่ควรเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior)เป็นจุดสุดท้ายในแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อความสำเร็จทางสุขภาพในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน จะนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีสุขภาพที่ดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ซึ่งเพนเดอร์ได้เสนอแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย(Physical activity) ด้านโภชนาการ(Nutrition)ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth)ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal relations)ด้านการจัดการกับความเครียด(Stress management)

แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender, et al., 2011)และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์หลักทั้งสาม คือ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม พฤติกรรมผลลัพธ์ ได้แสดงไว้ดังรูปภาพที่ 2.2

Copyright by Mahidol University



รูปภาพที่ 2.2 แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ(2011)

Copyright by Mahidol University

2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

การให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน ซึ่งการประชุมนานาชาติครั้งที่ 1 ที่กรุงออตตาวา ปี พ.ศ. 2529 ในกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa charter for health promotion) มีการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องมีความสามารถในการบ่งบอกและตระหนักถึงความพึงพอใจของตนเอง สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2551)

อำพล จินดาวัฒนะ(2546) ให้ความหมายของHealth Promotion ว่า หมายถึงการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติบริการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน ต่อมาได้ถูกขยับให้มีความหมายกว้างขึ้นเป็นเรื่องยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพดี มีการนำคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” มาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น (อำพล จินดาวัฒนะและ คณะ, 2551)

จากแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมผลลัพธ์สุดท้ายที่เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ(Pender, et al., 2011) หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านอย่างเหมาะสมย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้ป่วยสามารถปรับให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านให้เข้ากับวิถีชีวิตประจำวันได้ จะนำสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การดูแลตนเองโดยการหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค การแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นและเหมาะสมเช่นการเข้าฟังหรือหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การขอข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ หรือการตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพนี้ นับเป็นด้านที่มีความสำคัญซึ่งจะต้องสนับสนุนและเสริมพลังให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตื่นตัวในการดูแลตนเองมากขึ้น และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถคงภาวะสุขภาพที่ดีได้(Resnik, 2007)

Copyright by Mahidol University

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ทั้งในระดับสูง (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) และในระดับปานกลาง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547;

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551)การศึกษาในกลุ่มผู้ที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีสุขภาพแข็งแรงพบทั้งที่มีพฤติกรรมในระดับสูง (สุธิดา พุฒทอง, 2551) ในระดับปานกลาง (ลัดดาวรรณ์ อังควานิช, 2550)และในระดับต่ำ (Lee & Loke, 2005)และในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่พบว่ามีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง (กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นันทกา คำแก้ว, 2547)ในขณะที่การศึกษาในโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ของสุปราณี กิติพิมพ์ (2555) พบว่ามีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) หมายถึง การปฏิบัติตัวตามแบบแผนการออกกำลังกาย หรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับภาวะของโรค เช่น การออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้ โดยออกต่อเนื่องเป็นเวลา 20 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การตรวจนับชีพจรระหว่างการออกกำลังกายให้ถึงระดับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ใช้การออกกำลังกายเป็นวิธีการพักผ่อนอย่างหนึ่ง หรือการออกกำลังกายระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Ciolac, et al., 2008; Ciolac, et al., 2009; Dickinson, et al., 2006; Fagard & Cornelissen, 2007; Staffileno, et al., 2007)ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมย่อมส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้พบว่ามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายทั้งที่อยู่ในระดับสูง (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) และปานกลาง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; Wood, 2008) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มีการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับต่ำ (Hui, 2002) และปานกลาง (ลัดดาวรรณ์ อังควานิช, 2550; สุธิดา พุฒทอง, 2551) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคไตเรื้อรังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (นันทกา คำแก้ว, 2547; สุปราณี กิติพิมพ์, 2555) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง (กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547) และระดับปานกลาง (ชลธิชา เรือนคำ, 2547)

Copyright by Mahidol University

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ และเหมาะสมกับโรค เช่น การรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ 2-3 มื้อต่อวัน เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มัน และมีการเลือกอาหารที่เหมาะกับโรคโดยอ่านสลากข้างกระป๋อง การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งซึ่งมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าประเภทอาหารที่เหมาะสมสามารถลดความดันโลหิตได้จริง(Pimenta, et al., 2009; Sacks & Campos, 2010; Savica, Bellinghieri, & Kopple, 2010)

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการทั้งที่อยู่ในระดับสูง (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) และปานกลาง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; Wood, 2008) สำหรับในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มีการเจ็บป่วยพบว่ามีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง (จุรีพร คงเฉลิม, 2551) ในระดับปานกลาง (นลินี มิ่งมณี, 2549; ลัดดาวรรณ์ อังควานิช, 2550; สุธิดา พุฒทอง, 2551) และในระดับต่ำ (Lee & Loke, 2005)ในขณะที่กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคไตเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการในระดับสูง(กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; นันทกา คำแก้ว, 2547; Campbell & Torrance, 2005) มีเพียงการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ของสุปราณี กิติพิมพ์ (2555) ที่พบว่ามีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

4. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ(Spiritual growth)คือการประจักษ์ในคุณค่าแห่งตนและมีความเจริญด้านจิตวิญญาณ เป็นความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตระหนักในความสำคัญของชีวิต มีจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีความพึงพอใจในชีวิตและตระหนักในคุณค่าแห่งตนไม่มัวกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น มีการศึกษาที่กล่าวว่า เรื่องของศาสนาหรือจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Culliford, 2002)

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ทั้งในระดับสูง (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) ในระดับปานกลาง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) และในระดับต่ำ (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบทั้งในระดับสูง (ลัดดาวรรณ์ อังควานิช, 2550; Lee & Loke, 2005) และระดับปานกลาง(สุธิดา พุฒทอง, 2551) และในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ส่วนใหญ่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง (กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา

Copyright by Mahidol University

เรือนคำ, 2547; นันทกา คำแก้ว, 2547; สุปราณี กิติพิมพ์, 2555; Campbell & Torrance, 2005; Thanavaro, Thanavaro, & Delicath, 2010)

5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal relations) หมายถึง ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อให้ได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ หรือช่วยในการบรรเทาความเครียด มีการแสดงออกทางกาย เช่น สวมกอด หรือแตะมือ เพื่อแสดงความห่วงใย การแสดงความยินดีเมื่อเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จ หรือการหาวิธีที่จะให้สัมพันธภาพดำเนินไปด้วยดี สิ่งสำคัญอาจต้องมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองและในส่วนความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้รู้จักและควบคุมตนเอง ส่งผลต่อการมีสัมพันธภาพที่ดีและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข เคยมีการศึกษาที่พบว่าการมีความขัดแย้งเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (Holroyd & Gorkin, 1983)สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่รัก พบว่าเมื่อเกิดความเครียดเกี่ยวกับสัมพันธภาพจะส่งผลให้ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเพิ่มสูงขึ้น (Kim, 2006)ดังนั้นการพัฒนาตนเองเพื่อให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดำเนินไปด้วยดี ย่อมเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้

จากผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้พบว่ามีทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับสูง(วาสนา ครุฑเมือง, 2547) และปานกลาง (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) ส่วนการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มีการเจ็บป่วยส่วนใหญ่พบว่ามีพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง(ลัดดาวรรณ์ อังควานิช, 2550; สุธิดา พุฒทอง, 2551; Hong, et al., 2007; Lee & Loke, 2005) และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ พบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งในระดับสูง (กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; สุปราณี กิติพิมพ์, 2555; Campbell & Torrance, 2005; Thanavaro, et al., 2010) และระดับปานกลาง(นันทกา คำแก้ว, 2547)

6. **ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management)**เป็นการกระทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและรวมแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับของบุคคลดังนั้นการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรือการนั่งสมาธิ ล้วนมีส่วนช่วยลดการกระตุ้นทางกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง (Rainforth et al., 2007)

จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง(ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551)ในกลุ่มผู้ป่วยช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มีการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดอยู่ใน

Copyright© by Mahidol University

ระดับสูง(จุรีพร คงเฉลิม, 2551; ลัดดาวรรณ์ อังควานิช, 2550; สุธิดา พุฒทอง, 2551) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบการจัดการความเครียดทั้งในระดับสูง(กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547; สุปราณี กิติพิมพ์, 2555) และในระดับปานกลาง(นันทกา คำแก้ว, 2547; Thanavaro, et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ที่กล่าวมานั้น ในแต่ละด้านจะมีความยาก และความง่ายในการปฏิบัติแตกต่างกันออกไปตามแต่บริบทของบุคคล ซึ่งพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ถูกกล่าวถึงไว้ในหลายการศึกษา

การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชนบททางภาคเหนือของประเทศญี่ปุ่นกับอาศัยอยู่ในรัฐแคโรไลนา ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยใช้ข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์เป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Kemppainen et al., 2011) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางประชากรศาสตร์ด้านสถานภาพการสมรส และการมีงานทำสามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรัฐแคโรไลนา ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ ในประเทศไทย มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของวาสนา ครุฑเมือง (2547) พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และในช่วงวัยที่ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่ได้ระบุเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยก็พบปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น

ในการศึกษาของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจำนวน 400 รายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรส่งเสริมสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการพัฒนาทางจิต

Copyright by Mahidol University

วิญญาณด้านโภชนาการด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอิทธิพลของครอบครัว และอิทธิพลด้านสถานการณ์

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ของลัดดาวรรณ์อังควานิช (2550) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25-59 ปี พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ในการศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางของนลินี มิ่งมณี (2549)ที่มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางจำนวนทั้งสิ้น 250 คน พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับสูง โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคือระดับการศึกษารายได้โดยผู้ที่มีระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนสูงกว่ามีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือนที่น้อยกว่า และสุขภาพจิตรวมถึงความเชื่ออำนาจภายใน–ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพในทางบวกมีผลให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีกว่า

หรือในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทยของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 23-58 ปี จำนวน 82 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคไต เรื้อรัง จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง ของสุปราณี กิติพิมพ์ (2555) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอายุ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .001$, $p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นไตวายเรื้อรังพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Copyright by Mahidol University

ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานของกมลรัตน์ จูมสีมา (2550) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน

ระดับดี โดยที่ ปัจจัยด้านเพศ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ของชลธิชา เรือนคำ (2547) โดยปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เห็นได้ว่ามีหลากหลายปัจจัย ที่ถูกนำมาศึกษาอิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลของแต่ละปัจจัยก็ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มโรค หรือแม้แต่บางครั้งในกลุ่มโรคเดียวกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็ยังคงมีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่านอกจากความแตกต่างของโรคแล้ว ลักษณะเฉพาะ หรือบริบทของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนสำคัญ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาในปัจจัยที่มีความเฉพาะกับบริบท จะช่วยสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมขึ้น ซึ่งข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังมีอยู่จำกัด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญเพื่อพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีสุขภาพที่ดีขึ้นและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ในการศึกษาครั้งนี้มีแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender, et al., 2011)เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในแต่ละการศึกษาที่ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นโรคเดียวกัน แต่ปัจจัยในกรอบแนวคิดสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้แตกต่างกันแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างทางบริบทของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษา เช่น ช่วงวัยสภาพร่างกาย หรือวิถีชีวิต ถิ่นที่อยู่ของผู้ป่วยมีผลทำให้แต่ละปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือก 3 ปัจจัย ที่คาดว่าน่าจะมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยในแต่ละปัจจัยประกอบอยู่ในมโนทัศน์หลักของกรอบแนวคิด ดังนี้

Copyright by Mahidol University

2.4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status)หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะที่เป็นโรคประกอบอยู่ในปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งอยู่ในมโนทัศน์หลักแรก คือ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individual characteristics and experiences) โดยเพนเดอร์ กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมโดยผ่านอารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง จากประสบการณ์ของบุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้เกิดความปกติสุข และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจึงเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองสุขภาพไม่ดี การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด

การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 160 ราย ของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ การศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Li & Zhang, 2013)การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Lee & Laffrey, 2006)การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน-อเมริกันอายุ 19-49 ปี ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี (Jackson, 2011)

นอกจากนี้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพมีการศึกษาพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยชาวแอฟริกัน - อเมริกันโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวผิวดำ ที่อาศัยอยู่ในตัวเมือง มีอายุอยู่ในช่วง 33-49 ปี ในจำนวนนี้พบว่ามีร้อยละ 42 ที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาโดยขึ้นกับความสะดวกและการตัดสินใจของตนเอง เช่น จำเป็นต้องออกไปธุระและไม่ได้นำยาไปด้วย ก็จะหยุดรับประทานยา หรือ การรับประทานยาลดความดันโลหิตเฉพาะเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84 รู้สึกว่าพวกเขาไม่มีความสุขจากการที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่ง

Copyright© by Mahidol University

กล่าวว่าเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจะไม่มีทางกลับไปเป็นปกติได้อีก แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางคนรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดในกลุ่มคนผิวดำอยู่แล้ว(Rose, et al., 2000)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และความเชื่อเกี่ยวกับยา มีผลต่อการพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจรับประทานยาของผู้ป่วยแต่เนื่องจากในการศึกษานี้สัมภาษณ์เฉพาะการให้ความหมายของสุขภาพเท่านั้น ไม่ได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย จึงมิอาจบอกได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาดังกล่าวสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างไร แต่อาจกล่าวได้ว่า การมีความเชื่อและความรู้ที่ผิด อาจส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี หรือไม่ถูกต้องได้ ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้

สำหรับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยใกล้เคียงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Hong, et al., 2007) และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Larouche, 1998)

แม้ที่ผ่านมาจะมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นก่อนหน้านี้ มักเป็นการศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้มีการเจ็บป่วยหรือจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ก็ไม่ได้มีการแบ่งช่วงอายุ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าช่วงอายุนี้อาจเป็นบริบทสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้ มีความแตกต่างกับช่วงวัยอื่น

2.4.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to action)หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบอยู่ในมโนทัศน์หลักที่สอง คือ อารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) โดยเพนเดอร์ กล่าวว่า ตัวแปรกลุ่มนี้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยไปลดความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำ

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหลายการศึกษา ทั้งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆเช่นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาของปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี ชื่นชม เจริญยุทธ กนกพร หมู่พยัคฆ์ และดวงใจ รัตนธัญญา (2552) ที่ศึกษา

Copyright© by Mahidol University

เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองได้ร้อยละ 10.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยที่การรับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมอาหารนี้เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้มากที่สุด การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหญิงที่มีอาการเจ็บหน้าอกโดยไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้และเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด (Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage, & Delicath, 2006)

และสำหรับการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีวัยใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เช่นการศึกษาของสุธิดา พุฒทอง (2551) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย จากจังหวัดนครศรีธรรมราชและสุราษฎร์ธานี แม้ว่าการศึกษาของสุธิดาพุฒทอง (2551) จะทำในผู้ที่ไม่ได้เจ็บป่วย แต่เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นตามที่ผู้วิจัยสนใจ และผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยกตัวอย่างมาก่อนหน้านี้ ซึ่งจากการศึกษาของสุธิดาพุฒทอง (2551) พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$, $r=-0.28$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)โดยการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = -.07, $p < .05$) การศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2554) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตำรวจ 82 นาย อายุ23-58 ปี โดยพบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .01$) และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ของปริมประภา ก้อนแก้วจรรจา สันตยากรปกรณ์ประจัญบาน และวิโรจน์ วรรณภิระ (2554)ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้ในงานศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยชาวแอฟริกัน-อเมริกัน(Rose, et al., 2000)จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะหากขัดกับวิถีชีวิตตามปกติ นอกจากนี้

Copyright© by Mahidol University

ความจำเป็นเรื่องการทำงาน เช่น เวลาแพทย์นัดตรงกับเวลาทำงาน และการลางานหลายครั้งในแต่ละปีทำให้เสียผลประโยชน์ในงานบางอย่าง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ไปตรวจตามนัด

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหลายๆการศึกษา แต่ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็ยังไม่เคยมีการศึกษาที่ชัดเจนในปัจจัยนี้เช่นกัน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญในบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากมีความจำเป็นต้องดูแลและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ในขณะเดียวกันก็เป็นวัยที่มีภาระหน้าที่ทางสังคมที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าวัยอื่นๆ เช่นกัน

2.4.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)หมายถึง ความนึกคิดของบุคคล ต่อความเชื่อ ทัศนคติ หรือพฤติกรรมของบุคคลอื่นเป็นปัจจัยที่ประกอบอยู่ในมโนทัศน์หลักที่สอง คือ อารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and Affect) โดยเพนเดอร์(Pender, et al., 2011) กล่าวว่า ตัวแปรกลุ่มนี้มีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่กล่าวมาจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ซึ่งปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีการศึกษาทั้งในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยและในผู้ที่มีสุขภาพดี เช่นการศึกษาของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 69.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของชลิดาโสภิตภักดีพงษ์ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนาและสุนีย์ละกำปั่น (2553) ที่พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีของบุคคลในครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่ดีด้วยสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ของของปริมประภา ก้อนแก้วจรรจา สันตยากรปกรณ์ ประจัญบาน และวิโรจน์ วรรณภิระ (2554)ที่พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่งจังหวัดพังงา ของ ลัดดาวรรณ์อังควานิช (2550) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และในการศึกษาของสุธิดา พุฒทอง(2551)ที่ศึกษาปัจจัยทำนาย

Copyright by Mahidol University

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่าปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งในการศึกษาใช้เป็นอิทธิพลของคนในครอบครัวนั้น สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในผู้ที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย แต่การศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนั้น ยังมีอยู่จำกัด ซึ่งหากมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับอิทธิพลของบุคคลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก็จะเป็นแนวทางที่ดีที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

โดยที่ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคล จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) ตามรูปแบบของเพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 2011) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) การออกกำลังกาย (Physical activity) โภชนาการ (Nutrition) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) การพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) การจัดการกับความเครียด (Stress management)

ดังนั้นการศึกษาในปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ชัดเจนมากขึ้น สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขในส่วนที่ผู้ป่วยอาจยังรับรู้ไม่เหมาะสม หรือช่วยในการแก้ไขสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือในรายที่มีการรับรู้ที่ถูกต้องอยู่แล้ว ก็อาจช่วยสนับสนุนโดยการให้บุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คนในครอบครัว เพื่อน หรือแม้แต่บุคลากรทางสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีและต่อเนื่อง นำสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย(Predictive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

3.1 ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ ระหว่าง 20-40 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศิริราชโดยมีการเก็บข้อมูลที่หน่วยบริการสองแห่งในโรงพยาบาลคือ แผนกผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ ระหว่าง 20-40 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่แผนกผู้ป่วยนอก และสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling)โดยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และไม่มีอาการแสดงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
3. สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้

Copyright by Mahidol University

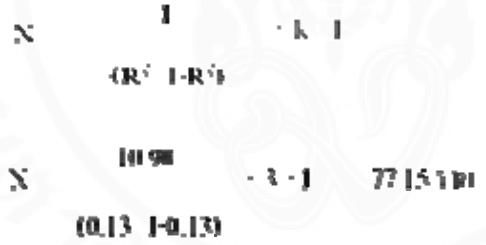
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากศึกษา (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีอาการไม่สุขสบาย หรืออาการแสดงของปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เหนื่อย แน่นหน้าอก เป็นต้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้การคำนวณและการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ(Power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ Multiple regression กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95, α=.05, power of test = 0.80 ตัวแปรอิสระ 3 ตัว และกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size, R^2) = 0.13 โดยเปิดตารางของโพลิทและเบค(Polit & Beck, 2008)และใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง



โดยที่ **N** =จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตาราง Power analysis for multiple regression (Polit & Beck, 2008)จากระดับนัยสำคัญทางสถิติและอำนาจการทดสอบที่กำหนด (เปิดตารางได้ค่า L เท่ากับ 10.90)

k = จำนวนตัวแปรต้น

R^2 = ค่าขนาดอิทธิพล

ดังนั้น ในการเก็บรวมรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ จะใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 78 ราย

Copyright by Mahidol University

3.2 แหล่งเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการทางสุขภาพ 2 แห่ง คือ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช โรงพยาบาลศิริราช

แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2,998,938 ราย(คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2553) เปิดบริการทุกวันราชการ ตั้งแต่เวลา 7.00-15.00 น. สถิติผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงภายในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวนทั้งสิ้น 94,272 ราย (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช, 2555)จำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงอายุ 20-40 ปีของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่ามีจำนวน 3,529 ราย 3,591 ราย และ 3,572 ราย ตามลำดับ(งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช, 2555)คลินิกโรคความดันโลหิตสูงให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันจันทร์ และอังคาร เวลา 13.00-15.00 น. ซึ่งคลินิกความดันโลหิตสูงจะมีอาจารย์แพทย์และพยาบาลจากสาขาวิชาความดันโลหิตสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นผู้มาให้บริการโดยพยาบาลจะได้รับการฝึกในการวัดความดันโลหิตและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนวัดความดันโลหิตอย่างถูกวิธีระบบการนัดหมายของคลินิกความดันโลหิตสูงจะจำกัดผู้ป่วยวันละ 50 ราย ระยะเวลาเฉลี่ยในการมารับบริการในรายที่ไม่ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่เกิน 2 ชั่วโมง หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะมีระยะเวลารอเพิ่มขึ้นรวมเป็น 2-4 ชั่วโมงมีพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้การดูแลในรายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนอยู่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช จำนวนผู้ป่วยใช้บริการโดยเฉลี่ย 18,516 รายต่อปี ให้บริการวันจันทร์เวลา 07.00 - 19.00 น. วันอังคาร - ศุกร์เวลา 07.00 - 18.00 น ผู้ป่วยมารับบริการวันละ120-150 รายให้บริการตรวจรักษาทุกโรค ในแต่ละวันจะมีแพทย์เฉพาะทางให้บริการตามตารางการออกตรวจ เช่น กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แต่ยังไม่มีบริการคลินิกเฉพาะโรค ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดต่อเนื่องส่วนใหญ่ได้รับการนัดหมายในช่วงเช้า คือ 8.00 – 12.00 น. และมีการแบ่งช่วงเวลานัดหมายเพื่อลดการคับคั่งของผู้ป่วย ซึ่งโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช คือ โรคความดันโลหิตสูง(คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2553)ระยะเวลาเฉลี่ยในการมารับบริการประมาณ 3 ชั่วโมง หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง มีพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้การดูแลในรายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

Copyright by Mahidol University

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการรับรู้อุปสรรค และแบบวัดอิทธิพลระหว่างบุคคล

3.3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำ และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3.1.2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพได้จากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตในวันที่ตอบแบบสอบถามระยะเวลาการเป็นโรคการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ได้รับ

3.3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้แบบวัดHealth-promoting Lifestyle Profile-II (HPLP II) ที่พัฒนาโดย Susan Noble Walker ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation-back translation process) โดย อรวมน ศรียุกตศุทธ (Sriyuktasuth, 2002) จำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1.ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มี 9 ข้อ

2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย มี 8 ข้อ

3. ด้านโภชนาการมี 9 ข้อ

4. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ มี 9 ข้อ

5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มี 9 ข้อ

6. ด้านการจัดการกับความเครียด มี 8 ข้อ

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) มี 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

Copyright by Mahidol University

ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเลย = 1คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง = 2คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 3 คะแนน
ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 4 คะแนน

มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 52 – 208 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนโดยรวมและคะแนนรายด้าน พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

เกณฑ์การแปลผลของคะแนนอยู่ในช่วง 1 – 4 คะแนน ได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย คือ ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดจากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนชั้นหรือระดับคะแนนสูง แปลว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง

แบบสอบถามนี้เคยมีการนำไปใช้ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้ป่วย โดยในกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพดี ได้แก่ ตำรวจจากสถานีตำรวจนครบาล 2 แห่งในเขตบางกอกน้อยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability coefficients) โดยใช้สูตรอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95(ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และ คณะ, 2554)และใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเอสแอล อีได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability coefficients) โดยใช้สูตรอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83(Sriyuktasuth, 2002)

3.3.3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ Lawton, Moss, Fulcomer, และ Kleban (1982)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation-back translation process) โดยอรวมน ศรียุกตศุทธ (Sriyuktasuth, 2002)แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีระดับคำตอบ 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (รู้สึกว่าสุขภาพไม่ดี) จนถึง 4 คะแนน (รู้สึกว่าสุขภาพดีมาก) 2) การเปรียบเทียบสุขภาพปัจจุบันกับปีที่ผ่านมา มีระดับคำตอบ 3 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (แย่กว่าเดิม) จนถึง

Copyright by Mahidol University

3 คะแนน (ดีขึ้นกว่าเดิม) 3) การเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในช่วงวัยเดียวกันมีระดับคำตอบ 3 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (แย่กว่าคนอื่น) จนถึง 3 คะแนน (ดีกว่าคนอื่น) และ 4) ผลของปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน มีระดับคำตอบ 3 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (มีผลมาก) จนถึง 3 คะแนน (ไม่มีผล)

มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 4 – 13 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

เกณฑ์การแปลผลของคะแนน ได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี ปานกลาง และดี โดยใช้ค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดจากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนชั้นหรือระดับแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.00-7.00หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 7.01-10.01หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 10.02-13.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

แบบสอบถามนี้เคยมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเอสแอล อี ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability coefficients) โดยใช้สูตรอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 (Sriyuktasuth, 2002)

3.3.4 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคเป็นแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคที่พัฒนาโดย Becker, Sutibergenและ Sands (1991)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Translation-back translation process) โดยอรวมนศรียุกตศุทธ (Sriyuktasuth, 2002)ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) มี 4 ระดับ และมีค่าคะแนน ดังนี้

ไม่เคยเป็นอุปสรรคเลย = 1 คะแนน

เป็นอุปสรรคบางครั้ง = 2 คะแนน

เป็นอุปสรรคบ่อยครั้ง = 3 คะแนน

เป็นอุปสรรคสม่ำเสมอ = 4 คะแนน

มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 18 – 72 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

Copyright by Mahidol University

เกณฑ์การแปลผลของคะแนนได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดจากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนชั้นหรือระดับแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00- 2.00หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.01- 3.00หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดย Becker, Sutibergen และ Sands (1991) สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดส่วนบุคคล และข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อม แต่เคยมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเอสแอล อี ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability coefficients) โดยใช้สูตรอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 (Sriyuktasuth, 2002)

3.3.5 แบบวัดอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลของธิดารัตน์ ทรายทอง (2547) ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดรูปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2002) ผู้วิจัยดัดแปลงจากข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เหลือ 10 ข้อ โดยตัดข้อคำถามข้อที่ 4, 5 และ 9 ออก เนื่องจากข้อ 4 ลงรายละเอียดของกิจกรรมมากไป อาจไม่ครอบคลุมการสนับสนุนของครอบครัวในด้านอื่น ส่วนคำถามข้อที่ 5 และข้อที่ 9 ตัดออกเนื่องจากข้อคำถามไม่ได้ระบุว่าเป็นอิทธิพลจากบุคคลกลุ่มใดจากนั้นปรับข้อความให้เหมาะกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา และบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยถามความเห็นที่สอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 คน จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.74 (ทัศนีย์ นะแส, 2542)ประกอบด้วยคำถามที่แสดงถึงอิทธิพลจากบุคคลภายในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 2 และข้อคำถามด้านบวกจำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ และมีค่าคะแนน ดังนี้

Copyright by Mahidol University

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 – 50 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

เกณฑ์การแปลผลของคะแนนได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดจากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนชั้นหรือระดับแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00– 2.33 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34- 3.67 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบวัดการรับรู้อุปสรรค และแบบวัดอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

Copyright by Mahidol University

ผู้วิจัยนำเสนอแบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการรับรู้อุปสรรคและแบบวัดอิทธิพลระหว่างบุคคล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ความเหมาะสมของเนื้อหา ในการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5คน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์	2คน
อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	1 คน
พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1 คน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค และแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85, 1.00, 0.66 และ0.83 ตามลำดับ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา ตามความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านอีกครั้งก่อนนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามและอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 รายแล้วจึงนำมาคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach'salpha coefficient) ซึ่งเกณฑ์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ยอมรับได้ควรมีค่าเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร , 2553)มีสูตรดังนี้

$$\alpha = n/n\text{-}1\ [\ 1- \Sigma S_i^2 / S_t^2$$

โดย α= สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

n =จำนวนข้อของคำถาม

ΣS_i^2=ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_t^2=ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

Copyright by Mahidol University

โดยแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคและแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังแสดงในตารางที่3.1

ตารางที่ 3.1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n = 30)	กลุ่มตัวอย่าง (n = 78)
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.84	0.88
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.80	0.79
การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.85	0.86
อิทธิพลระหว่างบุคคล	0.74	0.80

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศิริราช และที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชโดยที่แผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์- อังคาร ตั้งแต่เวลา 12.00-15.00 น.และที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช เก็บข้อมูลวันจันทร์เวลา 07.00 - 19.00 น. วันอังคาร – ศุกร์เวลา 07.00 - 18.00 น โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

3.5.2 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลและนำหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

3.5.3 ผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.5.4 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและหัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชจึงติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจในการช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อส่งต่อให้พบผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ และเชิญเข้าร่วมงานวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแบบสอบถามก่อนที่จะลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถาม รวมถึงอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทุกอย่างมีความหมาย หากไม่เข้าใจในข้อคำถามใดสามารถเรียกผู้วิจัยเพื่อสอบถามได้ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลเสียใดๆและยังคงได้รับการรักษาตามปกติ

3.5.5 การตอบแบบสอบถามใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 60 นาที โดยจะใช้เวลาระหว่างการรอตรวจ และ/หรือระหว่างการรอรับยาและใบนัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามปัญหาข้อข้องใจในแบบสอบถามได้ตลอดเวลา ส่วนในรายที่อ่านไม่ได้หรือไม่สะดวกในการเขียนคำตอบ ผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบให้แทน หลังจากตอบแบบสอบถามเรียบร้อย ให้กลุ่มตัวอย่างส่งคืน โดยใส่ลงในกล่องที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้

3.5.6 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชเมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะ เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าร่วมและการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยระหว่างการตอบแบบสอบถามหากผู้เข้าร่วมการวิจัย มีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแบบสอบถามหรือโรคความดันโลหิตสูง สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลเสียใดๆ

Copyright by Mahidol University

และยังคงได้รับการรักษาตามปกติการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นแต่อาจทำให้เสียเวลาจากการตอบแบบสอบถาม ผลของการ ศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เริ่มเป็นตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคตได้ โดยข้อมูลที่ได้จะไม่มีการนำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม การเข้าถึงข้อมูลจะใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น โดยผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียว หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายให้เข้าใจ และทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้วให้ลงนามไว้เป็นหลักฐานในคำชี้แจ้งพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ สิทธิการรักษา และผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย และ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตระยะเวลาการเป็นโรคการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ได้รับ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่(Frequency Distributions) ร้อยละ (Percentage)ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย(Mean, $\bar{X}$)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, *SD*)

3.7.2 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล

3.7.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3.7.4 วิเคราะห์หาอิทธิพล ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)ดังแสดงในภาคผนวก ช

Copyright by Mae Fah Luang University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย(Predictive correlational research)เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 78 ราย โดยพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 70 ราย ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5.71) โดยผู้ป่วยระบุว่าต้องดูแลบุตรที่พามาด้วยไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการ จำนวน 2 ราย และไม่มีเวลา จำนวน 2 ราย มีผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย 66 ราย และที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชพบผู้ป่วยเพียง 13 ราย เนื่องจากเมื่อพบการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยแพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยไปที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชเพื่อค้นหาสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในจำนวน 13 รายที่พบนี้มีผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 1 ราย (คิดเป็นร้อยละ 7.69)โดยระบุว่าไม่มีเวลา ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย 12 ราย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 78 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิตินำเสนอผลการศึกษาด้วยตารางและคำบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

4.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพ

4.2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

4.3ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

4.4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

Copyright by Mahidol University

4.5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุน้อยที่สุด 20 ปี มากที่สุด 40 ปี พบกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 36-40 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.6)อายุเฉลี่ย 34 ปี(SD = 5.59) มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง(ร้อยละ62.8)มีสถานภาพโสด (ร้อยละ48.7) และคู่ (ร้อยละ47.4) ใกล้เคียงกัน ภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่กรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล(ร้อยละ 61.5) แต่จากข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลคิดเป็นร้อยละ 88.4 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวเช่น บิดา มารดา พี่น้อง คู่สมรส และญาติ (ร้อยละ 89.7) รองลงมาคืออยู่คนเดียว (ร้อยละ6.4) และ อยู่กับเพื่อน (ร้อยละ 2.6) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี(ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 20.5) และประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ23.1) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง10,000-20,000 บาทซึ่งส่วนใหญ่คิดว่ามีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ (ร้อยละ 74.4)สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือสิทธิการรักษาพยาบาลที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 34.6)ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล(n = 78)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
20-25	11	14.1
26-30	7	9.0
30-35	19	24.3
36-40	41	52.6
($\bar{X}$ = 33.77 ปี, SD = 5.59 ปี, ค่าสูงสุด-ต่ำสุด = 20-40 ปี)		
เพศ		
ชาย	29	37.2
หญิง	49	62.8

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 78)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	38	48.7
คู่	37	47.4
หย่า/ แยก/หม้าย	3	3.9
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพและปริมณฑล	48	61.5
นอกเขตกรุงเทพและปริมณฑล	30	38.5
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพและปริมณฑล	69	88.4
นอกเขตกรุงเทพและปริมณฑล	9	11.6
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่กับครอบครัว	70	89.7
อยู่คนเดียว	5	6.4
อยู่กับเพื่อน	2	2.6
อื่นๆ (อยู่วัด)	1	1.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	10.2
มัธยมศึกษา	16	20.5
อนุปริญญา	7	9.0
ปริญญาตรี	40	51.3
สูงกว่าปริญญาตรี	7	9.0
อาชีพ		
พนักงานบริษัทเอกชน	18	23.1
ข้าราชการ, ลูกจ้างหน่วยงานรัฐ	17	21.8
รับจ้าง (รับค่าแรงรายวัน)	10	12.8
ค้าขาย	9	11.5
นักเรียน นักศึกษา	8	10.2

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 78)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ, อยู่บ้านเฉยๆ	7	9.0
เจ้าของกิจการ, ธุรกิจส่วนตัว	6	7.7
อื่นๆ (เกษตรกร, ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ, พระภิกษุ)	3	3.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	7	9.0
น้อยกว่า 10,000 บาท	15	19.2
10,000 – 20,000 บาท	29	37.2
20,001 – 30,000 บาท	15	19.2
มากกว่า 30,000 บาท	12	15.4
ความเพียงพอของรายได้ต่อความต้องการ		
เพียงพอ	58	74.4
ไม่เพียงพอ	20	25.6
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	27	34.6
ประกันสังคม	24	30.8
จ่ายเงินเอง	16	20.5
สวัสดิการข้าราชการ	8	10.2
สวัสดิการบริษัท องค์กร รัฐวิสาหกิจ	3	3.9

Copyright by Mahidol University

4.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพ

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.8) และไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 62.8) ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ โดยเมื่อพิจารณาในเพศชายทั้งหมด 29 ราย พบว่ามีเพศชายร้อยละ 82.76 (24ราย) และในเพศหญิงทั้งหมด 49 ราย พบว่ามีร้อยละ 73.5 (36 ราย) ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไปจากการวินิจฉัยในกลุ่มตัวอย่างพบความดันโลหิตชนิดปฐมภูมิ (Primary or Essential hypertension) เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.3)ในวันที่ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์เป้าหมายสำหรับผู้ป่วยทั่วไป คือ มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไประดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) เฉลี่ย 134.74 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 14.90) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) เฉลี่ย 84.95 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 11.40)ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจนกระทั่งถึงวันเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในช่วง 3 – 5 ปี เป็นจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 30.8) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3 ปี 8 เดือนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 84.6) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พบภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยหนึ่งระบบในร่างกาย มีจำนวนร้อยละ 15.4 โดยระบบที่พบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือระบบไต(ไตวายเรื้อรังระยะที่ 2) รองลงมาคือระบบจอประสาทตา(จอประสาทตาเสื่อม) และระบบหัวใจ(หัวใจวายและหัวใจโต) คิดเป็นร้อยละ 58.3ร้อยละ 33.3และร้อยละ 25.0 ของจำนวนผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา (ร้อยละ 83.3) โดยเฉลี่ย 2 ชนิดต่อคน ชนิดที่ใช้มากที่สุดคือยากลุ่ม Calcium Channel Blockers (ร้อยละ 62.8) รองลงมา คือ Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors, Beta Blockers และ Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs)ซึ่งพบการใช้ยาเท่ากันทั้ง 3 ชนิดในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 23.1) และไม่พบการใช้ยากลุ่ม Vasodilatorsในกลุ่มตัวอย่าง

ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำคือการมาตรวจตามนัด มีการปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุดถึงร้อยละ 91 รองลงมาคือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการควบคุมอาหาร คิดเป็นร้อยละ 76.9 และ 52.6 ตามลำดับ ส่วนอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พบมากที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย รองลงมาคือ การควบคุมอาหาร และการจัดการความเครียด คิดเป็นร้อยละ 67.9, 39.7 และ 34.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วยและสุขภาพ (n = 78)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (คน)		ร้อยละ	
การสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	63		80.8	
เคยสูบ (เลิกแล้ว)	8		10.2	
ยังคงสูบ	7		9.0	
การดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่ม	49		62.8	
เคยดื่ม (เลิกแล้ว)	18		23.1	
ยังคงดื่ม	11		14.1	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ ตารางเมตร) **(ชาย n=29, หญิง n=49)**	**ช**	**ญ**	**ช**	**ญ**
น้อยกว่า 18.5	1	3	3.5	6.1
18.5 – 22.9	4	10	13.8	20.4
23 – 24.9	5	3	17.2	6.2
25 – 29.9	7	18	24.1	36.7
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป	12	15	41.4	30.6
(เพศชาย: $\bar{X}$ = 29.37,*SD* = 6.90,Min–Max = 17.92 – 47.02				
เพศหญิง: $\bar{X}$ = 27.49, *SD* = 5.39, Min – Max = 17.09 – 38.50)				
ชนิดของความดันโลหิต				
Primary hypertension (Essential hypertension)	72		92.3	
Secondary hypertension	6		7.7	
ระดับความดันโลหิตในวันที่ตอบแบบสอบถาม (มิลลิเมตรปรอท)				
SBP < 120 และ DBP < 80	12		15.4	
SBP 120 -129 และ/หรือ DBP 80 - 84	9		11.5	
SBP 130 -139 และ/หรือ DBP 85 - 89	18		23.1	
SBP 140 -159 และ/หรือ DBP 90 - 99	32		41.0	
SBP 160 -179 และ/หรือ DBP 100 - 109	6		7.7	
SBP $\geq$ 180 และ/หรือ DBP $\geq$ 110	1		1.3	
(SBP* : $\bar{X}$ =134.74, *SD* = 14.90, Min – Max = 97 – 166				
DBP**: $\bar{X}$ = 84.95, *SD* = 11.40, Min – Max = 51 – 115)				

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วยและสุขภาพ (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(ปี)		
≤1	16	20.5
>1-3	22	28.2
>3-5	24	30.8
>5-10	13	16.7
>10	3	3.9
($\bar{X}$ =3.71, *SD* = 3.47, Min – Max = 0.08 – 20)		
การรักษาที่ได้รับ		
ปรับพฤติกรรมอย่างเดียว (ไม่ต้องรับประทานยา)	11	14.1
รับประทานยา	65	83.3
ชนิดยาที่รับประทาน(ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)		
- Diuretics	12	15.4
- Calcium Channel Blockers	49	62.8
- Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors	18	23.1
- Beta Blockers	18	23.1
- Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs)	18	23.1
- Alpha1-Blockers	6	7.7
- Central Alpha2-Agonist	5	6.4
($\bar{X}$ = 1.91,*SD* =1.00, Min – Max =1 – 5)		
การผ่าตัดทางต่อมไร้ท่อร่วมกับการรับประทานยา	2	2.6
ภาวะแทรกซ้อน		
ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน	66	84.6
พบภาวะแทรกซ้อน***	12	15.4
- ระบบไต	7	58.3
- ระบบจอประสาทตา	4	33.3
- ระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ	3	25.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเจ็บป่วยและสุขภาพ (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ***		
การมาตรวจตามนัด	71	91.0
การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	60	76.9
การควบคุมอาหาร	41	52.6
การพักผ่อน	39	50
การออกกำลังกาย	28	35.9
การจัดการความเครียด	22	28.2
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พบอุปสรรคในการปฏิบัติ ***		
การออกกำลังกาย	53	67.9
การควบคุมอาหาร	31	39.7
การจัดการความเครียด	27	34.6
การพักผ่อน	26	33.3
การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	16	20.5
การมาตรวจตามนัด	11	14.1

*SBP = Systolic blood pressure, **DBP = Diastolic blood pressure

*** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

Copyright by Mahidol University

4.2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านด้วยค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(*SD*)พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 128.71 คะแนน (*SD* = 15) หรือคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.48 (*SD* = 0.29)เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านการพัฒนาจิตวิญญาณด้านโภชนาการด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ 2.90, 2.70, 2.68, 2.46 และ 2.25 ตามลำดับ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ คือ 1.79ดังแสดงค่าในตารางที่4.3 (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

ตารางที่ 4.3 ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายด้าน และโดยรวม (n = 78)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ช่วงคะแนนที่ได้	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
คะแนนรวม	99 - 178	128.71	15	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม	1.90 – 3.42	2.48	0.29	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.44 – 4.00	2.25	0.45	ปานกลาง
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	1.00 – 3.75	1.79	0.45	ต่ำ
ด้านโภชนาการ	1.89 – 3.67	2.68	0.42	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	1.56 – 3.89	2.70	0.44	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.00 – 3.78	2.90	0.41	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.63 – 3.63	2.46	0.38	ปานกลาง

Copyright by Mahidol University

4.3 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมด้วยช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =7.85, *SD* = 1.89)คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.86, *SD* = 0.40) และคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47, *SD* =0.61) ดังแสดงในตารางที่4.4(รายละเอียดในภาคผนวก ค)

ตารางที่ 4.4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม	ช่วงคะแนนที่ได้	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	4 - 13	4.0– 11.0	7.85	1.89	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1 - 4	1.0– 3.17	1.86	0.40	ต่ำ
อิทธิพลระหว่างบุคคล	1 - 5	1.80– 4.70	3.47	0.61	ปานกลาง

4.4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับตัวแปรตามคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .330$, $p < .01$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright© by Mahidol University

(r = -.244 , p < .05) และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .353, p < .01) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	1	2	3	4
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.000			
การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.450*	1.000		
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.029	-.234*	1.000	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.330**	-.244*	.353**	1.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01)

4.5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) โดยตัวแปรอิสระได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถูกนำเข้าสู่สมการถดถอยเชิงพหุพร้อมกัน ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) มี 2 ปัจจัย คืออิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .338, t = 3.205)และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .309, t = 2.688)ส่วนปัจจัย ที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 22.8(R^2= .228, F = (3, 74) = 7.272) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p
ค่าคงที่	82.644	17.436		4.740	.000
1. อิทธิพลระหว่างบุคคล	.828	.258	.338	3.205	.002*
2.การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.445	.910	.309	2.688	.009*
3.การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.055	.248	-.026	-.221	.825

$R = .477$ $R^2 = .228$ $AdjR^2 = .196$ df = 3, 74 F = 7.272 Sig F. change < .001

*p < .01

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช รวมทั้งสิ้น 78 ราย ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

5.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

5.3การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

5.4อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 20-40 ปีอายุเฉลี่ย 33.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.8 ซึ่งต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (Guo, He, Zhang, & Walton, 2012; Keyhani, Scobie, Hebert, & McLaughlin, 2008; Podpalov et al., 2010)มีความเป็นไปได้ว่าส่วนหนึ่งอาจมาจากเพศหญิงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความใส่ใจในสุขภาพมากกว่าเพศชายจึงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากกว่า สอดคล้องกับข้อมูลในรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายที่พบว่า เพศหญิงมีการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย และ ในประชาชนเพศหญิงอายุ 15-44 ปี ที่พบว่ามีความดัน

Copyright by Mahidol University

โลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยมากกว่าเพศชาย (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552)นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด แต่เป็นประเด็นที่น่าคำนึงถึงการใช้ยาคุมกำเนิดในเพศหญิงซึ่งจากสถิติในต่างประเทศ พบว่าเพศหญิงในวัยเจริญพันธุ์ช่วงอายุ 15- 44 ปี มีการคุมกำเนิดด้วยการรับประทานยาและใช้ฮอร์โมนในรูปแบบอื่น เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 31.2 ในปี ค.ศ. 1995 เป็นร้อยละ 34.7 ในช่วงปี ค.ศ. 2006 – 2010 (Jo, William, & Kimberly, 2012)โดยมีการศึกษาที่พบว่า การใช้ยาคุมกำเนิดในเพศหญิงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต (Atthobari et al.,2007; Lubianca, Moreira, Gus, & Fuchs, 2005)และในหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Heikinheimo, Gissler, & Suhonen, 2008; Lidegaard, Lokkegaard, Svendsen, & Agger, 2009; Lubianca, et al., 2005; Mosher & Jones, 2010)จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พบเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.3) ทำให้อาชีพส่วนใหญ่ที่พบคือ พนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ23.1) อาชีพข้าราชการและลูกจ้างหน่วยงานรัฐ (ร้อยละ 21.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ (ร้อยละ 74.4) อาจเนื่องมาจากลักษณะอาชีพที่พบส่วนใหญ่ที่มีรายได้ประจำที่แน่นอน และมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานประจำมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการพยาบาลอยู่แล้ว ซึ่งสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิ์ที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 34.6)ใกล้เคียงกับสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 30.8)

5.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 80.8 และไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 62.8 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีการดื่มสุราและสูบบุหรี่ต่ำกว่าเพศชาย(Kashdan, Vetter, & Collins, 2005; Martelin, Makela, & Valkonen, 2004) อาจเกิดจากค่านิยมในสังคมไทยต่อเพศหญิงที่มีการสูบบุหรี่และดื่มสุรามักเป็นไปในแง่ลบทำให้พบการสูบบุหรี่และดื่มสุราน้อยในเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าแนวโน้มของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, 2549; สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552;National center for health statistics, 2011)โดยวิถีการดำเนินชีวิตอาจเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนอ้วนเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัทและเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐ ลักษณะอาชีพเป็นการทำงานที่นั่ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Copyright© by Mahidol University

โต๊ะ ทำให้การมีกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวร่างกายจากการทำงานมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพนักงานออฟฟิศที่พบว่าใช้เวลาไปกับการนั่งทำงานในแต่ละวันเฉลี่ยถึง 9.7 ชั่วโมง(Biernat, Tomaszewski, & Milde, 2010) การรับประทานอาหารจานด่วนเนื่องจากอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ที่ต้องใช้ชีวิตเร่งรีบแข่งกับเวลา ปัจจัยดังกล่าวอาจมีส่วนที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายสำหรับผู้ป่วยทั่วไป คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายนี้ พบว่าร้อยละ 34.6 มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) อยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) อยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอทซึ่งมีการศึกษาพบว่าในผู้ที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 120 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปนั้น เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้นได้ โดยความเสี่ยงจะสูงขึ้นตามระดับความดันที่สูงขึ้น (Arima, et al., 2012; Kokubo, et al., 2008) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 120 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปจึงยังคงเป็นกลุ่มที่ต้องมีความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับความดันให้ดีขึ้น เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ถึงแม้ว่าจะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของผู้ป่วยทั่วไปก็ตาม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาลดความดันโลหิต(ร้อยละ 85.9) โดยแต่ละรายจะได้รับยาเฉลี่ย 2 ชนิด แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่างได้ แพทย์จึงจำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย เพื่อให้ควบคุมระดับความดันได้ดีมากขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Carlberg, Samuelsson, & Lindholm, 2004; Mancia et al., 2007; Webb, Fischer, Mehta, & Rothwell, 2010)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆของร่างกาย อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเพียง 4 ปี อีกทั้งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งร่างกายค่อนข้างสมบูรณ์จึงมีกลไกการปรับตัวที่ดีอยู่ทำให้ยังไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวที่พบว่าในรายที่ควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้จะพบภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าคนที่ควบคุมได้คิดเป็นร้อยละ 3 เมื่อติดตามไป 13 ปี (Iyer, et al., 2010) และจะพบการเกิดโรคแทรกซ้อนทางไตมักพบเมื่อผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานมากกว่า 10 ปี (อำไพพรรณ รุ่งบรรณพันธุ์, 2551)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ การมาตรวจตามนัด อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานประจำที่มีสิทธิในการลางานได้อีกทั้งร้อยละ 88.4 อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล ทำให้ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไม่

Copyright© by Mahidol University

เป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจตามนัดมากนัก นอกจากนี้ระบบของโรงพยาบาลอาจเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถมาตรวจได้อย่างต่อเนื่อง เช่นการที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช มีการจัดระบบนัดหมายโดยกำหนดจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันให้ไม่เกิน 50 ราย ทำให้การบริการไม่ล่าช้า ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจเสร็จสิ้นภายในเวลาทำการของคลินิก

5.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ128.71 คะแนน (*SD* = 15) หรือคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.48 (*SD* = 0.29) โดยจัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ามีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งตรงกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ของ ลัดดาวรรณ์อังควานิช (2550) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกันในด้านของพัฒนาการที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและเป็นวัยทำงานเหมือนกัน และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันด้วยลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน ทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละการศึกษาไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือด้านการเคลื่อนไหวร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ คือ 1.79คะแนน (SD = 0.45)ส่วนด้านที่เหลือทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับคะแนนจากน้อย ไปมาก ดังนี้ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ2.25 คะแนน(SD = 0.45)ด้านการจัดการกับความเครียด2.46 คะแนน(SD = 0.38)ด้านโภชนาการ2.68 คะแนน(SD = 0.42)ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ2.70 คะแนน(SD = 0.44)และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล2.90 คะแนน(SD = 0.41) ทั้งนี้สามารถอภิปรายตามรายด้านจากด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ได้ดังนี้

5.2.1 การเคลื่อนไหวร่างกาย

การเคลื่อนไหวร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และจัดอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.79, *SD* =0.45) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

Copyright by Mahidol University

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ มีการออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้ ($\bar{X}$ = 1.83, *SD* =0.52) ทำกายบริหารอย่างเต็มที่ เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก เป็นเวลา 20 นาทีหรือมากกว่านั้น อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ($\bar{X}$ = 1.86, *SD* =0.73) ใช้การออกกำลังกายเป็นวิธีการพักผ่อน($\bar{X}$ = 1.67, *SD* =0.72) มีการตรวจนับชีพจรขณะออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 1.41, *SD* =0.63) และการออกกำลังกายให้จำนวนครั้งของชีพจรถึงระดับที่กำหนดไว้ ($\bar{X}$ = 1.29, *SD* =0.56) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดก็ยังมีคะแนนในระดับปานกลางได้แก่ การออกกำลังกายระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ จอดรถห่างจากที่หมายเพื่อจะได้เดินออกกำลัง ($\bar{X}$ = 2.63, *SD* =0.88) จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

แสดงให้เห็นว่าความใส่ใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เมื่อพิจารณาจากปัจจัยส่วนบุคคล สนับสนุนได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงาน มีภาระต้องรับผิดชอบทั้งหน้าที่การงาน และการดูแลครอบครัวอาจทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง อีกทั้งลักษณะของการออกกำลังกายที่ถูกต้องมีความยุ่งยากเพราะต้องมีการออกกำลังอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที การตรวจนับชีพจร หรือการกำหนดจำนวนครั้งของชีพจรแล้วออกกำลังให้ถึงชีพจรเป้าหมาย โดยเฉพาะการนับชีพจรไม่ใช่วิธีการที่คนไทยส่วนใหญ่นิยมปฏิบัติในชีวิตจริง และการออกกำลังกายที่ถูกต้องอาจต้องใช้เวลาที่นอกเหนือจากการทำงาน จึงอาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล (ร้อยละ 88.4) ซึ่งมักมีปัญหาด้านการจราจรที่ติดขัด เวลาที่นอกเหนือไปจากเวลางานอาจใช้ไปกับการเดินทางอยู่บนท้องถนน สอดคล้องกับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พบอุปสรรคในการปฏิบัติมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 67.9) และเป็นไปตามทฤษฎีของเพนเดอร์ และคณะ (2011) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมากแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จะลดลง อีกทั้งความเข้าใจเรื่องการออกกำลังกายของคนส่วนใหญ่ที่มักเข้าใจว่าการทำงานในแต่ละวันที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลาคือการออกกำลังกายแล้ว นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่แข็งแรงสมบูรณ์มากที่สุดตามพัฒนาการของมนุษย์ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555; สุชา จันทร์เอม, 2544) ร่างกายยังคงมีความแข็งแรงไม่ปรากฏความเสื่อมที่ชัดเจนทำให้ยังไม่ตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมือนเช่นวัยผู้สูงอายุ (นลินี มิ่งมณี, 2549)ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่ทำงานในออฟฟิศที่พบว่ามีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับต่ำเพราะไม่ตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้จากการเคลื่อนไหวร่างกาย (Biernat, et al., 2010)

Copyright© by Mahidol University

แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551)การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของนันทกา คำแก้ว (2547)ที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับปานกลางการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547) ที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งการศึกษาที่กล่าวมาไม่ได้แยกช่วงอายุในการศึกษา แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ อีกทั้งทุกการศึกษาก่อนหน้านี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในต่างจังหวัด จึงอาจเป็นไปได้ว่าการที่ไม่ได้อยู่ในวัยทำงาน และมีวิถีชีวิตที่ไม่เร่งรีบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น นอกจากนี้การอยู่ในวัยสูงอายุที่เริ่มมีความเสื่อมของร่างกายทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า เพราะมีความตระหนักในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น(นลินี มิ่งมณี, 2549)

5.2.2 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ = 2.25, *SD* =0.45)แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณาจากคำถามรายข้อพบว่ามีลักษณะคะแนนมีทั้งข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยไปทางต่ำและสูง ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ทำให้คะแนนเฉลี่ยรายด้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนค่อนไปทางต่ำ เช่นการตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ($\bar{X}$ = 1.95,*SD* = 0.88)

อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยที่มีร่างกายค่อนข้างสมบูรณ์ตามพัฒนาการช่วงวัย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555; สุชา จันทร์เอม, 2544) และโรคความดันโลหิตสูงไม่ใช่โรคที่ก่อให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกายชัดเจน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจคิดว่าการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องทุก 3 – 4 เดือนน่าจะเพียงพออยู่แล้วจึงไม่จำเป็นที่จะต้องตรวจความผิดปกติด้วยตนเองอีก นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพหลักของกลุ่มตัวอย่าง คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการตรวจวัดต้องมีเครื่องวัดความดันโลหิต ดังนั้นการที่ไม่มีอุปกรณ์ที่บ้าน หรือการขาดแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีการตรวจร่างกายด้วยตนเอง

ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมฟังหรือทำกิจกรรมในรายการเพื่อการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ =1.67, *SD* = 0.70) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานและสื่อต่างๆที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีเผยแพร่ให้เห็นทั้งทาง โทรทัศน์ วิทยุ แผ่น

Copyright© by Mahidol University

พับ และแม้กระทั่งทางเวบไซต์ต่างๆ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จึงน่าจะมีความรู้ ประกอบกับเทคโนโลยีในปัจจุบันที่มีความรวดเร็ว ทันสมัย เอื้อให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้จากสื่อต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องใช้เวลาไปกับการเข้าฟังหรือร่วมกิจกรรมทางสุขภาพต่างๆ

ส่วนรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง ได้แก่ เรื่องซักถามแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ ($\bar{X}$ =2.77, SD = 0.82) และอ่านหนังสือหรือดูรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.38, SD = 0.81)อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาส่วนใหญ่สูง อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์ มีความเป็นเหตุและผลในการใส่ใจค้นคว้าหาความรู้เมื่อไม่เข้าใจ ซึ่งจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender, et al., 2011) ที่กล่าวไว้ว่าการศึกษามีส่วนที่ทำให้บุคคลมีการแสวงหาสิ่งที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตามพบว่า ถึงแม้จะใส่ใจซักถามข้อสงสัย แต่ก็ไม่ได้ถามความเห็นเพิ่มเติมจากแพทย์ท่านอื่น ซึ่งพบคะแนนเฉลี่ยเรื่อง การขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นเมื่อสงสัยหรือไม่มั่นใจคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ผู้รักษา ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.85, SD = 0.82) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการที่อาการของโรคไม่ได้ปรากฏ ภาวะของโรคไม่รุนแรงซับซ้อน บุคคลเหล่านี้สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ตนเองมีความข้องใจได้จากสื่อความรู้ต่างๆ ได้ง่าย โดยไม่ต้องใช้วิธีการสอบถามจากแพทย์ท่านอื่นซึ่งอาจเสียเวลาและมีขั้นตอนยุ่งยากมากกว่า อีกทั้งในระบบการนัดหมายเพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยแต่ละครั้ง จะถูกจัดให้ได้พบกับแพทย์รายเดิมเป็นส่วนใหญ่ เหตุผลเหล่านี้จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี กิติพิมพ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยพบกว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีความคล้ายคลึงกันของลักษณะโรคที่ยังไม่มีอาการแสดงชัดเจน

5.2.3 การจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียด มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ =2.46, SD = 0.38)แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการจัดการกับความเครียดเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

Copyright by Mahidol University

เมื่อพิจารณาบริบทของกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอยู่ในวัยทำงาน อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.4) ซึ่งสภาพการจราจรคับคั่ง และอาจมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบหลายด้าน ทำให้เวลาสำหรับการพักผ่อนบางส่วนถูกใช้ไปกับการทำงาน ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยรายข้อต่อไปนี้อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ นอนหลับอย่างเพียงพอ ($\bar{X}$ =2.69, SD = 0.87)มีการแบ่งเวลาสำหรับการทำงานและการพักผ่อนให้สมดุล($\bar{X}$ =2.35, SD = 0.79)และทำสิ่งต่างๆ อย่างไม่หักโหมจนเกินไป ($\bar{X}$ =2.59, SD = 0.76)ใช้วิธีเฉพาะตัวเพื่อควบคุมหรือบรรเทาความเครียด($\bar{X}$ =2.41, SD = 0.83)

ในพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดนี้มีเพียงข้อเดียวที่คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ คือ การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดหรือทำสมาธิ 15-20 นาทีเป็นประจำทุกวัน($\bar{X}$ =1.65, SD = 0.77) ซึ่งเป็นไปได้ว่าจากการที่เป็นวัยทำงานมีภาระหน้าที่รับผิดชอบมาก แม้แต่การนอนหลับอย่างเพียงพอ และการแบ่งเวลาในการพักผ่อนให้สมดุลยังไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นการจะใช้เวลาเพื่อการฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดจึงยิ่งทำได้ยาก ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยรายข้อนี้อยู่ในระดับต่ำ หรือนอกจากนี้การที่ทำให้คำถามรายข้อเรื่องการฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดหรือทำสมาธิ 15-20 นาทีเป็นประจำทุกวันมีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดน้อย จึงไม่จำเป็นต้องมีการฝึกทักษะหรือทำสมาธิเพื่อคลายเครียดบ่อยนัก เมื่อพิจารณาจากลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.3) การมีรายได้ที่เพียงพอต่อความต้องการ(ร้อยละ 74.4)และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจทำให้ไม่มีความเครียดที่ต้องจัดการมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของนันทกา คำแก้ว (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังในระดับที่ 2 ซึ่งยังไม่มีอาการแสดงที่รุนแรงชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าวยังบอกว่าไม่มีอะไรให้เครียด จึงไม่ได้มีวิธีจัดการอะไร และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกโดยไม่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อนในสหรัฐอเมริกา(Thanavaro, et al., 2010) ที่พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ทั้งนี้ส่วนหนึ่งที่ทำให้ข้อการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดหรือทำสมาธิ 15-20 นาทีเป็นประจำทุกวัน มีคะแนนต่ำอาจเกิดจากคำถามมีการจำกัดลักษณะการผ่อนคลายความเครียดเป็นการทำสมาธิ ซึ่งโดยทั่วไปทักษะการผ่อนคลายความเครียดนั้นสามารถทำได้หลายวิธีจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคลุมเครือในการตอบ และการทำสมาธิอาจไม่เหมาะกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยอาจมีทักษะผ่อนคลายความเครียดในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่การทำ

Copyright by Mahidol University

สมาธิ สอดคล้องกับที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนน ข้อใช้วิธีเฉพาะตัวเพื่อควบคุมหรือบรรเทาความเครียด($\bar{X}$ =2.41, *SD* = 0.83) ในระดับปานกลาง

แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยมีทั้งการศึกษาในบุคคลวัยทำงานที่ไม่มีภาวะของโรค เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ของลัดดาวรรณ์อังควานิช (2550) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน(กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547) เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างจังหวัด ซึ่งสภาพสังคมและวิถีชีวิตอาจมีความวุ่นวายและเร่งรีบน้อยกว่า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการพักผ่อน และการจัดการต่อความเครียดได้ดีกว่า

5.2.4 โภชนาการ

ด้านโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ =2.68, *SD* = 0.42)แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่มัน และเป็นอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคลอเรสเตอรอลต่ำ ($\bar{X}$ =2.45, *SD* = 0.71) การรับประทานอาหารหวานจัดเกินไป($\bar{X}$ =2.77, *SD* = 0.85)รับประทานอาหารจำพวกผักอย่างน้อย 2 มื้อ ต่อวัน($\bar{X}$ =2.71, *SD* = 0.84)รับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ถั่ว อย่างน้อย 2-3 มื้อ ต่อวัน($\bar{X}$ =2.83, *SD* = 0.75)อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงาน ที่ลักษณะอาชีพส่วนใหญ่ เป็นพนักงานบริษัทเอกชน และลูกจ้างหน่วยงานรัฐ มักมีเวลาเข้าทำงานและเลิกงานที่เป็นเวลาใกล้เคียงกัน ดังนั้นช่วงเวลาเข้าทำงานและเลิกงานจึงถือเป็นช่วงเวลาเร่งด่วน ประกอบกับส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ 88.4) ซึ่งเป็นเมืองที่การจราจรหนาแน่นติดขัด ทำให้การดำเนินชีวิตมีความเร่งรีบ ส่งผลให้การเลือกรับประทานอาหารจึงอาจมุ่งเน้นตามความสะดวก และรวดเร็ว เช่น อาหารจานด่วนหรืออาหารปรุงสำเร็จจึงไม่สามารถควบคุมทั้งปริมาณไขมันและเกลือในอาหารได้ซึ่งการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555;Sacks & Campos, 2010; Zhao, et al., 2011)ในขณะพฤติกรรมด้าน

Copyright by Mahidol University

โภชนาการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้สม่ำเสมอ คือ รับประทานอาหารเช้า ($\bar{X}$ =3.24,*SD* =0.97) และรับประทานอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว ขนมปังหรือก๋วยเตี๋ยวในแต่ละมื้อของวัน ($\bar{X}$ =3.09,*SD* = 0.76)อาจเป็นไปได้ว่า อาหารจำพวกแป้งเป็นกลุ่มที่หารับประทานได้ง่าย และข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยอยู่แล้ว ดังนั้นจึงสามารถปฏิบัติได้ไม่ยากผลของการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง เช่นในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551)การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหญิงชาวแอฟริกัน-อเมริกันที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 18 – 30 ปี(Wood, 2008)อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเหมือนกันในลักษณะของโรค ซึ่งการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้ทำให้โรคความดันโลหิตสูงแสดงอาการผิดปกติที่ชัดเจนและการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น การศึกษาในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ของสุธิดา พุฒทอง (2551) และการศึกษาในกลุ่มวัยทำงานของลัดดาวรรณ์ อังควานิช (2550) ซึ่งในด้านบริบทอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในช่วงอายุและการที่เป็นวัยทำงานเหมือนกัน อาจส่งผลให้ไม่มีเวลาในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารได้เต็มที่

อย่างไรก็ตามพบความแตกต่างในบางการศึกษาเช่นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง ด้วยเหตุผลที่ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายที่สุดเพื่อลดความเสี่ยงจากอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Campbell & Torrance, 2005)อาจเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการแสดงรุนแรงและชัดเจนกว่าโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองได้ดีมากกว่า และกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ภาระหน้าที่รับผิดชอบอาจจะลดน้อยลงทำให้มีเวลาในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพได้มากขึ้น

5.2.5 การพัฒนาจิตวิญญาณ

การพัฒนาจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ =2.70, *SD* = 0.44)แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา พุฒทอง (2551)ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีพัฒนาการเหมือนกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาจากข้อคำถาม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่รู้สึกว่าตนเองมีวุฒิภาวะสูงขึ้น และกำลังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ($\bar{X}$ =2.45, *SD* = 0.73) เชื่อมั่นว่าชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย ($\bar{X}$ =2.87, *SD* = 0.78) จิตใจสงบ ไม่กระวนกระวายหรือคิดฟุ้งซ่าน ($\bar{X}$ =2.54, *SD* = 0.64) กำหนดเป้าหมายของ

ชีวิตและพยายามทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ($\bar{X}$ =2.67, *SD* = 0.82)เปิดตัวเองสู่ประสบการณ์ใหม่ๆ และสิ่งท้าทาย($\bar{X}$ =2.76, *SD* = 0.86) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยทำงานที่กำลังสร้างฐานะ เป็นช่วงที่มีการเริ่มต้นและเปลี่ยนแปลงทั้งหน้าที่การงานและครอบครัว (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555) จึงเป็นไปได้ว่าช่วงชีวิตที่กำลังเริ่มต้นก้าวสู่ความมั่นคงนั้นอาจทำให้บุคคลยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนระหว่างความล้มเหลวและความสำเร็จตามความมุ่งหมายในชีวิต ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ในพฤติกรรมด้านนี้มีเพียงข้อเดียวที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงหรือสม่ำเสมอ คือ รู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่งทางใจ ($\bar{X}$ =3.05 คะแนน, *SD* =0.87) เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว จึงเป็นไปได้ว่าบุคคลในครอบครัวคือสิ่งยึดเหนี่ยวและเป็นแรงบันดาลใจในการทำสิ่งต่างๆ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างไปจากการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับที่สูง เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Campbell & Torrance, 2005; Thanavaro, et al., 2010)การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547) การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (นันทกา คำแก้ว, 2547; สุปราณี กิติพิมพ์, 2555)ซึ่งอาจเป็นเพราะในการศึกษาก่อนหน้านี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุโดยในวัยสูงอายุที่จะมีการพัฒนาทางจิตวิญญาณที่ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตามลักษณะทางจิตวิทยาพัฒนาการของมนุษย์ที่ว่าในช่วงวัยที่มากขึ้นทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณได้ดีขึ้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555)

5.2.6 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน แต่ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ =2.90, *SD* =0.41)แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ เรื่องการรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ($\bar{X}$ =3.36,*SD* =0.60) แสดงความยินดีให้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ ($\bar{X}$ =3.26, *SD* =0.71) สามารถแสดงความรัก ความห่วงใยต่อผู้อื่นได้โดยง่าย ($\bar{X}$ =3.12,*SD* =0.68)แก้ไขความขัดแย้งด้วยการพูดคุยและประนีประนอม($\bar{X}$ =3.01, *SD* =0.73) เมื่อพิจารณาจากปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูง ลักษณะงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหลากหลาย และอยู่

Copyright by Mahidol University

ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งตามพัฒนาการแล้วเป็นช่วงวัยที่รู้จักควบคุมตนเองได้ดีขึ้น มีอารมณ์มั่นคง คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น รู้สึกยอมรับคนอื่นได้ดี รู้จักการให้ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม สามารถมองสิ่งรอบตัวไปในทางที่ดี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555)ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกต่อผู้อื่นได้ดี

ส่วนรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยปานกลาง ได้แก่ มีการสังสรรค์กับเพื่อนสนิท ($\bar{X}$ =2.40, SD =0.81) พูดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลใกล้ชิด ($\bar{X}$ =2.41, SD =0.80)อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว การสังสรรค์จึงน้อย และตามพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่เริ่มให้ความสำคัญกับครอบครัวมากขึ้น ให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมวัยลดลง และมีความมั่นคงในตัวเอง พึ่งพาตนเองเป็นหลัก การพึ่งพาเพื่อนหรือบุคคลรอบข้างเริ่มลดน้อยลง (สกุณา บุญนรากร, 2555) ทำให้การยอมรับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลอื่นมีเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 2.8, SD = 0.84)

ซึ่งต่างจากผลการศึกษาส่วนใหญ่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่พบว่าพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551)การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กมลรัตน์ จูมสีมา, 2550; กรรณิกา ลองจำนงค์, 2547; ชลธิชา เรือนคำ, 2547) การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (นันทกา คำแก้ว, 2547; สุปราณี กิติพิมพ์, 2555) สังเกตได้ว่าทุกการศึกษาก่อนหน้านี้ได้มีการเก็บข้อมูลในต่างจังหวัด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าวิถีชีวิตในต่างจังหวัดที่คนในสังคมมีความใกล้ชิด และพึ่งพาอาศัยกันมากกว่าคนในเมือง มีส่วนทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการศึกษาก่อนหน้านี้มีระดับที่ดีกว่าการศึกษาในครั้งนี้

5.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

5.3.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 7.85, SD = 1.89)เมื่อพิจารณาคำถามรายข้อ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่คิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 12.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสุขภาพในขณะนี้เหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 55.1) และคิดว่าปัญหาสุขภาพในขณะนี้เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ต้องการเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 56.4) อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค (ร้อยละ 84.6) อีกทั้งลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่แสดงอาการชัดเจนจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากโรคมากนักแต่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับผู้อื่นพบจำนวนมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 53.80) รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแย่กว่าคนอื่น เพราะอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงมักพบในวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงในวัยที่ยังไม่ควรเป็น และเป็นโรคความดันโลหิตสูงเร็วกว่าผู้อื่นในช่วงวัยเดียวกัน จึงรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรงเท่าคนปกติ

แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงมากนัก แต่รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองแย่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้ซึ่งในการศึกษานั้นไม่ได้มีการแบ่งช่วงอายุ แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541;Lewis & Riegel, 2010)เนื่องจากผู้ป่วยยอมรับว่าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา สอดคล้องกับสถิติการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) ผู้สูงอายุจึงทำใจยอมรับและพยายามปรับแผนการดำเนินชีวิตใหม่ และพบว่าเมื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จึงเกิดเป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดี และแตกต่างไปจากการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มีการเจ็บป่วย (Hong, et al., 2007; Larouche, 1998) ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งตามพัฒนาการด้านร่างกาย ยังไม่น่าจะเกิดโรคเรื้อรังขึ้น ในขณะที่คนในช่วงวัยเดียวกันมีร่างกายสมบูรณ์ เหมาะสมตามพัฒนาการด้านร่างกายของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นทำให้บุคคลที่ไม่เจ็บป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่า

แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพอาจขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอีกด้วย เช่นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายที่พบว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยที่ไม่สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ขณะนั้น เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนยังคงทำกิจวัตรประจำวันได้และรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว (Pierce, 2005)

Copyright by Mahidol University

5.3.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.86, *SD* = 0.40) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสิ่งกีดขวางที่ทำให้ตนเองไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มีน้อย

เมื่อพิจารณารายข้อ (รายละเอียดในภาคผนวก ค) พบว่าข้อคำถามส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำอธิบายได้จากบริบทของกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในหลายด้าน เช่น ด้านการศึกษาเพราะส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.3) ประกอบกับระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีต่างๆ ในปัจจุบันทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย และได้ความรู้จากข้อมูลหลากหลายที่พิสูจน์ให้เห็นถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ชัดเจนอีกทั้งความพร้อมของบุคลากรในการแนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และรูปแบบสื่อให้ความรู้มีการพัฒนา เช่น มีการใช้โปรแกรมการนำเสนอในคอมพิวเตอร์ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งทำให้การให้ความรู้มีความน่าสนใจมากขึ้น มีการใช้แบบจำลองชนิดอาหารที่เสมือนจริงเพื่อให้ผู้ป่วยรู้วิธีการเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ส่งผลให้คำถามรายข้อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เช่น รู้สึกว่าไม่มีประโยชน์ ($\bar{X}$ = 1.36, *SD* = 0.53)และไม่สนใจ ($\bar{X}$ = 1.64, *SD* = 0.64) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยที่มีความพร้อมในด้านร่างกายเพราะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ร่างกายแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้คะแนนเฉลี่ยรายข้อในด้านต่อไปนี้มีระดับต่ำ ขาดการสนับสนุนจากคนในครอบครัว/ เพื่อน ($\bar{X}$ = 1.44, *SD* = 0.62) ขาดคนช่วยเหลือ ($\bar{X}$ = 1.53, *SD* = 0.73) รู้สึกอายสภาพร่างกายตนเอง ($\bar{X}$ = 1.63, *SD* = 0.82) และจากข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่ามีเพียงพอกับความต้องการ (ร้อยละ 74.4) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องจ่ายเงินเองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้เงินมาก ส่งผลให้คำถามรายข้อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เช่น ไม่มีเงิน ($\bar{X}$ = 1.56, *SD* = 0.77)

แต่พบว่าในบริบทของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงาน มีภาระหน้าที่รับผิดชอบทั้งต่อหน้าที่การงานและความรับผิดชอบต่อครอบครัว เวลาส่วนใหญ่จึงอาจถูกใช้ไปกับงานและความรับผิดชอบในแต่ละวันทำให้รู้สึกว่าไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาคำถามรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่มีเวลา ($\bar{X}$ = 2.46, *SD* = 0.90) มีหน้าที่อื่นต้องรับผิดชอบ ($\bar{X}$ = 2.36, *SD* = 0.90) รู้สึกเหนื่อยเกินไป ($\bar{X}$ = 2.31, *SD* = 0.70) แสดงให้เห็นว่าอุปสรรคที่พบมากที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับเวลา และ

Copyright© by Mahidol University

หน้าที่การงาน อย่างไรก็ตาม ข้อคำถามส่วนใหญ่เกี่ยวกับอุปสรรคด้านอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงอยู่ในระดับต่ำดังที่อธิบายข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในด้านพัฒนาการที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเหมือนกัน

ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้ และโรคเรื้อรังอื่นๆ(ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และ คณะ, 2554; ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรจา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน, และ วิโรจน์ วรรณภิระ, 2554; ปานจิต นามพลกรัง, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547; Thanavaro, et al., 2006) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าในการศึกษาที่มีรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางนั้น กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษาก่อนหน้านี้มีอายุเฉลี่ยมากกว่าในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นไปได้ว่าบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งร่างกายมีความแข็งแรง ไม่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา อีกทั้งการที่มีระดับการศึกษาที่ดีส่งผลให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และจัดการกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคได้ จนรู้สึกว่าอุปสรรคหรือสิ่งที่มาขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนนั้นอยู่ในระดับต่ำ โดยจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) กล่าวไว้หากบุคคลรับรู้สิ่งสิ่งกีดขวางในระดับต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

5.3.3 อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47, *SD* = 0.61) แสดงว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (รายละเอียดในภาคผนวก ค) จะพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพและเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวมีผลต่อความนึกคิด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) ได้กล่าวไว้ว่ากลุ่มบุคคลได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพมีผลโน้มน้าวให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีส่วนในการสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในด้านต่างๆเช่น กำลังใจ ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรืออุปกรณ์ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Copyright by Mahidol University

แต่ในขณะเดียวกันนั้น กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งพัฒนาการตามวัยนั้นเป็นวัยที่มีความคิด สามารถชี้แจงเหตุผลในการกระทำของตนเองได้ชัดเจนและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555) ดังนั้นถึงแม้จะมีความใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพและกลุ่มเพื่อน แต่ความเชื่อมั่นในความคิดของตนเองยังคงมีอยู่ จึงส่งผลให้การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง มีผลต่อเนื่องทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของปริมประภา ก้อนแก้วจรรจา สันตยากรปกรณ์ ประจันบานและวิโรจน์ วรรณภิระ (2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับปานกลางเช่นเดียวกันซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาในผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชนบทที่วิถีชีวิตไม่เร่งรีบ ทำให้มีโอกาสใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวมากกว่าส่งผลให้ได้รับประสบการณ์ตรงที่เป็นแบบอย่าง ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้มากกว่า และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง อาจเนื่องจากลักษณะโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และต้องการความช่วยเหลือมากกว่า จึงเกิดการแสวงหาความช่วยเหลือทั้งด้านจิตใจและร่างกายจากบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลมากต่อกลุ่มตัวอย่างในโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในการศึกษาครั้งนี้

5.4 อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

จากการใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุโดยใช้ตัวแปรอิสระได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลพบว่าผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยบางส่วน โดยที่ปัจจัย ทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 22.8 (R^2= .228, F = (3, 74) = 7.272, $p < .01$) ซึ่งปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) มี 2 ปัจจัย คือการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .309, $p < .01$) และอิทธิพลระหว่างบุคคล

(Beta = .338, p < .01) ส่วนปัจจัย ที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Beta = -.026, p = .83) ผลการวิเคราะห์สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .309, p < .01) แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดีได้ และในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (2011) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีเช่นเดียวกัน ในขณะที่หากการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีแนวโน้มของการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจะลดลง (Pender, et al., 2011)สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการฝึกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเพศชายโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน-อเมริกัน (Jackson, 2011) และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Hong, et al., 2007; Larouche, 1998)ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชนบทและเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวาย (Pierce, 2005) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สอดคล้องกับความรุนแรงของโรค โดยอธิบายว่า ผู้ป่วยมักประเมินตนเองจากกิจวัตรที่ทำเป็นประจำถึงแม้เป็นทำได้ไม่เท่าคนปกติ แต่หากทำได้ก็จะประเมินว่าตนสุขภาพดี นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเป็นโรคที่มีอาการแสดงค่อนข้างชัดเจน ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นโรคที่มักไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) จึงเป็นไปได้ว่า ลักษณะของการแสดงอาการของโรคจึงเป็นสิ่งที่ทำให้ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .338, p < .01) โดยมีอิทธิพลมากกว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าถ้าอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีระดับสูง จะ

Copyright by Mahidol University

ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีได้ และในทางกลับกันหากอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีระดับต่ำ ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำได้ ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) กล่าวไว้ว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่กล่าวมาจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 89.7) ซึ่งความใกล้ชิดภายในครอบครัวอาจหล่อหลอมให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมา สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของชลิดาโสภิตภักดีพงษ์ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนาและสุนีย์ละกำปั่น (2553) ที่พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีของบุคคลในครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่ดีด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของปริมประภา ก้อนแก้ว จรรจา สันตยากร ปกรณ์ ประจันบาน และวิโรจน์ วรรณภิระ (2554)ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสี่ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าครอบครัว และเพื่อนร่วมงานมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 41.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

และจากการที่โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักเป็นในวัยสูงอายุ แต่กลุ่มตัวอย่างกลับเป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุน้อย จึงทำให้เกิดความแสวงหาการดูแล และรู้สึกว่าบุคลากรทางสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสามารถพึ่งพาและยึดเหนี่ยวได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในช่วงวัยทำงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ดังนั้นกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดดังกล่าวจึงมีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ การรับรู้อุปสรรคซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความยุ่งยาก ไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางตรงกันข้าม หากบุคคลรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางน้อย ย่อมส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

Copyright© by Mahidol University

การที่การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายได้ อาจเนื่องมาจากลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้มีการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองได้โดยง่าย การมีหน้าที่การงานที่มีความมั่นคงและสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงความพร้อมของระบบบริการสุขภาพที่ให้การดูแลยังเอื้อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการได้ง่าย และบริบทด้านความสมบูรณ์ของร่างกายตามพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างนอกจากนี้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากข้อคำถามของปัจจัยการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีความครอบคลุมในหลายด้าน เช่น อุปสรรคด้านร่างกาย อุปสรรคด้านข้อมูล อุปสรรคด้านการเงิน เป็นต้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเรื่องการไม่มีเวลาและมีหน้าที่อื่นต้องรับผิดชอบซึ่งพบว่าเป็นอุปสรรคที่มีคะแนนสูงในกลุ่มตัวอย่างนี้ ทำให้คะแนนของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับต่ำ

แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ แต่ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สม่ำเสมอ ซึ่งอธิบายได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น มีการศึกษา ความสะดวกทางเทคโนโลยีในการหาข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรับบริการได้ดี แต่การที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงานและเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งยังคงมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ตามช่วงของพัฒนาการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่เห็นความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดัง ที่มีการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุน้อยมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แย่กว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า (นลินี มิ่งมณี, 2549;Zhang et al., 2013) ถึงแม้อุปสรรคที่มาขัดขวางจะอยู่ในระดับต่ำก็ตามทำให้อุปสรรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย ของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ จงจิต เสน่หารุ้งนภา ผาณิตรัตน์กลิ่นชบา สุวรรณรงค์พรรณิภา สืบสุขและเดช เกตุฉ่ำ (2554) การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของปริมประภา ก้อนแก้วจรรจา สันตยากรปกรณ์ ประจันบานและวิโรจน์ วรรณภิระ (2554) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงชาวชนบทที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลว ของ Carolyn Pierce (2005) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาที่พบว่าเป็นไปตาม

Copyright by Mahidol University

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ คือการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุธิดา พุฒทอง, 2551;Calvert & Isaac-Savage, 2013; Thanavaro, et al., 2006; Thanavaro, et al., 2010)

เมื่อพิจารณาตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender, et al., 2011) พบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์บางส่วน โดยผลการศึกษาที่สนับสนุนกรอบแนวคิด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ด้านจิตวิทยา (Personal phychologic factors) ซึ่งอยู่ในมโนทัศน์หลักด้านประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individual characteristics and experiences) และอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ในมโนทัศน์หลักด้านอารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) สำหรับผลการศึกษาที่ไม่สนับสนุนกรอบแนวคิดตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ คือ การรับรู้อุปสรรค ซึ่งอยู่ในมโนทัศน์หลักด้านอารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆ อิทธิพลจากสถานการณ์ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย(Predictive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยศึกษาตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 20-40 ปี จำนวน 78 ราย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศิริราช และที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ในการการเก็บรวมรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(HPLP II) ที่พัฒนาโดย Susan Noble Walker แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ(Lawton, et al., 1982) แบบวัดการรับรู้อุปสรรค(Becker, et al., 1991) และแบบวัดอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามอิทธิพลระว่างบุคคลของธิดารัตน์ ทรายทอง (2547) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84, 0.80, 0.85 และ 0.74 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 78 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88, 0.79, 0.86 และ 0.80 ตามลำดับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับการหาอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปผลการวิจัยดังนี้

Copyright by Mahidol University

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

6.1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 34 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี มากที่สุด 40 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ62.8) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ48.7) ที่อยู่ปัจจุบันพบว่าอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.4 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว(ร้อยละ 89.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.3) และประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ23.1) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่คิดว่ามีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ (ร้อยละ 74.4) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 34.6)

6.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.8) และไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 62.8) ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ โดยเมื่อพิจารณาในเพศชายทั้งหมด 29 ราย พบว่ามีเพศชายร้อยละ 82.76 (24 ราย) และในเพศหญิงทั้งหมด 49 ราย พบว่ามีร้อยละ 73.5 (36 ราย) ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป จากการวินิจฉัยในกลุ่มตัวอย่างพบความดันโลหิตชนิดปฐมภูมิ (Primary or Essential hypertension) เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.3)กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์เป้าหมายสำหรับผู้ป่วยทั่วไป คือ มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) เฉลี่ย 134.74 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 14.90) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) เฉลี่ย 84.95 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 11.40) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3 ปี 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.6) ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.4 ภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือระบบไต (ไตวายเรื้อรังระยะที่ 2) คิดเป็นร้อยละ 58.3ของจำนวนผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา (ร้อยละ 83.3) โดยเฉลี่ย 2 ชนิดต่อคน ชนิดที่ใช้มากที่สุดคือยากลุ่ม Calcium channel blockers (ร้อยละ 62.8)

Copyright by Mahidol University

6.2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.48, *SD* = 0.29) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.25, *SD* = 0.45) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.79, *SD* = 0.45) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.68, *SD* = 0.42) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.70, *SD* = 0.44) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.90, *SD* = 0.41) และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.46, *SD* = 0.38)

6.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 7.85, *SD* = 1.89) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.86, *SD* = 0.40) และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47, *SD* = 0.61)

6.4 อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .228, p < .001) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 2 ปัจจัยได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .338, p < .01) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .309, p < .01) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright by Mahidol University

ข้อจำกัดของการวิจัย

ไม่มี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม และเห็นความสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่เริ่มแรก ถึงแม้จะยังรู้สึกว่าตนเองแข็งแรงสมบูรณ์ดี เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต และกระตุ้นให้บุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือแม้แต่บุคลากรทางสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ให้กำลังใจ เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ครบทุกด้านอย่างต่อเนื่อง

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีลักษณะวิถีชีวิตที่เร่งรีบ โดยให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถสอดแทรกเข้าเป็นกิจกรรมหนึ่งในวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าเสียเวลาเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์(Pender, et al., 2011) เช่น ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพหรือปัจจัยด้านสติปัญญาและการรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เช่น อิทธิพลจากสถานการณ์

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด และบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ดียิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่อาศัยในเขตพื้นที่ที่มีความแตกต่างด้านวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม เช่น โรงพยาบาลในต่างจังหวัด ในชุมชน เพื่อให้สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้มากขึ้น

Copyright by Mahidol University

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านข้อมูลทางสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
FACTORS INFLUENCING ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN YOUNG ADULTS WITH HYPERTENSION

ปวิตรา จริยสกุลวงศ์ 5337311 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิชชุดา เจริญกิจการ,ปร.ด. (การพยาบาล), วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D.(NURSING), วีรนุช รอบสันติสุข, พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชากรโลก ได้มีการคาดการณ์ว่าเมื่อถึงปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกถึงร้อยละ 60 หรือประมาณ 1,560 ล้านคน (Kearney et al., 2005) และแนวโน้มของการเกิดโรคเริ่มมีมากขึ้นในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยลง หากพิจารณาจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 1988-1994, ค.ศ. 1999-2002 และ ค.ศ. 2003-2006 นั้น มีผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 20-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.3,43.0 และ 45.1ของประชากรทั้งประเทศ ตามลำดับ (National center for health statistics, 2009) และจากการสำรวจประชากรไทยในช่วงอายุ 15-44 ปี ในปี พ.ศ. 2535 มีความชุกจากร้อยละ 29.9 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.4 ในปีพ.ศ. 2547(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2535, 2549) นอกจากนี้ยังเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 32.4 ในกลุ่มคนวัยทำงาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) นอกจากนี้ในรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบข้อมูลว่าในจำนวนประชาชน 663 ราย ทั้งเพศชายและหญิงอายุในช่วง 15- 44 ปี มีมากกว่าร้อยละ 50 ที่พบความดันโลหิตเกินเกณฑ์ปกติและไม่ได้รับการวินิจฉัย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552) และพบรายงานในต่างประเทศว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

Copyright by Mahidol University

สูงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีถึงร้อยละ 55.9 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (American heart association, 2010)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ทำลายหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ เกิดโรคของหลอดเลือดสมอง ทำลายไต สูญเสียการมองเห็น เกิดโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (American heart association, 2010) ภาวะแทรกซ้อนนี้ส่งผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเกิดกับกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงที่จัดอยู่ในวัยแรงงาน มีศักยภาพในการสร้างผลผลิตได้มากกว่าวัยอื่น จึงมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศด้านเศรษฐกิจและสังคม ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาและคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ซึ่งถือเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงสำหรับกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จะเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า จาก 272.5 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี ค.ศ. 2010 เป็น 818.1 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี ค.ศ. 2030 และกลุ่มที่ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมาก คือโรคความดันโลหิตสูง (Heidenreich et al., 2011) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขอนามัย จึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับประเทศได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงนอกจากด้านพันธุกรรมแล้ว ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากสภาพสังคม ค่านิยมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีที่ทันสมัย ความสะดวกสบายที่เพิ่มขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง โดยเฉพาะในเมืองหลวงผู้ที่ต้องทำงานจะมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ เวลาที่มีอย่างจำกัด ทำให้การบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ เลือกรับประทานอาหารจานด่วน หรืออาหารสำเร็จรูปที่มีเกลือโซเดียมปนมาในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้อาหารจานด่วนที่มีไขมันสูง ยังส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Grossman & Messerli, 2008) การสูบบุหรี่ (Niskanen et al., 2004) ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจและความรับผิดชอบต่อครอบครัว ต้องใช้ชีวิตกับการทำงาน ทำให้เวลาพักผ่อนน้อย หรือเกิดภาวะเครียดจากการทำงานและสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ทั้งสิ้น

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงนอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่ออกกำลังกาย ไม่รับประทานยาได้ตามแพทย์สั่ง หยุดยาเองเมื่อความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนไม่ควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสม (Messerli, Williams, & Ritz, 2007; Ogedegbe, 2008;

Copyright by Mahidol University

Rose, Berlowitz, Orner, & Kressin, 2007)บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญคือ การทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้อยู่ได้อย่างเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

เมื่อพิจารณาบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเฉพาะเรื่องลักษณะอาการของโรค ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และบริบทของสังคม จะพบว่าความดันโลหิตสูงมักไม่ปรากฏอาการ จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพ ต่างกับวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และวัยสูงอายุซึ่งอาจมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า ดังเช่นในการศึกษาของนลินี มิ่งมณี (2549) พบว่าผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางร่างกายเริ่มเกิดความเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อ และข้อต่อทั้งหลาย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง จึงทำให้วัยผู้ใหญ่ตอนกลางต้องกลับมาให้ความสำคัญกับการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น และด้วยบริบทของสังคมวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังเป็นวัยที่กำลังแสวงหาความสำเร็จในชีวิต เริ่มมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น เวลา และหน้าที่การทำงานอาจเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการละเลยในการใส่ใจสุขภาพอาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคในอนาคตได้ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงต้องคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Carolyn, & Mary, 2011) กล่าวถึงการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นแบบแผนของการดำเนินชีวิต มีปัจจัยทางชีวสังคมซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่ออารมณ์และการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคล น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Hong, Chin, & Ronis, 2013; Hulme et al., 2003; Lee & Laffrey, 2006; Smith & Bashore, 2006; Wu & Pender, 2005)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะที่เป็นโรค โดยถ้ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีจากการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองดี ทั้งนี้ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพว่าทำให้สุขภาพดี ก็น่าจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งอุบัติการณ์มักพบในวัยสูงอายุเป็น

ส่วนใหญ่ ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่เป็นไปตามช่วงวัยปกติ อาจมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ในขณะเดียวกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ในบุคคลที่เป็นความดันโลหิตสูงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างไร ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ชัดเจนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นความดันโลหิตสูง มีเพียงการศึกษาในกลุ่มที่ใกล้เคียง เช่น การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุโดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541; Lee & Laffrey, 2006) การศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Naglaa, 2013) และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นแต่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (Hong, Sermsri, & Keiwkarnka, 2007; Larouche, 1998)จึงเป็นไปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเช่นกัน

การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to health promotion behaviors) หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความยุ่งยาก การไม่เห็นความจำเป็นของการมาตรวจรักษา ไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยทำงาน จึงอาจมีอุปสรรคมากมายเกิดขึ้น เช่น การไม่สามารถลางานได้ เนื่องจากอาจมีผลกระทบต่องาน (Rose, Kim, Dennison, & Hill, 2000) การตรวจที่ใช้เวลานาน ค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น อาจทำให้รับรู้ว่ามีอุปสรรคมากมายจึงเลือกที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2550) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองได้ร้อยละ 10.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้พบว่าการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีสุขภาพดีในช่วงวัยผู้ใหญ่ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2554;สุธิดา พุฒทอง, 2551) การศึกษาในกลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูงและอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังมีอยู่จำกัด แต่ในทุกการศึกษาให้ผลไปในทางเดียวกันว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นไปได้ว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้เช่นกัน

Copyright by Mahidol University

อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) หมายถึง ความเชื่อหรือพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการรู้คิดของผู้ป่วย ทำให้อาจ

หลีกเลี่ยงหรือสนับสนุนปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ(Pender, et al, 2011) เช่น การศึกษาของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่พบว่าอิทธิพลของครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาจำเพาะในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะเป็นการศึกษาในผู้ที่ยังมีสุขภาพดี แต่บริบทของผู้ป่วยอาจมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่เจ็บป่วย ในแง่ของการไม่มีอาการแสดงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจน ทำให้อาจไม่แตกต่างจากผู้ที่มีสุขภาพดีมากนัก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่การศึกษาที่พบในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นมักพบในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ได้มีโรคประจำตัว ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือแม้แต่โรคเรื้อรังอื่นๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการแยกศึกษาในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะในเรื่องพัฒนาการของร่างกายที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรงมากที่สุด รวมถึงบทบาทความรับผิดชอบในสังคมที่แตกต่างจากวัยอื่น ซึ่งอาจเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้แตกต่างจากวัยอื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ด้านปัจจัยดังกล่าวในช่วงวัยนี้ จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้นและเป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

คำถามการวิจัย

1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นอย่างไร

Copyright by Mahidol University

2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

สมมติฐานของงานวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation Predictive research) เพื่อศึกษาและหาอำนาจการทำนายของตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ ระหว่าง 20-40 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก และสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช โรงพยาบาลศิริราช ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) ขนาดของขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้การคำนวณและการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ(Power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ Multiple regression กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95, α=.05,

power of test = 0.80 ตัวแปรอิสระ 3 ตัว และกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size, R^2) เท่ากับ 0.13 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้รับอนุญาตจากผู้สร้างเครื่องมือให้ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85, 1.00, 0.66 และ0.83 ตามลำดับ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมตามความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการทดลองใช้ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคล ดังนี้ 0.84, 0.80, 0.85 และ 0.74 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เป็น 0.88, 0.79, 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/ Windows version 11.5 ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการหาอำนาจการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตถดถอดเชิงพหุ

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 34 ปี (*SD* = 5.59) เป็นเพศหญิงร้อยละ62.8 มีสถานภาพโสดร้อยละ48.7 ที่อยู่ปัจจุบันพบว่าอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ

88.5 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.7อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.3 และประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนร้อยละ23.1 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท ซึ่งร้อยละ 74.4 คิดว่ามีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ถ้วนหน้ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.6

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.8ไม่เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 62.8ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 82.76 ของกลุ่มตัวอย่างเพศชาย และร้อยละ 73.5 ในเพศหญิง พบว่ามีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ระดับความดันโลหิตโดยเฉลี่ยคือ 135/85 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3 ปี 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.6 ยังไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.3 ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา โดยเฉลี่ย 2 ชนิดต่อคน ยากลุ่มที่ใช้มากที่สุดคือ Calcium channel blockers คิดเป็นร้อยละ 62.8

2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.48, *SD* = 0.29) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.25, *SD* = 0.45) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 1.79, *SD* = 0.45) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.68, *SD* = 0.42) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.70, *SD* = 0.44) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.90, *SD* = 0.41) และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.46, *SD* = 0.38)

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.85, *SD* = 1.89) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 1.86, *SD* = 0.40) และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.47, *SD* = 0.61)

4) อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .228, p < .01) โดยพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 2 ตัวแปรได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .309, p < .01) และอิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .338, p < .01) ส่วนตัวแปร ด้านการรับรู้

Copyright by Mahidol University

อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.48, *SD* =0.29) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ของลัดดาวรรณ์ อังควานิช (2550) โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกันในด้านของพัฒนาการที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันด้วยลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{x}$ = 2.90, *SD* = 0.41) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{x}$ = 2.70, *SD* = 0.44) ด้านโภชนาการ ($\bar{x}$ = 2.68, *SD* = 0.42) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{x}$= 2.46, *SD* = 0.38) และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{x}$ = 2.25, *SD* = 0.45) โดยแต่ละด้านมีความยากง่ายในการปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีบริบทที่เป็นปัจจัยส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ละด้าน โดยปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ร่างกายยังคงมีความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ความคิดการตัดสินใจ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555) จึงอาจส่งผลให้มีการสร้างสัมพันธภาพและอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51) มีอาชีพที่มั่นคง ส่งผลให้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ (ร้อยละ 74.4) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบหลายด้าน อีกทั้งลักษณะสังคมเมืองที่เร่งรีบ และวุ่นวาย อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล (ร้อยละ 88.5) ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ($\bar{x}$ = 1.79, *SD* =0.45) ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการไม่มีเวลาเป็นอุปสรรคสำคัญ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.85, *SD* = 1.89) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาคำถามรายข้อ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่คิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 12.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสุขภาพในขณะนี้เหมือนเดิมเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 55.1) และคิดว่าปัญหาสุขภาพในขณะนี้เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 56.4) อธิบายได้ว่าจากลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่แสดงอาการชัดเจน จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากโรคมากนัก แต่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับผู้อื่นพบจำนวนมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 53.80) รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแย่กว่าคนอื่น เพราะอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงมักพบในวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงในวัยที่ยังไม่ควรเป็น และเป็นโรคความดันโลหิตสูงเร็วกว่าผู้อื่นในช่วงวัยเดียวกัน จึงรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรงเท่าคนปกติ

แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงมากนัก แต่รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองแย่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541;Lewis & Riegel, 2010) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งตามพัฒนาการทางร่างกายยังไม่น่าจะเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งอุบัติการณ์การเกิดโรคยังพบน้อยเมื่อเทียบกับวัยสูงอายุ และเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุอาจมีการยอมรับต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่า เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับที่น้อยกว่าในกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ และแตกต่างไปจากการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ไม่มีการเจ็บป่วย (Hong, et al., 2007; Larouche, 1998) ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งตามพัฒนาการด้านร่างกาย ยังไม่น่าจะเกิดโรคเรื้อรังขึ้น ในขณะที่คนในช่วงวัยเดียวกันมีร่างกายสมบูรณ์

เหมาะสมตามพัฒนาการด้านร่างกายของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพน้อยกว่า

แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพอาจขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอีกด้วย เช่นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายที่พบว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยที่ไม่สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ขณะนั้น เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนยังคงทำกิจวัตรประจำวันได้และรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว (Pierce, 2005)

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 1.86, *SD* = 0.40) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสิ่งกีดขวางที่ทำให้ตนเองไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มีน้อย เมื่อพิจารณารายข้อ (ภาคผนวก ค) พบว่าข้อคำถามส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้จากบริบทของกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในหลายด้าน เช่น ด้านการศึกษาเพราะส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.3) ประกอบกับระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีต่างๆ ในปัจจุบัน ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย และได้ความรู้จากหลายแหล่งข้อมูลที่พิสูจน์ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ชัดเจน อีกทั้งความพร้อมของบุคลากรในการแนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และรูปแบบสื่อให้ความรู้มีการพัฒนา เช่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช มีการใช้โปรแกรมการนำเสนอในคอมพิวเตอร์ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งทำให้การให้ความรู้มีความน่าสนใจมากขึ้น ส่งผลให้คำถามรายข้อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เช่น รู้สึกว่าไม่มีประโยชน์ ($\bar{x}$ = 1.36, *SD* = 0.53) และไม่สนใจ ($\bar{x}$ = 1.64, *SD* = 0.64)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยที่มีความพร้อมในด้านร่างกายเพราะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ร่างกายแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้คะแนนเฉลี่ยรายข้อในด้านต่อไปนี้มีระดับต่ำ ขาดการสนับสนุนจากคนในครอบครัว/ เพื่อน ($\bar{x}$ = 1.44, *SD* = 0.62) ขาดคนช่วยเหลือ ($\bar{x}$ = 1.53, *SD* = 0.73) รู้สึกอายสภาพร่างกายตนเอง ($\bar{x}$ = 1.63, *SD* = 0.82) และจากข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่ามีเพียงพอกับความต้องการ (ร้อยละ 74.4) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องจ่ายเงินเองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้เงินมาก ส่งผลให้คำถามรายข้อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เช่น ไม่มีเงิน ($\bar{x}$ = 1.56, SD = 0.77)

Copyright© by Mahidol University

แต่พบว่าในบริบทของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงาน มีภาระหน้าที่รับผิดชอบทั้งต่อหน้าที่การงาน และความรับผิดชอบต่อครอบครัว เวลาส่วนใหญ่จึงอาจถูกใช้ไปกับงานและความรับผิดชอบในแต่ละวัน ทำให้รู้สึกว่าไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาคำถามรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่มีเวลา ($\bar{x}$ = 2.46, *SD* = 0.90) มีหน้าที่อื่นต้องรับผิดชอบ ($\bar{x}$ = 2.36, *SD* = 0.90) รู้สึกเหนื่อยเกินไป ($\bar{x}$ = 2.31, *SD* = 0.70) แสดงให้เห็นว่าอุปสรรคที่พบมากที่สุดสำหรับกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับเวลา และหน้าที่การงาน อย่างไรก็ตาม ข้อคำถามส่วนใหญ่เกี่ยวกับอุปสรรคด้านอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงอยู่ในระดับต่ำดังที่อธิบายข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในด้านพัฒนาการที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเหมือนกัน

ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้ และโรคเรื้อรังอื่นๆ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ, 2554; ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรจา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน, และวิโรจน์ วรรณภิระ, 2554; ปานจิต นามพลกรัง, 2547; วาสนา ครุฑเมือง, 2547;Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage, & Delicath, 2006) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าในการศึกษาที่มีรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางนั้น กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษาก่อนหน้านี้มีอายุเฉลี่ยมากกว่าในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นไปได้ว่าบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งร่างกายมีความแข็งแรง ไม่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา อีกทั้งการที่มีระดับการศึกษาที่ดีส่งผลให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และจัดการกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคได้ จนรู้สึกว่าอุปสรรคหรือสิ่งที่มาขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนนั้นอยู่ในระดับต่ำ โดยจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) กล่าวไว้หากบุคคลรับรู้สิ่งสิ่งกีดขวางในระดับต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.47, *SD* = 0.61) แสดงว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

Copyright by Mahidol University

ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (ภาคผนวก ค) จะพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพและเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวมีผลต่อความนึกคิด และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) ได้กล่าวไว้ว่ากลุ่มบุคคลได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพมีผลโน้มน้าวให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีส่วนในการสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในด้านต่างๆเช่น กำลังใจ ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรืออุปกรณ์ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แต่ในขณะเดียวกันนั้น กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งพัฒนาการตามวัยนั้นเป็นวัยที่มีความคิด สามารถชี้แจงเหตุผลในการกระทำของตนเองได้ชัดเจนและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สกุณา บุญนรากร, 2555) ดังนั้นถึงแม้จะมีความใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพและกลุ่มเพื่อน แต่ความเชื่อมั่นในความคิดของตนเองยังคงมีอยู่ จึงส่งผลให้การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง มีผลต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของปริมประภา ก้อนแก้วจรรจา สันตยากรปกรณ์ ประจันบานและวิโรจน์ วรรณภิระ (2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับปานกลางเช่นเดียวกันซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาในผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชนบทที่วิถีชีวิตไม่เร่งรีบ ทำให้มีโอกาสใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวมากกว่าส่งผลให้ได้รับประสบการณ์ตรงที่เป็นแบบอย่าง ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้มากกว่า และการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง อาจเนื่องจากลักษณะโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และต้องการความช่วยเหลือมากกว่า จึงเกิดการแสวงหาความช่วยเหลือทั้งด้านจิตใจและร่างกายจากบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลมากต่อกลุ่มตัวอย่างในโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในการศึกษาครั้งนี้

Copyright by Mahidol University

อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุโดยใช้ตัวแปรอิสระได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลพบว่าผลการวิเคราะห์เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยบางส่วน โดยที่ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 22.8 (R^2= .228, F = (3, 74) = 7.272, p < .01) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) มี 2 ตัวแปร คือการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .309, p < .01) และอิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .338, p < .01) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Beta = -.026, p = .83) ผลการวิเคราะห์สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .309, p < .01) แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดีได้ และในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (2011) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี ทำให้แนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีเช่นเดียวกัน ในขณะที่หากการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีแนวโน้มของการปฏิบัติพฤติกรรมกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจะลดลง (Pender, et al., 2011)สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการฝึกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเพศชายโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน-อเมริกัน (Jackson, 2011) และการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Hong, et al., 2007; Larouche, 1998)ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

Copyright by Mahidol University

ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชนบทและเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวาย (Pierce, 2005) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สอดคล้องกับความรุนแรงของโรค โดยอธิบายว่า ผู้ป่วยมักประเมินตนเองจากกิจวัตรที่ทำเป็นประจำถึงแม้เป็นทำได้ไม่เท่าคนปกติ แต่หากทำได้ก็จะประเมินว่าตนสุขภาพดี นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเป็นโรคที่มีอาการแสดงค่อนข้างชัดเจน ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นโรคที่มักไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) จึงเป็นไปได้ว่า ลักษณะของการแสดงอาการของโรคจึงเป็นสิ่งที่ทำให้ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .338, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่าถ้าอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีระดับสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีได้ และในทางกลับกัน หากอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีระดับต่ำ ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำได้ ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) กล่าวไว้ว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ ให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่กล่าวมาจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 89.7) ซึ่งความใกล้ชิดภายในครอบครัวอาจหล่อหลอมให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมา สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของชลิดา โสภิตภักดีพงษ์ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนาและสุนีย์ละกำปั่น (2553) ที่พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีของบุคคลในครอบครัวส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่ดีด้วย และจากการที่โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากแล้วมักเป็นในวัยสูงอายุ แต่กลุ่มตัวอย่างกลับเป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุน้อย จึงทำให้เกิดความแสวงหาการดูแล และรู้สึกว่าบุคลากรทางสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสามารถพึ่งพาและยึดเหนี่ยวได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในช่วงวัยทำงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ดังนั้นกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดดังกล่าวจึงมีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของสุธิดา พุฒทอง (2551) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ การรับรู้อุปสรรค ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัยที่ตั้งไว้ และไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (2011) ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความยุ่งยาก ไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางตรงกันข้ามหากบุคคลรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางน้อย ย่อมส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น การที่การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายได้ อาจเนื่องมาจากลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาที่ดีเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้มีการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองได้โดยง่าย การมีหน้าที่การงานที่มีความมั่นคงและสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงความพร้อมของระบบบริการสุขภาพที่ให้การดูแลยังเอื้อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการได้ง่าย นอกจากนี้บริบทด้านความสมบูรณ์ของร่างกายตามพัฒนาการ ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ

แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ แต่ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สม่ำเสมอ ซึ่งอธิบายได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น มีการศึกษา ความสะดวกทางเทคโนโลยีในการหาข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรับบริการได้ดี แต่การที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงานและเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งยังคงมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ตามช่วงของพัฒนาการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่เห็นความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดัง ที่มีการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุน้อยมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แย่กว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า (นลินี มิ่งมณี, 2549;Zhang et al., 2013) ถึงแม้อุปสรรคที่มาขัดขวางจะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม ทำให้อุปสรรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย ของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศจงจิต เสน่หา รุ้งนภา ผาณิตรัตน์กลิ่นชบา สุวรรณรงค์พรรณิกา สืบสุขและเดช เกตุฉ่ำ (2554) การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรจา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน, และวิโรจน์ วรรณภิระ (2554) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงชาวชนบทที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลว ของ Carolyn Pierce (2005) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่

Copyright by Mahidol University

สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาที่พบว่าเป็นไปตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ คือการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุธิดา พุฒทอง, 2551;Calvert & Isaac-Savage, 2013; Thanavaro, et al., 2006; Thanavaro, Thanavaro, & Delicath, 2010)

ข้อจำกัดของการวิจัย

ไม่มี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม และเห็นความสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่เริ่มแรก ถึงแม้จะยังรู้สึกว่าตนเองแข็งแรงสมบูรณ์ดี

2. พยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยกระตุ้นให้บุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือแม้แต่บุคลากรทางสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ให้กำลังใจ เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ครบทุกด้านอย่างต่อเนื่อง

3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีลักษณะวิถีชีวิตที่เร่งรีบ โดยให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถสอดแทรกเข้าเป็นกิจกรรมหนึ่งในวิถีชีวิตประจำวันและผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าเสียเวลาเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2011) เช่น ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ หรือปัจจัยด้านสติปัญญาและการรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เช่น อิทธิพลจากสถานการณ์

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด และบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ดียิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่อาศัยในเขตพื้นที่ที่มีความแตกต่างด้านวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม เช่น โรงพยาบาลในต่างจังหวัด ในชุมชน เพื่อให้สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้มากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านข้อมูลทางสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

Copyright by Mahidol University

FACTORS INFLUENCING ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS IN YOUNG ADULTS WITH HYPERTENSION

PAWITRA JARIYASAKULWONG 5337311 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VISHUDA CHAROENKITKARN, Ph.D.(NURSING), WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (NURSING) WERANUJ ROUBSANTHISUK, M.D., SARINRUT SRIPRASONG, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Hypertension is a chronic condition which causes health problems to the world population. It has been estimated that in 2025, the percentage of patients with hypertension all over the world will be as high as 60%, or approximately 1,560 million people (Kearney et al., 2005). The incidence of hypertension tends to rise higher among younger population, as evidenced in 1988-1994, 1999-2002, and 2003-2006, the percentages of patients with hypertension between 20 and 44 years of age in the United States of Americaaccounted for 38.3%, 43.0%, and 45.1%, respectively (National Center for Health Statistics, 2009). According to a survey of the Thai population between 15 and 44 years old conducted in 1992, the prevalence rate of hypertension was 29.9%, and this increased to 46.4% in 2004 (Health System Research Institute, B.E. 2535, 2549). In addition, hypertension is the most commonly found in cardiovascular disease among the working age, making up almost one-third, or 32.4% (National Statistical Office, B.E. 2553). According to the statistics of outpatients who had hypertension between 20 and 40 years of age at Siriraj Hospital between 2009 and 2010, the numbers of hypertensive patients continued to increase on a yearly basis. In addition, a survey in 2008-2009, of the 663 male and female

subjects aged 15 to 44 years old, more than 50% had blood pressure levels higher than normal and did not receive any diagnosis (Health System Research Institute, B.E. 2552). It has also been documented that more than half, or 55.9%, of the patients with hypertension aged at least 20 years old who were admitted into the hospital were unable to control their blood pressure levels (American Heart Association, 2010).

Patients with hypertension who are unable to control their blood pressure levels at a suitable level may suffer from complications to different bodily systems such as damage to coronary artery systems, cerebrovascular diseases, kidney damage, visual loss, and peripheral vascular diseases (American Heart Association, 2010). Such complications have numerous effects on physical and mental conditions of both patients and their family caregivers. Furthermore, the national economics will be affected, particularly when the patients are those who are young adults because they are still in their working age and full of potential to contribute to the country, especially when they are compared to people in other age groups. In other words, young adults play a crucial role to social and economic development of the country. In the United States of America, it has been estimated that medical costs which are directly for treatment and care of cardiovascular diseases will increase by three folds, from 272.5 billion dollars in 2010 to 818.1 billion dollars in 2030. The disease which costs a very large amount of medical expenses is hypertension (Heidenreich et al., 2011). Therefore, development of quality of life of young adults, particularly in terms of healthcare, is considered important in order to save the country's budgets (National Statistical Office, B.E. 2553).

As regards causes of hypertension, in addition to heredity, other causes may be patients' behaviors. At present, changes in social conditions, values, and lifestyles, as well as technological advancements, have made life more easy and convenient, so individuals do not need to have much physical movement. Moreover, in big cities such as Bangkok, the capital city of the country, people live a hectic life and their limited time may cause them to eat food that is not nutritious. For example, they may opt to eat fast food or junk food that is high in sodium and fat, which leads to obesity and high blood glucose level (Grossman & Messerli, 2008). Stress from work may cause some individuals to smoke cigarette (Niskanen et al., 2004). Besides,

economic status and responsibility for the family which make individuals to work hard and have less rest may contribute to onset of hypertension.

As for treatment of hypertension, in addition to pharmacological treatment, lifestyle adaptation is deemed significant. However, A large number of patients with hypertension continue to have inappropriate behaviors such as having insufficient exercise, lacking medication adherence, discontinuing mediation when blood pressure levels are within the normal level, and not having dietary control (Messerli, Williams, & Ritz, 2007; Ogedegbe, 2008; Rose, Berlowitz, Orner, & Kressin, 2007). One major role of nurses is to raise patients' awareness to have behavioral adaptation that is appropriate for hypertension so ensure good quality of life as young adults should have.

When considering contexts of patients with hypertension who are in their young adulthood, particularly physical fitness, and social contexts, it can be seen that hypertension at this age tends to be asymptomatic. Thus, young adults may overlook the necessity of self-care. This is different from middle adults and elderly persons who tend to have better self-care. In a study conducted by Nalinee Mingmanee (B.E. 2549), it was found that patients in their middle adulthood had better overall health behaviors than those in young adulthood because they began to experience declination of functioning of different organs, so individuals in middle adulthood had to pay more attention to their self-care practices. For this reason, care of young adults with hypertension should take specific contexts of this particular group of patients into consideration to encourage them to have necessary behavioral adaptation.

According to the health promoting concept of Pender (Pender, Carolyn, & Mary, 2011), in order for individuals to continue carrying out behaviors to promote health until they become lifestyle patterns depend on biosocial factors which directly influence their emotions and cognition specific to their behaviors. A review of literature has revealed that the factors of perceived health status, perceived barriers, and interpersonal influences should have an influence on health promoting behaviors of young adults with hypertension (Hong, Chin, & Ronis, 2013; Hulme et al., 2003; Lee & Laffrey, 2006; Smith & Bashore, 2006; Wu & Pender, 2005).

Copyright by Mahidol University

Perceived health status refers to feelings, opinions, or expressions of ideas and understanding of patients toward their health status during a sickness. If their

perceived health is at a good level due to their behaviors, they are more likely to have good health promoting behaviors. By the same token, if patients with hypertension are well aware of the positive outcomes of their health promoting behaviors, they are more likely to continue practicing such health behaviors. However, in general, the incidence of hypertension is high among older adults, so when young adults are stricken with an illness that is not consistent with their age, their perceived health status may be affected. At the same time, hypertension is a disease that does not manifest clearly detectable symptoms. Therefore, it should be interesting to investigate how young adults with hypertension perceive their health status. Up to now, there has not been a clearly studyon perceived health status in young adults with hypertension. There are only studies conducted with elderly patients with hypertension such as the studies conducted by Lee & Laffrey (2006) and Thidatip Chaisri (B.E. 2541) which have reported that perceived health status could predict health promoting behaviors. Furthermore, Naglaa (2013) has reported that perceived health status was associated with health promoting behaviors of patients at risk for cardiovascular diseases. Other studies have also shown that there was a relationship between perceived health status and health promoting behaviors of healthy young adults (Hong, Sermsri, & Keiwkarnka, 2007; Larouche, 1998). Thus, it is possible that perceived health status of young adults with hypertension may affect their health promoting behaviors.

Perceived barriers to health promoting behaviors refer to perception of obstacles or hindrances that make individuals unable to adopt health promoting behaviors. Therefore, they avoid health promoting behaviors. Besides, young adults are in their working age, so there may be other factors that prevent them from having health promoting behaviors such as inability to take a leave from work as it may mean effects on work (Rose, Kim, Dennison, & Hill, 2000). In addition, health service which takes long and is costly may also make young adults feel that there are many obstacles that prevent them from having health promoting behaviors. Likewise, a study of Preeyaporn Swadsri (B.E. 2550) has reported that perceived barriers to action could co-predict dietary control behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus with statistical significance ($p < .001$). Previous studies also point out that perceived barriers can predict health promoting behaviors in healthy adults as well (Suthida Puthong, B.E. 2551; Duangrat Wattanakitkrailert et al., B.E. 2554). It is worth noting

that the number of studies conducted with young adults with hypertension is rather small, but all of them have reported similar results that perceived barriers have an effect on health promoting behaviors of young adults. For this reason, it is possible that perceived barriers may have an effect on health promoting behaviors of young adults with hypertension.

Interpersonal influences refer to beliefs or behaviors of family members, friends, or healthcare personnel that affect patients' cognition, making them avoid or adhere to health promoting behavior. Thus, interpersonal influences should have an influence on health promoting behaviors based on the concept of Pender et al. (2011). For instance, Suthida Puthong (B.E. 2551) has reported that interpersonal influences could predict health promoting behaviors in young adults with statistical significance ($p < .001$). Likewise, a study of Parnjit Namponkrang (B.E. 2547) has reported that interpersonal influences could co-predict exercise behaviors with statistical significance ($p < .05$). However, there is no study that has been conducted with young adults with hypertension. Most of the studies that investigated health promoting behaviors in young adults were conducted with young adults who were healthy. In this study, the contexts of young adults with hypertension may not be different from those of healthy young adults because hypertension may be asymptomatic, so they are not different from those who are healthy.

A review of literature has revealed that factors including perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences should be able to predict health promoting behaviors. However, most of the studies have been conducted with healthy young adults who were healthy. Furthermore, studies conducted with patients with hypertension or other chronic illnesses do not differentiate young adult patients from patients in other age groups. As it is accepted that young adults have specific physical developments and strength, and their social responsibility is different from that of individuals in other age groups, so they may have some specific factors that result in their health promoting behaviors. As a consequence, the researcher was interested in investigating the influence of perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences on health promoting behaviors. Understanding of such factors should enable healthcare team to develop better understanding and to encourage patients to

Copyright by Mahidol University

have appropriate health promoting behaviors to reduce or prolong possible complications of hypertension.

Research Questions

1) What are health promoting behaviors,perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences of young adults with hypertension like?

2) Do perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences have an influence on health promoting behaviors of young adults with hypertension and how?

Research Objectives

1) To explore health promoting behaviors, perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences of young adults with hypertension

2) To determine the influences of perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences on health promoting behaviors of young adults with hypertension

Research Hypothesis

Perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences influencing health promoting behaviors of young adults with hypertension.

Methodology

Copyright by Mahidol University

The present study was predictive correlational research which aimed at investigating and determining predictive power of study variables of perceived health

status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences to predict health promoting behaviors of young adults with hypertension. The study was conducted with patients, who had been diagnosed with hypertensionbetween 20 and 40 years of age, both males and females at the hypertension clinic, outpatient department, and the Siriraj primary care unit, Siriraj Hospital. Convenience sampling was used to recruit the study subjects. The sample size in this study was determined based on the Power Analysis table. For multiple regression analysis, the confidence level was set at 95%, $\alpha = 0.05$, and power of test = 0.80. There were three independent variables investigated in the present study. The medium size effect (R^2) was set at 0.13. The sample size was equal to 78 subjects.

Instrumentation

The instruments used to measure health promoting behaviors of young adults with hypertension, their perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences were used with permission from the developers of the instruments, with were examined by a panel of experts to confirm their content validity. The content validity indexes were equal to 0.85, 1.00, 0.66, and 0.83, respectively. The instruments were subsequently revised and improved based on the experts' comments and suggestions before they were tried out with 30 pilot subjects whose demographic characteristics were similar to those of the subjects of the main study. As regards reliability, Cronbach's alpha coefficients of the instruments were 0.84, 0.80, 0.85, and 0.74, respectively. When they were used with the subjects of the main study, Cronbach's alpha coefficients were 0.88, 0.79, 0.86, and 0.80, respectively.

Data analysis

Copyright by Mahidol University

Data were analyzed in terms of frequency distribution, percentage, minimum, maximum, mean, median, and standard deviation. As for predictive power of perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences to predict health promoting behaviors of young adults with

hypertension, multiple regression analysis was employed, with the statistical significance level set at 0.05. The data met the initial requirements of multiple regression analysis.

Findings

1) As regards demographic characteristics and health and illness data of the subjects, the study findings revealed that the mean age of the subjects was 34 years old. Close to two-thirds, or 62.8%, were female, and nearly half, or 48.7%, were single. Most of them, or 88.5%, lived in Bangkok or its vicinity, and 89.7% lived with their family. A little more than half, or 51.3%, held a Bachelor's degree, and 23.1%, worked as employees at a private company. Their monthly income ranged from 10,000 to 20,000 baht, and 74.4%, thought that they had sufficient income. Finally, 34.6%, used universal health coverage to pay for their medical expenses.

In terms of health and illness, 82.76% of male subjects and 73.5% of female subjects had body mass index at least 23 kilograms/square meter. 50%of the subjects, were unable to control their blood pressure. Their average duration of hypertension was three years and eight months. Moreover, 84.6% of the subjects hadnot complications of hypertension. Finally, 83.3%of the subject, received pharmacological treatment, with two types of mediation intake on average

2) Mean score of overall health promoting behaviors was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.48, *SD* = 0.29). Each aspect showed by the mean score: the health responsibility aspect was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.25, *SD* = 0.45), the physical activity aspect was at a low level ($\bar{x}$ = 1.79, *SD* = 0.45), the nutrition aspect was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.68, *SD* = 0.42), the spiritual growth aspect was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.70, *SD* = 0.44), the interpersonal relations aspect was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.90, *SD* = 0.41), and the stress management aspect was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.46, *SD* = 0.38).

3) The mean score of perceived health statuswas at a moderate level ($\bar{x}$ = 7.85, *SD* = 1.89), the mean score of perceived barriers to health promoting behaviors was at a low level ($\bar{x}$ = 1.86, *SD* = 0.40), and the mean score of interpersonal influences was at a moderate level ($\bar{x}$ = 3.47, *SD* = 0.61).

Copyright by Mahidol University

4) As for the influence of perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences on health promoting behaviors of young adults with hypertension, it was found that all independent variables could predict the variance of health promoting behaviors of the subjects by 22.8% with statistical significance ($R^2 = 0.228$, $p < .01$). There were two variables that had an influence on health promoting behaviors—perceived health status (Beta = 0.309, $p < .01$) and interpersonal influences (Beta = 0.338, $p < .01$). However, perceived barriers to health promoting behaviors did not have any influence on health promoting behaviors of young adults with hypertension.

Discussion of Findings

Health promoting behaviors of young adults with hypertension

The subjects' mean score of health promoting behaviors was at a moderate level ($\bar{x} = 2.48$, $SD = 0.29$). Such a finding was consistent with the findings of the studies conducted on health promoting behaviors of healthy adults. (Laddawan Angkawanich, B.E. 2550; Suthida Putthong, B.E. 2551). The study samples were similar in terms of developmental stage, as they were all in their young adulthood. Likewise, Wasana Krutmuang (B.E. 2547) conducted a study with patients with asymptomatic hypertension and found that the mean scores of most of the six aspects of health promoting behaviors were at a moderate level, including interpersonal relations, spiritual growth, nutrition, stress management, and health responsibility. Generally, the levels of difficulty required to practice each of these aspects of health promoting behaviors vary. The patients have their own specific contexts which can be facilitating factors or hindrances in each of the aspects. In this study, all of the subjects were young adults. Individuals in their early adulthood have physical strength and are not dependent on others, and they already have emotional stability, cognitive ability, and decision-making skills (Sriruen Kaewkangwan, B.E. 2553; Sakuna Boonnarakorn, B.E. 2555). Thus, they are able to develop interpersonal relations and live with others harmoniously. Moreover, more than half of the subjects in the present study, or 51%, held a Bachelor's degree and had a stable job, and approximately three quarters of

Copyright by Mahidol University

them, or 74.4%, had sufficient incomes. These may be factors that promoted their ability to search for knowledge of healthcare.

However, there may have been certain factors that prevented the subjects from adhering to health promoting behaviors. Most of the subjects were in their working age, and they had various responsibilities. They also lived a hectic life in an urban society, as most of them, or 88.5%, lived in Bangkok or its vicinity. For these reasons, they may have been unable to consistently practice health promoting behaviors, particularly the physical activity aspect that found the mean score at a low level due to lack of time.

Perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences of young adults with hypertension

Perceived health status of young adults with hypertension: The mean score of perceived health statusof young adults with hypertension was a moderate level ($\bar{x}$ = 7.85, *SD* =1.89). This was because the subjects mostly chose the 'moderate' responses to the questionnaire items. When considering each item, it was found that a small percentage of subjects, or 12.8%, considered that their overall health was not good, while more than half, or 55.1%, thought that their current health did not differ from their health in the previous year. In addition, a little more than half, or 56.4%, thought that their current health problems were causes that prevented them from doing what they wanted to do sometimes. One plausible explanation is that hypertension could be asymptomatic, the subjects may not have realized their physical changes caused by the disease. However, when they compared their health to others', more than half, or 53.8%, perceived that their health was worse than other people's health. Since hypertension tends to be found in older adults or elderly persons, the subjects of this study may have felt that they had the disease when they were too young or earlier than people of the same age. Thus, they perceived that they were not as healthy as normal people.

According to the study findings, even though the subjects did the not feel great changes caused by hypertension. However, they felt that their health was worse than that of others who were in the same age. Thus, the mean score was at a moderate level. Such findings were different from the findings of previous studies which were

Copyright by Mahidol University

mostly conducted with elderly persons and they had a good level of perceived health status (Lewis & Riegel, 2010; Thidatip Chaisri, B.E. 2541). This may be because the subjects in the study had hypertension since their young adulthood, which is not supposed to happen to individuals at this developmental stage. Moreover, the incidence of hypertension is not as common in young adults as in older adults. It is also possible that elderly persons can accept their illness with hypertension more easily because hypertension is commonly found among elderly persons (Health System Research Institute, B.E. 2552). As a result, the subjects in this study had a lower level of perceived health status than that of older adults and from that of young adults who were healthy (Hong et al., 2007; Larouche, 1998). In other words, the subjects in this study were stricken with a chronic illness since their early adulthood which should not be the case when considering their physical developmental stage. When they were compared to individuals in the same age group who were healthy and had age-appropriate development, their mean score of perceived health status was lower.

Perceived barriers to health promoting behaviors: In the present study, the mean score of perceived barriers to health promoting behaviors of the subjects was at a low level ($\bar{x}$ = 1.86, *SD* = 0.40). This means that the subjects perceived that there were not many things that prevented them from doing health promoting behaviors. When considering each item, it was found that the mean scores of most of the items were at a low level. This could be explained from the contexts of the subjects who had readiness in various aspects such as educational background because more than half of the subjects, or 51.3%, completed undergraduate studies. In addition, at present, communication systems and technology enable individuals to gain easy access to information, and the knowledge they have gained from such information can clearly prove the benefits of health promoting behaviors. Moreover, the personnel are ready to provide assistance and advice to patients who have complex health issues. The formats of media used in knowledge provision are also up-to-date, which made them feel that the contents provided were more interesting. Therefore, the mean scores of items in this questionnaire were at a low level such as “feeling that it is not beneficial” ($\bar{x}$= 1.36, *SD* = 0.53) and “not interest” $\bar{x}$ = 1.64, *SD* = 0.64).

Copyright by Mahidol University

In addition, the subjects were at the age when they had physical readiness because they were in their young adulthood when they still had physical strength, so they did not have to rely on other. Furthermore, most of the subjects, or 89.7%, lived with their family, so their mean scores of each of the following items were low: "lack of support from family/friends" ($\bar{x}$ = 1.44, *SD* = 0.62), "lack of someone who can help" ($\bar{x}$ = 1.53, *SD* = 0.73), and "feeling embarrassed about own physical condition" ($\bar{x}$ = 1.63, *SD* = 0.82). As regards income of the subjects, it was found that most of the subjects had sufficient income (74.4%). As for the expenses related to medical costs, most of the subjects, or 80%, had the rights to some kind of medical reimbursement. Also, the subjects could practice behavioral adaptation, which did not cause a large amount of expenses, so the mean score of many item was at a low level, such as "not having money" ($\bar{x}$ = 1.56, *SD* = 0.77).

It is worth noting that in this study, the subjects were in their working age. They had responsibility for their work and family, making them feel that they did not have time for health promoting behavior. When considering each item, it could be seen that the three items which had the highest mean scores were 'having no time' ($\bar{x}$= 2.46, *SD* = 0.90), 'having other responsibilities' ($\bar{x}$= 2.36, *SD* = 0.90), and 'feeling too tired' ($\bar{x}$ = 2.31, *SD* = 0.70). This clearly reflected that the most important obstacles for the subjects were those related to time and work. However, most of the items on other barriers had a rather low mean score. Thus, the mean score of overall barriers to health behaviors was at a low level, as previously explained. Such findings were consistent with the finding of Suthida Putthong (B.E. 2551) that the overall mean score of perceived barriers to health behaviors of young adults was at a low level.

Such study findings were different from the findings of the previous studies conducted with patients with hypertension or other chronic illnesses (Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage, & Delicath, 2006; Duangrat Wattanakitkrailert et al., B.E. 2554; Primprapa Konkaew, Janya Satayakorn, Pakorn Prajanban, & Wiroj Wannapira, B.E. 2554; Parnjit Namponkrang, B.E. 2547; Wasana Muangkrut, B.E. 2547) which have reported that perceived barriers to action was at a moderate level. It could be noticed that the subjects in these studies were older than those who participated in the present study, so it was possible that the contexts of young adults who were strong, independent, and educated enabled them to take care of

Copyright by Mahidol University

themselves and overcome obstacles, hence a low level of perceived barriers to health promoting behaviors. According to the health promoting theory of Pender et al. (2011), if individuals have a low level of perceived obstacles, they are more likely to have good health promoting behaviors.

Interpersonal influences of young adults with hypertension: In this study, it was found that the mean score of interpersonal influences was at a moderate level ($\bar{x}$ = 3.47, *SD* = 0.61). This meant that interpersonal influences played a role to motivate the subjects to have health promoting behaviors at a moderate level.

When considering scores of each item, it could be seen that interpersonal influences of the subjects that came from their family, healthcare team, and friends were at a rather similar level. Thus, it meant these individuals had an influence on the subjects' thinking and practices of health promoting behaviors by providing various kinds of support in accordance with the health promoting model of Pender et al. (2011) which contends that groups including family (father, mother, and siblings), friends, and healthcare team can convince individuals to carry out health promoting behaviors by providing different kinds of support such as encouragement, moral support, information, or tools that make individuals ready to carry out health promoting behaviors.

In this study, the subjects were in their young adulthood. According to their age-related developmental stage, they are able to clearly explain their actions and have more self-confidence (Sriruen Kaewkangwan, B.E. 2553; Sakuna Boonnarakorn, B.E. 2555). Therefore, in this study, even though the subjects shared close relationships with their family members or had interactions with their friends or healthcare team, their self-confidence remained, so the mean score of their perceived interpersonal influences was at a moderate level, hence a moderate level of health promoting behaviors.

Similarly, Primprapa Konkaew, Janya Satayakorn, Pakorn Prajanban, & Wiroj Wannapira (B.E. 2554) carried out a study to investigate factors predicting health promoting behaviors of government officials and found that the subjects also had a moderate level of interpersonal influences. On the contrary, Suthida Putthong (B.E. 2551) found that the mean score of interpersonal influences was at a high level.

Copyright© by Mahidol University

Such a discrepancy may have resulted from the fact that the subjects lived in a rural area with a more quiet life and more chances to be close to their family members who were role models for them, hence a higher level of interpersonal influences. In another study, Parnjit Namponkrang (B.E. 2547) conducted a study with patients with cardiovascular disease and found that interpersonal influences were also at a high level. One explanation was that cardiovascular disease manifested its symptoms more clearly, and this could have led to more stress and needs for both physical and psychological assistance from close persons, resulting in a higher level of interpersonal influences.

Influences of perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences on health promoting behaviors of young adults with hypertension

Multiple regression analysis revealed that independent variables of perceived health status, perceived barriers to health promoting behaviors, and interpersonal influences could co-predict the variance of health promoting behaviors by 22.8% ($R^2 = 0.228$, $F = (3, 74) = 7.272$, $p < .01$). Thus, part of the hypothesis was supported. There were two factors which had an influence on health promoting behaviors of the subjects with statistical significance ($p < .01$)—perceived health status (Beta = 0.309, $p < .01$) and interpersonal influences (Beta = 0.338, $p < .01$). The factor which did not have an influence on health promoting behaviors was perceived barriers to health promoting behaviors. The study findings could be explained as follows:

Perceived health status had an influence on health promoting behaviors of the subjects with statistical significance (Beta = 0.309, $p < .01$). This meant that if young adults with hypertension had a good level of perceived health status, they should have a good level of health promoting behaviors. On the other hand, if young adults with hypertension had a poor level of perceived health status, their health promoting behaviors should be poor. According to the concept of health promoting behaviors of Pender et al. (2011), perceived health has a direct effect on health promoting behaviors. Good health status is a driving force that makes individuals realize the significance of good health, so they are more likely to have activities that will promote their health.If they have poor perceived health, their tendency to carry

out health promoting behaviors will be reduced (Pender et al., 2011). Such findings were consistent with the findings of the studies on effects of perceived health status on health promoting behaviors of patients with essential hypertension conducted by Thidatip Chaisri (B.E. 2541), male African-American patients with hypertension (Jackson, 2011), and healthy young adults (Hong et al., 2007; Larouche, 1998) which have reported that perceived health status could predict health promoting behaviors.

The study findings were not in congruence with the findings on health promoting behaviors of female patients living in a rural area with a heart attack (Pierce, 2005) which found that perceived health status could not predict health promoting behaviors as the subjects' perceived health status was not consistent with the severity of their disease. One explanation is that the subjects tended to assess their own health based on their daily routines. If they were able to carry out their daily routines, even though they were not as able as normal healthy people, they would assess that their health was in a good condition. In addition, symptoms of a heart attack are clearly manifested, while symptoms of hypertension in young adults are not as hypertension tends to be asymptomatic (Thai Hypertension Society, B.E. 2555). As a result, it is possible that perceived health statuses of patients with diseases that have different symptom manifestations vary due to such differences.

Interpersonal influences had an influence on health promoting behaviors of young adults with hypertension in this study with statistical significance (Beta = 0.338, $p < .01$). This means that if interpersonal influences of young adults with hypertension were high, they would have good health promoting behaviors. On the other hand, if their interpersonal influences were at a low level, their health promoting behaviors could be poor. According to the concept of health promoting behaviors of Pender et al. (2011), interpersonal influences create motivation for behavioral adaptation of individuals. In other words, interpersonal influences determine if individuals will have a tendency to have health promoting behaviors. In this study, most of the subjects, or 89.7%, lived with their family. Closeness in the family may enable the subjects to adopt health promoting behaviors. Likewise, a study investigating factors predicting health promoting behaviors of families at risk of stroke conducted by Chalida Sopitpakdeepong, Panyarat Lapwongwattana, and Sunee Lakampan (B.E. 2553) has reported that good behavioral practices of family members could promote good health

Copyright by Mahidol University

behaviors of individuals. As most patients with hypertension were those in their old age, but the subjects in the present study were still young adults, they may have had more needs to seek for care and sought for assistance from healthcare team whom they felt reliable for them. Moreover, the subjects were still in their working age and had interactions with their colleagues, so such close persons could have an influence on the subjects' health promoting behaviors. Similar findings have been reported by Suthida Putthong (B.E. 2551) who investigated factors predicting health promoting behaviors of young adults and Parnjit Namponkrang (B.E. 2547) who explored factors related to exercise behaviors of patients with cardiovascular disease that interpersonal influences could predict health promoting behaviors.

In this study, the factor which could not predict health promoting behaviors of young adults was perceived barriers, so the study hypothesis was not supported. Such a finding was not consistent with the concept of health promoting behaviors of Pender et al. (2011) which contends that perceived barriers that hinder individuals from having health promoting behaviors such as difficulties, inconvenience, or high expenses have a direct effect on health promoting behaviors, making individuals avoid health promoting behaviors. On the other hand, if individuals have a low level of perceived barriers, they are more likely to have health promoting behaviors. In the present study, perceived barriers may not be able to predict health promoting behaviors because of demographic characteristics of the subjects who were mostly highly educated, so they had easy access to self-care information. They also had stable job and income, and had access to healthcare service systems and care. Finally, they still had physical strength in accordance with their age-related developmental stage. As such, they had a low level of perceived barriers to health promoting behaviors.

However, even though the subjects had a low level of perceived barriers to health promoting behaviors, their mean score of health promoting behaviors was still at a moderate level. That is, they were still unable to carry out health promoting behaviors on a regular basis. This could be explained that even though the subjects had factors that facilitated health promoting behaviors such as education, access to advanced technology to search for health information, and available healthcare service systems, hypertension is asymptomatic. Also, the subjects were still in their young

adulthood with good physical condition in accordance with their age-related developmental stage, and they felt that their health status was at a moderate level. For these reasons, they may not have realized the necessity of health promoting behaviors. Previous studies have shown that young patients are more likely to have poorer health promoting behaviors than those who are older (Zhang et al., 2013; Nalinee Mingmanee, B.E. 2549). In this study, even though hindering obstacles were at a low level, they could not predict health promoting behaviors. Similarly, studies investigating factors influencing health promoting behaviors of Thai police officers (Duangrat Wattanakitkrailert, Jongjit Saneha, Roongnapa Phanitrat, Klinchaba Suwanrong, Pannipa Suebsuk, & Dech Katecham, B.E. 2554), factors predicting health promoting behaviors of government officials with abnormal blood cholesterol levels (Primprapa Konkaew, Janya Satayakorn, Pakorn Prajanban, & Wiroj Wannapira, B.E. 2554), factors predicting health promoting behaviors of females living in a rural area with heart failure (Carolyn Pierce, 2005), and factors associated with exercise behaviors of patients with cardiovascular disease (Parnjit Namponkrang, B.E. 2547) have reported that perceived barriers to health promoting behaviors could not predict health promoting behaviors. However, there are a number of studies which are in line with the concept of health promoting behaviors that perceived barriers to health promoting behaviors could predict health promoting behaviors (Calvert & Isaac-Savage, 2013; Thanavaro et al. 2006; Thanavaro, Thanavaro, & Delicath, 2010; Wasana Muangkrut, B.E. 2547; Suthida Putthong, B.E. 2551).

Limitations of the Study

None

Implications of Findings

1. The study findings could be used as baseline data for nurses and healthcare team to assess perceived health status and interpersonal influences of young adults with hypertension for better understanding of patients and stimulate them to

Copyright by Mahidol University

have appropriate perceived health status so that they will be well aware of health promoting behaviors since the beginning of the illness

2. Nurses and healthcare team should promote the factor of interpersonal influences by stimulating close persons such as family members, friends, and even healthcare personnel to participate in provision of knowledge, encouragement, and role models to ensure that patients will continue to have good health promoting behaviors.

3. The findings could be used as baseline data to develop a health promoting behaviors to suit the specific contexts of young adults with hypertension who may have a hectic lifestyle. Health promoting behaviors may be integrated into patients' daily life without making patients feel that they have to waste more time so as to ensure continuity and sustainability of their health promoting behaviors.

Recommendations for Further Research

1. Studies should be conducted to investigate other factors that affect health promoting behaviors of patients who are young adults based on the concept of Pender et al. (2011) including personal characteristics and experiences such as past behaviors; personal factors such as age, educational background, or occupation; and cognitive and affective factors specific to behaviors such as situational influences.

2. Qualitative studies should be carried out to explore perceived health status so as to shed more light on thinking, feelings, and contexts of young adults with hypertension.

3. Studies should also be conducted to examine factors influencing health promoting behaviors in young adults with hypertension who live in different areas with different lifestyles and environments such as those who seek treatment at a hospital in a rural areas or in a rural community so as to generalize study findings to a larger group of young adults with hypertension.

4. Studies should be conducted to investigate about contraceptive drug using that affect blood pressure control of young adults with hypertension.

Copyright by Mahidol University

รายการอ้างอิง

กมลรัตน์ จูมสีมา. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

กรรณิกา ลองจำนงค์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2553). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2553. ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2554. จาก http://www.si.mahidol.ac.th/th/thai_version.asp?usg=7

งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช. (2555). *สถิติประจำปี*: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช.

จุรีพร คงเฉลิม. (2551). *วิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ชลธิชา เรือนคำ. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชลิดา โสภิตภักดีพงษ์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และ สุนีย์ ลำกำปั่น. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 4*(3), 57-65.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, จงจิต เสน่หา, รุ้งนภา ผาณิตรัตน์, กลิ่นชบา สุวรรณรงค์, พรรณิภา สืบสุข , และ เดช เกตุฉ่ำ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *29*(2), 133-142.

ทัศนีย์ นะแส. (2542). *การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล*. สงขลา: เทมการพิมพ์.

Copyright by Chiang Mai University

ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธาตรี คลังนาค. (2550). *สภาพและความต้องการการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ปีการศึกษา 2547.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพลศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธิดารัตน์ ทรายทอง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ความมุ่งมั่นต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายในจังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยลัยสงขลานครินทร์.

นลินี มิ่งมณี. (2549). *ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง*. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นันทกา คำแก้ว. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นูมาร์ แวบือซา. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ประวิชช์ ตันประเสริฐ. (2546). *ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรจา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน, และ วิโรจน์ วรรณภิระ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, *5*(3), 17-28.

Copyright by Mahidol University

ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2550). *อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารต่อการทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปานจิต นามพลกรัง. (2547). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 4.* กรุงเทพมหานคร: ไอกรุ๊ป เพลส.

มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต.* กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ลัดดาวรรณ์ อังควานิช. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2) วัยรุ่น - วัยสูงอายุ.* กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.

สกุณา บุญนรากร. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย.* สงขลา: เทมการพิมพ์.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2535). *รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535.* ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2555. จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report4.php

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540.* ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2555. จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report3.php

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). *รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547.* ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2556. จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report2.php

Copyright© by Mahidol University

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *ภาวะสุขภาพของแรงงานไทย*. ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2554. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/LaborHealty.pdf

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2*. ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2556. จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php

สุชา จันทร์เอม. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพาณิชย์ จำกัด.

สุธิดา พุฒทอง. (2551). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุปราณี กิติพิมพ์. (2555). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและระยะปานกลาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุรีรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, *17*(1), 109-123.

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานุภาพ, และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย Health promotion in Thailand*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

อำไพพรรณ รุ่งบรรณพันธุ์. (2551). เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารมูลธินิโรคไตแห่งประเทศไทย*, *22*(43), 33-35.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). Maryland Heights: Mosby Elsevier.

Alphonse, L. (2008). *Hypertension (Blood Pressure) And How Sodium Affects Hypertension*. Retrieved May 15, 2012, from http://ezinearticles.com/?Hypertension-(Blood--Pressure)-And-How-Sodium-Affects-Hypertension&id=950735

Copyright by Mahidol University

American heart association. (2010). *High Blood Pressure*. Retrieved November 1, 2011, from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/WhyBloodPressureMatters/Why-Blood-Pressure-Matters_UCM_002051_Article.jsp

Arima, H., Murakami, Y., Lam, T. H., Kim, H. C., Ueshima, H., Woo, J., et al. (2012). Effects of Prehypertension and Hypertension Subtype on Cardiovascular Disease in the Asia-Pacific Region. *Hypertension, 59*(6), 1118-1123.

Atthobari, J., Gansevoort, R. T., Visser, S. T., De Jong, P. E., & De Jong-van den Berg, L. T. W. (2007). The impact of hormonal contraceptives on blood pressure, urinary albumin excretion and glomerular filtration rate. *British Journal of Clinical Pharmacology, 63*(2), 224-231.

August, P., & Oparil, S. (1999). Hypertension in women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 84*(6), 1862-1866.

Becker, H., Stuifbergen, A. K., & Sands, D. (1991). Development of a Scale to Measure Barriers to Health Promotion Activities Among Persons with Disabilities. *American Journal of Health Promotion, 5*(6), 449-454.

Beunza, J. J., Martínez-González, M. Á., Ebrahim, S., Bes-Rastrollo, M., Núñez, J., Martínez, J. A., et al. (2007). Sedentary Behaviors and the Risk of Incident Hypertension: The SUN Cohort. *American Journal of Hypertension, 20*(11), 1156-1162.

Biernat, E., Tomaszewski, P., & Milde, K. (2010). Physical activity of office workers. *Biology of Sport,* 27(4), 289-296.

Calvert, W. J., & Isaac-Savage, E. P. (2013). Motivators and Barriers to Participating in Health Promotion Behaviors in Black Men. *Western Journal of Nursing Research, 35*(7), 829-848

Campbell, M., & Torrance, C. (2005). Coronary angioplasty: impact on risk factors and patients' understanding of the severity of their condition. *Australian Journal of Advnced Nursing, 22*(4), 26-31.

Campbell, N. R., Petrella, R., & Kaczorowski, J. (2006). Public education on hypertension: a new initiative to improve the prevention, treatment and control of hypertension in Canada. *Canadian Journal of Cardiology, 22*(7), 599-603.

Copyright by Mahidol University

Carlberg, B., Samuelsson, O., & Lindholm, L. H. (2004). Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet, 364*(9446), 1684-1689.

Champagne, C. M. (2006). Dietary Interventions on Blood Pressure: The Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trials. *Nutrition Reviews, 64*, S53-S56.

Christopher, F. L., & Emile, R. M. I. (2006). Peripheral arterial disease and hypertension. In C. Petrice (Ed.), *Advanced therapy in hypertension and vascular disease* (pp. 176-179). Ontario: B.C. Decker.

Ciolac, E. G., Guimarães, G. V., D´Ávila, V. M., Bortolotto, L. A., Doria, E. L., & Bocchi, E. A. (2008). Acute aerobic exercise reduces 24-h ambulatory blood pressure levels in long-term-treated hypertensive patients. *Clinics, 63*(6), 753-758.

Ciolac, E. G., Guimarães, G. V., D´Àvila, V. M., Bortolotto, L. A., Doria, E. L., & Bocchi, E. A. (2009). Acute effects of continuous and interval aerobic exercise on 24-h ambulatory blood pressure in long-term treated hypertensive patients. *International Journal of Cardiology, 133*(3), 381-387.

Coresh J, S. E. S. L. A., & et al. (2007). PRevalence of chronic kidney disease in the united states. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 298*(17), 2038-2047.

Culliford, L. (2002). Spirituality and clinical care. *British Medical Journal, 325*(7378), 1434-1435.

Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2012). Depressed mood and blood pressure: The moderating effect of situation-specific arousal levels. *International Journal of Psychophysiology, 85*(2), 212-223.

de Wardener, H. E., He, F. J., & MacGregor, G. A. (2004). Plasma sodium and hypertension. *Kidney International, 66*(6), 2454-2466.

Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V., et al. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension, 24*(2), 215-233.

Dominiczak, A. F., Negrin, D. C., Clark, J. S., Brosnan, M. J., McBride, M. W., & Alexander, M. Y. (2000). Genes and hypertension: from gene mapping in experimental models to vascular gene transfer strategies. *Hypertension, 35*(1 Pt 2), 164-172.

Copyright by Mahidol University

Fagard, R. H., & Cornelissen, V. A. (2007). Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 14*(1), 12-17.

Ford, C. A., Nonnemaker, J. M., & Wirth, K. E. (2008). The Influence of Adolescent Body Mass Index, Physical Activity, and Tobacco Use on Blood Pressure and Cholesterol in Young Adulthood. *Journal of Adolescent Health, 43*(6), 576-583.

Giannotti, G., Doerries, C., Mocharla, P. S., Mueller, M. F., Bahlmann, F. H., Horvàth, T., et al. (2010). Impaired Endothelial Repair Capacity of Early Endothelial Progenitor Cells in Prehypertension: Relation to Endothelial Dysfunction. *Hypertension, 55*(6), 1389-1397.

Graudal, N. A., Hubeck-Graudal, T., & Jurgens, G. (2012). Effects of Low-Sodium Diet vs. High-Sodium Diet on Blood Pressure, Renin, Aldosterone, Catecholamines, Cholesterol, and Triglyceride (Cochrane Review). *American Journal of Hypertension, 25*(1), 1-15.

Grossman, E., & Messerli, F. H. (2008). Hypertension and diabetes. *Cardiovascular Diabetology: Clinical, Metabolic and Inflamatory Facets., 45*, 82-106.

Günther, A. L. B., Liese, A. D., Bell, R. A., Dabelea, D., Lawrence, J. M., Rodriguez, B. L., et al. (2009). Association Between the Dietary Approaches to Hypertension Diet and Hypertension in Youth With Diabetes Mellitus. *Hypertension, 53*(1), 6-12.

Guo, F., He, D., Zhang, W., & Walton, R. G. (2012). Trends in Prevalence, Awareness, Management, and Control of Hypertension Among United States Adults, 1999 to 2010. *Journal of the American College of Cardiology, 60*(7), 599-606.

Halm, J., & Amoako, E. (2008). Physical activity recommendation for hypertension management: does healthcare provider advice make a difference? *Ethnicity and Disease, 18*(3), 278-282.

Halperin, R. O., Sesso, H. D., Ma, J., Buring, J. E., Stampfer, M. J., & Michael Gaziano, J. (2006). Dyslipidemia and the Risk of Incident Hypertension in Men. *Hypertension, 47*(1), 45-50.

He, F. J., & MacGregor, G. A. (2003). How Far Should Salt Intake Be Reduced? *Hypertension, 42*(6), 1093-1099.

Copyright by Mahidol University

Heidenreich, P. A., Trogdon, J. G., Khavjou, O. A., Butler, J., Dracup, K., Ezekowitz, M. D., et al. (2011). Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States. *Circulation, 123*(8), 933-944.

Heikinheimo, O., Gissler, M., & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception, 78*(2), 149-154.

Holroyd, K. A., & Gorkin, L. (1983). Young adults at risk for hypertension: Effects of family history and anger management in determining responses to interpersonal conflict. *Journal of Psychosomatic Research, 27*(2), 131-138.

Hong, J. F., Sermsri, S., & Keiwkarnka, B. (2007). Health promoting lifestyles of nursing students in Mahidol university. *Journal of public health and development, 5*(1), 27-40.

Hong, O., Chin, D., & Ronis, D. (2013). Predictors of Hearing Protection Behavior Among Firefighters in the United States. *International Journal of Behavioral Medicine, 20*(1), 121-130.

Hui, L., Chan, C., Cheng, L., Ho, A., Kuwn, W., Lam, Tong, K., Lau, et al. (2006). Guideline on management of overweight & obesity in primary care. Retrieved June 22, 2013, from http://www.pdqa.gov.hk/textonly/english/primarycare/clinical/files/overwt guideline.pdf

Hui, W.-H. C. (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing, 18*(2), 101-111.

Hulisz, D. (2008). Drug-induced hypertension. *US Pharmacist, 33*(9), HS11-HS20.

Hulme, P. A., Walker, S. N., Effle, K. J., Jorgensen, L., McGowan, M. G., Nelson, J. D., et al. (2003). Health-Promoting Lifestyle Behaviors of Spanish-Speaking Hispanic Adults. *Journal of Transcultural Nursing, 14*(3), 244-254.

Iadecola, C., & Davisson, R. L. (2008). Hypertension and Cerebrovascular Dysfunction. *Cell Metabolism, 7*(6), 476-484.

Iyer, A. S., Ahmed, M. I., Filippatos, G. S., Ekundayo, O. J., Aban, I. B., Love, T. E., et al. (2010). Uncontrolled hypertension and increased risk for incident heart failure in older adults with hypertension: findings from a propensity-matched prospective population study. *Journal of the American Society of Hypertension, 4*(1), 22-31.

Copyright by Mahidol University

Jackson, P. B. (2011). *Percieved health status, self-efficacy, and practice of health promoting behaviors in rural Mississippi African American males with hypertension.* Southern University and Agricultural and Mechanical College.

Jitnarin, N., Kosulwat, V., Rojroongwasinkul, N., Boonpraderm, A., Haddock, C. K., & Poston, W. S. C. (2010). Risk Factors for Overweight and Obesity among Thai Adults: Results of the National Thai Food Consumption Survey. *Nutrients, 2*(1), 60-74.

Jo, J., William, M., & Kimberly, D. (2012). Current contraceptive use in the United States, 2006-2010, and change in patterns of use since 1995. National Health Statistics Reports Retrieved October, 14, from www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr060.pdf

Kashdan, T. B., Vetter, C. J., & Collins, R. L. (2005). Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviors, 30*(2), 259-269.

Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet, 365*(9455), 217-223.

Kemppainen, J., Bomar, P. J., Kikuchi, K., Kanematsu, Y., Ambo, H., & Noguchi, K. (2011). Health promotion behaviors of residents with hypertension in Iwate, Japan and North Carolina, USA. *Japan Journal of Nursing Science, 8*(1), 20-32.

Keyhani, S., Scobie, J. V., Hebert, P. L., & McLaughlin, M. A. (2008). Gender disparities in blood pressure control and cardiovascular care in a national sample of ambulatory care visits. *Hypertension, 51*(4), 1149-1155.

Kim, Y. (2006). Gender, attachment, and relationship duration on cardiovascular reactivity to stress in a laboratory study of dating couples. *Personal Relationships, 13*(1), 103-114.

Kokubo, Y., Kamide, K., Okamura, T., Watanabe, M., Higashiyama, A., Kawanishi, K., et al. (2008). Impact of High-Normal Blood Pressure on the Risk of Cardiovascular Disease in a Japanese Urban Cohort: The Suita Study. *Hypertension, 52*(4), 652-659.

Larouche, R. (1998). Determinants of college students' health-promoting lifestyles. *Clinical Excellence Nurse Practitioners, 2*(1), 35-44.

Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology, 37*(1), 91-99.

Copyright by Mahidol University

Lee, R. L. T., & Loke, A. J. T. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing, 22*(3), 209-220.

Lee, Y.-S., & Laffrey, S. C. (2006). Predictors of Physical Activity in Older Adults With Borderline Hypertension. *Nursing Research, 55*(2), 110-120.

Lewis, L. M., & Riegel, B. J. (2010). Determinants of perceived health in older adults with hypertension. *Heart and Lung, 39*(1), 41-49.

Li, S.-x., & Zhang, L. (2013). Health behavior of hypertensive elderly patients and influencing factors. *Aging Clinical and Experimental Research, 25*(3), 275-281.

Lidegaard, O., Lokkegaard, E., Svendsen, A. L., & Agger, C. (2009). Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *British Medical Journal, 339*, b2890.

Light, K. C. (2005). Chapter 7 - Environmental and Psychosocial Stress in Hypertension Onset and Progression. In O. Suzanne, M.D & M. D. Michael A. Weber (Eds.), *Hypertension (Second Edition)* (pp. 77-88). Philadelphia: W.B. Saunders.

Lubianca, J. N., Faccin, C. S., & Fuchs, F. l. D. (2003). Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception, 67*(1), 19-24.

Lubianca, J. N., Moreira, L. B., Gus, M., & Fuchs, F. D. (2005). Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *Journal of Human Hypertension, 19*(6), 451-455.

Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., et al. (2007). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal, 28*(12), 1462-1536.

Mansia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., et al. (2007). 2007 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood Pressure, 16*(3), 135-232.

Copyright by Mahidol University

Martelin, T., Makela, P., & Valkonen, T. (2004). Contribution of deaths related to alcohol or smoking to the gender difference in life expectancy: Finland in the early 1990s. *European Journal of Public Health, 14*(4), 422-427.

Mayet, J., & Hughes, A. (2003). Cardiac and vascular pathophysiology in hypertension. *Heart, 89*(9), 1104-1109.

Messerli, F. H., Williams, B., & Ritz, E. (2007). Essential hypertension. *Lancet, 370*(9587), 591-603.

Moore, J. (2005). Hypertension: catching the silent killer. *Nurse Practitioner, 30*(10), 16.

Mosher, W. D., & Jones, J. (2010). Use of contraception in the United States: 1982-2008. *Vital and Health Statistics, 23*(29), 1-44.

National Center for Health Statistics. (2009). Health, United States, 2008 with special feature on the health of young adults. Retrieved November 1, 2011, from www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus08.pdf

National Center for Health Statistics. (2011). Health, United States, 2010 with special feature on death and dying. Retrieved November, 1, 2011 from www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf

Niskanen, L., Laaksonen, D. E., Nyyssönen, K., Punnonen, K., Valkonen, V.-P., Fuentes, R., et al. (2004). Inflammation, abdominal obesity, and smoking as predictors of hypertension. *Hypertension, 44*(6), 859-865.

Ogedegbe, G. (2008). Barriers to Optimal Hypertension Control. *The Journal of Clinical Hypertension, 10*(8), 644-646.

Papalia, D. D., & Olds, S. W. (1995). *Human development* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Parker, E. D., Schmitz, K. H., Jacobs, D. R., Jr., Dengel, D. R., & Schreiner, P. J. (2007). Physical activity in young adults and incident hypertension over 15 years of follow-up: the CARDIA study. *American Journal of Public Health, 97*(4), 703-709.

Pedelty, L., & Gorelick, P. B. (2008). Management of Hypertension and Cerebrovascular Disease in the Elderly. *The American Journal of Medicine, 121*(8, Supplement 1), S23-S31.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). New Jersey: Pearson Educaion.

Copyright by Mahidol University

Pierce, C. (2005). Health promotion behaviors of rural women with heart failure. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 5*(2), 13p.

Pimenta, E., Gaddam, K. K., Oparil, S., Aban, I., Husain, S., Dell'Italia, L. J., et al. (2009). Effects of Dietary Sodium Reduction on Blood Pressure in Subjects With Resistant Hypertension. *Hypertension, 54*(3), 475-481.

Podpalov, V., Scahstlivenko, A., Zhurova, V., Deev, A., Ogrisko, N., Vakar, D., et al. (2010). Gender Difference in Hypertension Prevalence and Cardiovascular Risk Factors in A Belarus Urban Population: Pp.7.304. *Journal of Hypertension, 28*, e140.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (Eds.). (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.

Rainforth, M., Schneider, R., Nidich, S., Gaylord-King, C., Salerno, J., & Anderson, J. (2007). Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Current Hypertension Reports, 9*(6), 520-528.

Renna, N. F., de Las Heras, N., & Miatello, R. M. (2013). Pathophysiology of vascular remodeling in hypertension. *International Journal of Hypertension, 2013*, 808353.

Resnik, D. B. (2007). Responsibility for health: personal, social, and environmental. *Journal of Medical Ethics, 33*(8), 444-445.

Rose, A. J., Berlowitz, D. R., Orner, M. B., & Kressin, N. R. (2007). Understanding Uncontrolled Hypertension: Is It the Patient or the Provider? *The Journal of Clinical Hypertension, 9*(12), 937-943.

Rose, L. E., Kim, M. T., Dennison, C. R., & Hill, M. N. (2000). The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing, 32*(3), 587-594.

Rosendorff, C., Black, H. R., Cannon, C. P., Gersh, B. J., Gore, J., Izzo, J. L., et al. (2007). REPRINT Treatment of Hypertension in the Prevention and Management of Ischemic Heart Disease. *Hypertension, 50*(2), e28-e55.

Ruiz-Alcaraz, A. J., Lipina, C., Petrie, J. R., Murphy, M. J., Morris, A. D., Sutherland, C., et al. (2013). Obesity-induced insulin resistance in human skeletal muscle is characterised by defective activation of p42/p44 MAP kinase. *PLoS One, 8*(2), e56928.

Copyright by Mahidol University

Sacks, F. M., & Campos, H. (2010). Dietary Therapy in Hypertension. *New England Journal of Medicine, 362*(22), 2102-2112.

Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., et al. (2001). Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. *New England Journal of Medicine, 344*(1), 3-10.

Savica, V., Bellinghieri, G., & Kopple, J. D. (2010). The effect of nutrition on blood pressure. *Annual Review of Nutrition, 30*, 365-401.

Sechrist, K. R., Walker, S. N., & Pender, N. J. (1987). Development and Psychometric Evaluation of the exercise benefits/ barriers scale. *Research in Nursing and Health, 10*, 357-365.

Smith, A. B., & Bashore, L. (2006). The effect of clinic-based health promotion education on perceived health status and health promotion behaviors of adolescent and young adult cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 23*(6), 326-334.

Sobngwi, E., Mbanya, J. C., Unwin, N. C., Kengne, A. P., Fezeu, L., Minkoulou, E. M., et al. (2002). Physical activity and its relationship with obesity, hypertension and diabetes in urban and rural Cameroon. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 26*(7), 1009-1016.

Sriyuktasuth, A. (2002). *Utility of Pender's model in describing health-promoting behaviors in thai women with systemic lupus erythematosus.* University of Alabama at Brimingham.

Staffileno, B. A., Minnick, A., Coke, L. A., & Hollenberg, S. M. (2007). Blood Pressure Responses to Lifestyle Physical Activity Among Young, Hypertension-Prone African-American Women. *Journal of Cardiovascular Nursing, 22*(2), 107-117.

Sudkaew, N. (2004). *A compararitive study the social and health of regular and irregular participated in an old peoples's club.* Degree of master of nursing science (Community health nursing), Mahidol university.

Suzanne, C., Smeltzer, Brenda, G., Bare, Janice, L., Hinkle, & Kerry, H., Cheever (Eds.). (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (11st ed.). Philadephia: Lippincott Williams & Wilkins.

Copyright by Mahidol University

Thanavaro, J. L., Moore, S. M., Anthony, M., Narsavage, G., & Delicath, T. (2006). Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied Nursing Research, 19*(3), 149-155.

Thanavaro, J. L., Thanavaro, S., & Delicath, T. (2010). Health promotion behaviors in women with chest pain. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 39*(5), 394-403.

Veronica, F., David, A., Calhoun, & Suzanne, O. (2007). Pathophysiology of hypertension. In R. Herry, Black & J. William, Elliott (Eds.), *Hypertension A companion to Braunwald's Heart Disease*. philadelphia: Saundwers, an imprint of Elsevier.

Virdis, A., Giannarelli, C., Neves, M. F., Taddei, S., & Ghiadoni, L. (2010). Cigarette smoking and hypertension. *Current Pharmaceutical Design, 16*(23), 2518-2525.

Webb, A. J., Fischer, U., Mehta, Z., & Rothwell, P. M. (2010). Effects of antihypertensive-drug class on interindividual variation in blood pressure and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. *Lancet, 375*(9718), 906-915.

Wong, T., & Mitchell, P. (2007). The eye in hypertension. *The Lancet, 369*(9559), 425-435.

Wood, W. (2008). *African American women and hypertension: Their resources of information, knowledge level, and health promotion behaviors.* Degree of master of science, Department of nursing education, Eastern Michigan university.

World Health Organization. (2008). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio Report of a WHO Expert Consultation. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data* Retrieved June, 26, 2013, from http://whqlibdoc.who.int/publications /2011/9789241501491_ eng.pdf

Wu, T.-Y., & Pender, N. (2005). A Panel Study of Physical Activity in Taiwanese Youth: Testing the Revised Health-Promotion Model. *Family and Community Health, 28*(2), 113-124.

Yang, X., Sun, K., Zhang, W., Wu, H., Zhang, H., & Hui, R. (2007). Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the patients with hypertension among Han Chinese. *Journal of Vascular Surgery, 46*(2), 296-302.

Copyright by Mahidol University

Zhang, S.-c., Wei, C.-n., Harada, K., Ueda, K., Fukumoto, K., Matsuo, H., et al. (2013). Relationship between lifestyle and lifestyle-related factors in a rural–urban population of Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine, 18*(4), 267-274.

Zhao, D., Qi, Y., Zheng, Z., Wang, Y., Zhang, X. Y., Li, H. J., et al. (2011). Dietary factors associated with hypertension. *Nature Reviews Cardiology, 8*(8), 456-465.

Zhou, Z., Hu, D., & Chen, J. (2009). Association between obesity indices and blood pressure or hypertension: which index is the best? *Public Health Nutrition, 12*(08), 1061-1071.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์พีระ บูรณะกิจเจริญ
   แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง
   หัวหน้าสาขาวิชาความดันโลหิตสูง
   ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล
   อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังทางอายุรศาสตร์
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวมน ศรียุกตศุทธ
   อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
   อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและโรคเรื้อรังทางอายุรศาสตร์
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวศิวะพร บุญมาศ
   พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง
   งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หน้าที่1/11 รหัสแบบสอบถาม ☐☐☐

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย √ ลงในวงเล็บหน้าข้อความ หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วย)

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่
   ( ) หม้าย ( ) หย่า/แยก
4. ภูมิลำเนา จังหวัด..... ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด.....
5. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด
   ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ปริญญาตรี
   ( ) ประถมศึกษา ( ) ปริญญาโท
   ( ) มัธยมศึกษา ( ) ปริญญาเอก
   ( ) อนุปริญญา ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ( ) นักเรียน นักศึกษา ( ) เจ้าของกิจการ, ธุรกิจส่วนตัว
   ( ) ข้าราชการ, ลูกจ้างหน่วยงานรัฐ ( ) รับจ้าง (รับค่าแรงรายวัน)
   ( ) พนักงาน หรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ ( ) เกษตรกร, รับจ้างทำไร่ทำนา, ทำสวน
   ( ) พนักงานบริษัทเอกชน ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ, อยู่บ้านเฉยๆ
   ( ) ค้าขาย ( ) อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
   ( ) ไม่มีรายได้ ( ) น้อยกว่า 10,000 บาท
   ( ) 10,000 – 20,000 บาท ( ) 20,000 – 30,000 บาท
   ( ) มากกว่า 30,000 บาท
8. ความเพียงพอของรายได้
   ( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ

Copyright by Mahidol University

หน้าที่2/11 รหัสแบบสอบถาม ☐☐☐

9. สิทธิการรักษาพยาบาล

( ) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) ประกันสังคม

( ) สวัสดิการข้าราชการ ( ) จ่ายเงินเอง

( ) สวัสดิการของบริษัท องค์กร รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

10. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ไม่มี ( ) พี่-น้อง

( ) บิดา มารดา ( ) ญาติ ระบุ.....

( ) คู่สมรส ( ) เพื่อน

( ) บุตร ( ) อื่นๆ ระบุ.....

จำนวนสมาชิกในบ้าน(นับรวมตัวท่าน) รวม.....คน

11. การสูบบุหรี่ ( ) ไม่เคยสูบ

( ) เคยสูบ.....ปี เลิกมาแล้ว.....ปี

( ) ยังคงสูบอยู่.....วัน/สัปดาห์ ประมาณ.....มวน/วัน

12. การดื่มสุรา ( ) ไม่เคยดื่ม

( ) เคยดื่ม.....ปี เลิกมาแล้ว.....ปี

( ) ยังคงดื่ม.....วัน/สัปดาห์ ปริมาณ...../วัน

13. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ท่านปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) การมาตรวจตามนัด

( ) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

( ) การออกกำลังกาย

( ) การควบคุมการรับประทานอาหาร เช่น ลดเค็ม ลดไขมัน

( ) การลดความเครียด

( ) การพักผ่อน

( ) อื่นๆ.....

14. ท่านพบอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) การมาตรวจตามนัด

( ) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

( ) การออกกำลังกาย

Copyright by Mahidol University

หน้าที่3/11 รหัสแบบสอบถาม ☐☐☐

( ) การควบคุมการรับประทานอาหาร เช่น ลดเค็ม ลดไขมัน

( ) การลดความเครียด

( ) การพักผ่อน

( ) อื่นๆ.....

แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

15. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....ซม. ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร^2

รอบเอว.....ซม. รอบสะโพก.....ซม.

ระดับความดันโลหิตวันที่ตอบแบบสอบถาม.....มม.ปรอท

ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการวินิจฉัยของแพทย์รวม.....ปี.....เดือน

16. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ดังนี้

( ) สมอง คือ ☐ หลอดเลือดสมองแตก ☐ หลอดเลือดสมองตีบ

☐ หลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ☐ อื่นๆ.....

( ) จอประสาทตา คือ.....

( ) หัวใจ คือ ☐ หัวใจโต ☐ หัวใจวาย ☐ หัวใจขาดเลือด

☐ อื่นๆ.....

EKG: .....

Lab ที่เกี่ยวข้อง.....

( ) ไต คือ .....

Cr.....C.Cr.....

( ) อื่นๆ ระบุ.....

17. การรักษาที่ได้รับ

ยาลดความดันโลหิต ได้แก่.....

.....

.....

การรักษาอื่นๆ ระบุ.....

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามชุดที่ 2แบบวัดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

<u>คำชี้แจง</u>แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับ**การกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน** ให้ท่านพิจารณาว่า ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติตรงกับข้อคำถามแต่ละข้อ มากน้อยเพียงใดตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำหรือการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวเลย

บางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวบ่อยครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ

สม่ำเสมอ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อคำถาม	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1. พูดคุยปรึกษาปัญหากับบุคคลใกล้ชิด				
2. เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มันและเป็นอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคลอเรสเตอรอลต่ำ				
3. รายงานแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ				
4. ออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้				
5. นอนหลับอย่างเพียงพอ				
.				
.				
.				
.				
.				
50. รับประทานอาหารเช้า				
51. ขอคำแนะนำจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น				
52. เปิดตัวเองสู่ประสบการณ์ใหม่ๆ และสิ่งท้าทาย				

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามชุดที่ 3แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

คำชี้แจงแบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพของตัวท่านเอง โปรดอ่านคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้แล้ววงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร
   1. ไม่ดี
   2. ปานกลาง
   3. ดี
   4. ดีมาก

2. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
   1. แย่ลงกว่าเดิม
   2. เหมือนเดิม
   3. ดีขึ้นกว่าเดิม

3. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน
   1. แย่กว่าคนอื่น
   2. เหมือนกับคนอื่น
   3. ดีกว่าคนอื่น

4. ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นเหตุให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการได้มากน้อยแค่ไหน
   1. มาก
   2. เป็นบ้าง
   3. ไม่เลย

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามชุดที่ 4แบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

คำชี้แจงแบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าข้อความต่อไปนี้เป็น**อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน**มากน้อยเพียงใด โปรดพิจารณาแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่**ตรงกับความรู้สึกและความเข้าใจของท่านมากที่สุด** โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ไม่เคย หมายถึงไม่เคยเป็นอุปสรรค

บางครั้ง หมายถึงเป็นอุปสรรคบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึงเป็นอุปสรรคบ่อยครั้ง

สม่ำเสมอ หมายถึงเป็นอุปสรรคสม่ำเสมอ

ข้อคำถาม	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	สม่ำเสมอ
1. ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก				
2. รู้สึกเหนื่อยเกินไป				
3. การเดินทางไม่สะดวก				
4. รู้สึกว่าไม่มีประโยชน์				
.				
.				
.				
16. มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร				
17. สภาพอากาศไม่อำนวย				
18. ขาดความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์				

อุปสรรคอื่นๆ โปรดระบุ.....

.....

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามชุดที่ 5แบบวัดอิทธิพลระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

<u>คำชี้แจง</u>แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าข้อความต่อไปนี้ **เป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของท่าน**โปรดพิจารณาแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่**ตรงกับความรู้สึกและความเข้าใจของท่านมากที่สุด** โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึงท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย
เห็นด้วยน้อย หมายถึงท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึงท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก หมายถึงท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึงท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. การส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพ เช่น การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย จากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ					
2. ท่านทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพราะต้องการรักษาสุขภาพ ไม่ได้เกิดจากการสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ					
.					
.					
.					
10. ท่านเห็นบุคลากรทางสุขภาพทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นแบบอย่างแก่ประชาชน ทำให้ท่านปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย					

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด(Min - Max) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 78)

ข้อความ	Min - Max	Mean	SD	**การแปลผล**
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (Total sum score)	99-178	128.71	15.00	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม (Total mean score)	1.90 – 3.42	2.48	0.29	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.44 – 4.00	2.25	0.45	ปานกลาง
.				
.				
3. รายงานแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ	1.00 – 4.00	2.50	0.89	ปานกลาง
.				
.				
21. ขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น เมื่อสงสัยหรือไม่มั่นใจคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ผู้รักษา	1.00 – 4.00	1.85	0.82	ต่ำ
33. ตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง	1.00 – 4.00	1.95	0.88	ต่ำ
.				
.				

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด(Min - Max) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 78)(ต่อ)

ข้อความ	Min - Max	Mean	SD	การแปลผล
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	**1.00 – 3.75**	**1.79**	**0.45**	**ต่ำ**
4. ออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้	1.00 – 4.00	1.83	0.52	ต่ำ
.				
.				
34. ออกกำลังกายระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ จอดรถห่างจากที่หมายเพื่อจะได้เดินออกกำลัง	1.00 – 4.00	2.63	0.88	ปานกลาง
40. ตรวจนับชีพจรขณะออกกำลังกาย	1.00 – 4.00	1.41	0.63	ต่ำ
ด้านโภชนาการ	**1.89 – 3.67**	**2.68**	**0.42**	**ปานกลาง**
2. เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มัน และเป็นอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคลอเรสเตอรอลต่ำ	1.00 – 4.00	2.45	0.71	ปานกลาง
14. รับประทานอาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว ขนมปังหรือก๋วยเตี๋ยวในแต่ละมื้อของวัน	1.00 – 4.00	3.09	0.76	สูง
20. รับประทานผลไม้ 2-3 ครั้งต่อวัน	1.00 – 4.00	2.35	0.87	ปานกลาง
.				
.				
50. รับประทานอาหารเช้า	1.00 – 4.00	3.24	0.97	สูง
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	**1.56 – 3.89**	**2.70**	**0.44**	**ปานกลาง**
6. รู้สึกว่าตนเองมีวุฒิภาวะสูงขึ้น และกำลังเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี	1.00 – 4.00	2.45	0.73	ปานกลาง
12. เชื่อมั่นว่าชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย	1.00 – 4.00	2.87	0.78	ปานกลาง
.				
.				
.				

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด(Min - Max) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 78)(ต่อ)

ข้อความ	Min - Max	Mean	SD	**การแปลผล**
48.รู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่งทางใจ	1.00 – 4.00	3.05	0.87	สูง
52. เปิดตัวเองสู่ประสบการณ์ใหม่ๆ และสิ่งท้าทาย	1.00 – 4.00	2.76	0.86	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	**2.00 – 3.78**	**2.90**	**0.41**	**ปานกลาง**
7. แสดงความยินดีให้กับผู้ที่ประสบความสำเร็จ	1.00 – 4.00	3.26	0.71	สูง
13. รักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น	1.00 – 4.00	3.36	0.60	สูง
19. สังสรรค์กับเพื่อนสนิท	1.00 – 4.00	2.40	0.81	ปานกลาง
.				
.				
37. หาวิธีที่ทำให้สัมพันธภาพส่วนตัว เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิทหรือคู่สมรสเป็นไปด้วยดี	1.00 – 4.00	2.97	0.87	ปานกลาง
.				
.				
ด้านการจัดการกับความเครียด	**1.63 – 3.63**	**2.46**	**0.38**	**ปานกลาง**
5. นอนหลับอย่างเพียงพอ	1.00 – 4.00	2.69	0.87	ปานกลาง
11. แบ่งเวลาสำหรับการพักผ่อนบ้างในแต่ละวัน	1.00 – 4.00	2.31	0.73	ปานกลาง
.				
.				
.				
35. แบ่งเวลาสำหรับการทำงานและการพักผ่อนให้สมดุล	1.00 – 4.00	2.35	0.79	ปานกลาง
41. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด หรือทำสมาธิ 15-20 นาทีเป็นประจำทุกวัน	1.00 – 4.00	1.65	0.77	ต่ำ
47. ทำสิ่งต่างๆ อย่างไม่หักโหมจนเกินไป	1.00 – 4.00	2.59	0.76	ปานกลาง

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง(n = 78)

ข้อคำถาม	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
1. ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร (Mean = 2.14 ,SD = 0.62)		
ไม่ดี	10	12.80
ปานกลาง	47	60.30
ดี	21	26.90
ดีมาก	0	0.00
2. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา(Mean = 1.91 , SD = 0.67)		
แย่ลงกว่าเดิม	21	26.90
เหมือนเดิม	43	55.10
ดีขึ้นกว่าเดิม	14	17.90
3. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน(Mean = 1.49, SD = 0.55)		
แย่กว่าคนอื่น	42	53.80
เหมือนกับคนอื่น	34	43.60
ดีกว่าคนอื่น	2	2.60
4. ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นเหตุให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้มากน้อยเพียงใด(Mean = 2.31, SD = 0.59)		
มาก	5	6.40
เป็นบ้าง	44	56.40
ไม่เลย	29	37.20

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เรียงลำดับข้อตามคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด(n = 78)

ข้อคำถาม	Mean	SD	ไม่เคย n (%)	บางครั้ง n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	สม่ำเสมอ n (%)
1. ไม่มีเวลา	2.46	0.90	9 (11.5)	36 (46.2)	21 (26.9)	12 (15.4)
2. มีหน้าที่อื่นที่ต้องรับผิดชอบ	2.36	0.90	14 (17.9)	30 (38.5)	26 (33.3)	8 (10.3)
3. รู้สึกเหนื่อยเกินไป	2.31	0.70	5 (6.4)	49 (62.8)	19 (24.4)	5 (6.4)
4. การเดินทางไม่สะดวก	2.15	0.90	19 (24.4)	35 (44.9)	17 (21.8)	7 (9.0)
.						
.						
.						
11. ไม่สนใจ	1.64	0.64	34(43.6)	39 (50.0)	4 (5.1)	1 (1.3)
13. ไม่มีเงิน	1.56	0.77	44(56.4)	27 (34.6)	4 (5.1)	3 (3.8)
.						
.						
.						
17. ขาดการสนับสนุนจากคนในครอบครัว/ เพื่อน	1.44	0.62	48 (61.5)	27 (34.6)	2 (2.6)	1 (1.3)
18. รู้สึกว่าไม่มีประโยชน์	1.36	0.53	52(66.7)	24 (30.8)	2 (2.6)	0 (0)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เรียงลำดับข้อตามคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดถึงน้อยที่สุด (n = 78)

ข้อคำถาม	Mean	SD	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. การส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพ เช่น การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย จากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ	3.92	0.96	3 (3.8)	1 (1.3)	18 (23.1)	33 (42.3)	23 (29.5)
2. การได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้ท่านปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น	3.81	0.74	0 (0)	4 (5.1)	18 (23.1)	45 (57.7)	11 (14.1)
3. การชักชวนจากกลุ่มเพื่อนให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด มีส่วนทำให้ท่านสนใจและหันมาปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.77	1.01	3 (3.8)	4 (5.1)	20 (25.6)	32 (41)	19 (24.4)
.							
.							
.							

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง
คำชี้แจ้งพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยนางสาวปวิตรา จริยสกุลวงศ์

สถานที่วิจัยแผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำงาน –
หมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
080-456-8334

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย –

Copyright by Mahidol University

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

ที่มาของโครงการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รู้จักมานานและมักพบในผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับชาติ การคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงอายุที่น้อยลงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากสภาพสังคมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ความสะดวกสบายที่เพิ่มขึ้นทำให้สุขภาพแย่ลง สิ่งที่น่ากังวลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ประกอบกับพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงที่ร่างกายมีความแข็งแรง สมบูรณ์มากที่สุด อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความละเลยในการดูแลสุขภาพได้ ซึ่งในระยะยาวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงตามมาส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยเอง และผลโดยอ้อมต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่จะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดผลประทบต่างๆได้ จึงเป็นที่มาของการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่จะตามมาได้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
2. เพื่อหาอำนาจการทำนายของตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก

1. เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการวินิจฉัยจากแพทย์
2. อายุระหว่าง 20 - 40 ปี
3. ไม่มีภาวะความจำเสื่อม หรือเป็นโรคจิตโดยการวินิจฉัยของแพทย์
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
5. สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้

Copyright by Mahidol University

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 78 ราย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

การตอบแบบสอบถามอาจทำให้เกิดความไม่สะดวก และจะต้องเสียเวลาประมาณ 60 นาที

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานเช่นเดิม โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวปวิตรา จริยสกุลวงศ์ หมายเลขโทรศัพท์ 080-456-8334

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ นางสาวปวิตรา จริยสกุลวงศ์ หมายเลขโทรศัพท์ 080-456-8334

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการตอบแบบสอบถาม แต่จะได้ประโยชน์โดยอ้อมจากผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพในการทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบท ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ค่าเดินทางมาตรวจตามนัดตามปกติ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.02419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

Copyright by Mahidol University

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับนางสาวปวิตรา จริยสกุลวงศ์ หมายเลขโทรศัพท์ 080-456-8334 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72โทรสาร0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....
(.....)

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ

เอกสารการตอบกลับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

RE: Request permission to use HPLP II in Thai version

จาก: **Walker, Susan Noble** (swalker@unmc.edu)
ส่งเมื่อ: 26 กรกฎาคม 2555 23:23:10
ถึง: Pawitra J. (wi_pawitra@hotmail.com)

Hello, Pawitra

You have my permission to use the Thai version of the HPLPII. Best wishes with your research.

Susan

From: Pawitra J. [wi_pawitra@hotmail.com]
Sent: Thursday, July 26, 2012 12:45 AM
To: Walker, Susan Noble
Cc: Pawitra J.
Subject: Request permission to use HPLP II in Thai version

Dear Prof. Susan Noble Walker,

My name is Pawitra Jariyasakulwong, a second year nursing student in Master of Science in Nursing Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. At present, I am developing my thesis proposal entitled "Influencing factors on health promoting behaviors in young adults with essential hypertension". From literature review, I found that the "Health Promotion Lifestyle Profile II (HPLP-II)" is very useful for my study. Therefore, I would like to request a permission to use the HPLP II in Thai version that translated by Aurawamon Sriyuktasuth (in attached file) to measure health promotion behaviors in young adults with essential hypertension.

The findings of the study may help us to understand health promoting behaviors of the studied population. To make this possible, your permission to use the HPLP-II is required and would be appreciated.

Copyright by Mahidol University

Thank you for your consideration. I am looking forward to hearing from you.

RE: Request permission to use 4-item Self-Rated health Scale in Thai version

จาก: **Morton Kleban** (mkleban@abramsoncenter.org)
ส่งเมื่อ: 27 สิงหาคม 2555 23:01:37
ถึง: Pawitra J. (wi_pawitra@hotmail.com)

Dear Pawitra,

Of course you have my permission. All of our work is completely open to the scientific community. Good luck!

Morton Kleban

From: Pawitra J. [mailto:wi_pawitra@hotmail.com]
Sent: Friday, August 24, 2012 6:20 AM
To: Morton Kleban
Cc: Pawitra J.
Subject: Request permission to use 4-item Self-Rated health Scale in Thai version

Dear Prof. Morton Kleban,

My name is Pawitra Jariyasakulwong, a second year nursing student in Master of Science in Nursing Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. At present, I am developing my thesis proposal entitled "Factors influencing on health promoting behaviors in young adults with hypertension". From literature review, I found that the 4-item Self-Rated Health Scale Subindex of Philadelphia Geriatric Center Multilevel Assessment Instrument (PGC-MAI) is very useful for my study. Therefore, I would like to request a permission to use the 4-item Self-Rated Health Scale Subindex of PGC-MAI in Thai version that translated by Aurawamon Sriyuktasuth (in attached file) to measure health status perceived in y oung adults with hypertension.

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Copyright by Mahidol University

Re: Request permission

จาก: **Heather Becker** (heatherbecker@mail.utexas.edu)
ส่งเมื่อ: 17 สิงหาคม 2555 1:28:28
ถึง: Pawitra J. (wi_pawitra@hotmail.com)

You certainly have my permission to use the Barriers Scale. Please be aware that it was designed for people with disabilities who may have experienced environmental and personal constraints that make it difficult for them to implement fairly simple health behaviors. When we have used the scale with adults who do not have functional limitations, we have seen a ceiling effect, because they are able to implement most if not all of these behaviors.
On Aug 16, 2012, at 12:46 PM, Pawitra J. wrote:

Dear Prof. Heather Becker,

My name is Pawitra Jariyasakulwong, a third year nursing student in Master of Science in Nursing Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. At present, I am developing my thesis proposal entitled "Factors influencing on health promoting behaviors in young adults with hypertension". From literature review, I found that the "Barriers to Health Promoting Activities for Disabled Persons Scale (BHADP)" is very useful for my study. Therefore, I would like to request a permission to use the BHADP in Thai version that translated by Aurawamon Sriyuktasuth (in attached file) to measure barriers to health promoting activities in young adults with hypertension.

The findings of the study may help us to understand barriers to health promoting activities of the studied population. To make this possible, your permission to use the BHADP is required and would be appreciated.

Thank you for your consideration. I am looking forward to hearing from you.

Sincerely yours,

Pawitra Jariyasakulwong

Nursing student in Master program

Faculty of Nursing, Mahidol University

Bangkok noi, Bangkok Thailand 10700

Email: wi_pawitra@hotmail.com

<BHADP Thai version_aurawamon.pdf>

Copyright by Mahidol University

คณะพยาบาลศาสตร
เลขรับ 1615
วันที่ 8 พ.ย. 55
เวลา 11.00 น.

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๒๐/๑๗๔

อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๔ ตุลาคม ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือราชการที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๓๓๑๘ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๕๕

ตามที่นางสาววิตรา [redacted] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งผลงานดังกล่าวเป็นงานอันมีลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ความมุ่งมั่นต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมออกกำลังกายในจังหวัดพังงา นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะภายในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัครวิทย์ กาญจนโอภาษ)
ผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำเนาเรียน
ผศ.ดร. อุมาพร ปุญญสรรณ

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ฉ

เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si002/2013

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

รหัสโครงการ : 684/2555(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวปวิตรา จริยสกุลวงศ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 3 มกราคม 2556

วันหมดอายุ : 2 มกราคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

- 8 ส.ค. 2556
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม ครินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- 9 ส.ค. 2556
วันที่

Page 1 of 2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023253

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ช
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์รวมไปถึงสมการที่ได้จากการวิเคราะห์จะต้องมีคุณสมบัติตรงตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ เพื่อให้ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) และผลการตรวจสอบมีดังนี้

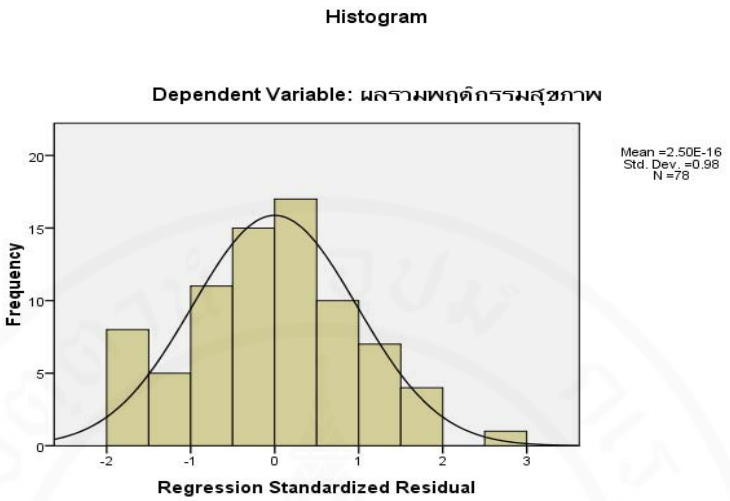
1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม หรือตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ต้องมีค่าต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่นำมาวิเคราะห์อยู่ในระดับมาตรวัดที่เป็นช่วงมาตรา (Interval scale) ซึ่งเป็นค่าต่อเนื่อง

2. ตัวแปรอิสระแต่ละตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) โดยตัวแปรอิสระด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางลบกับตัวแปรตามคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรอิสระด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางลบกับตัวแปรตาม

3. กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่เพียงพอ คือประมาณ 15-20 เท่าของจำนวนตัวแปร ซึ่งในการศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 78 ราย และมีตัวแปรอิสระและตัวแปรตามรวมแล้วได้ 4 ตัวแปร เทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ประมาณ 20 เท่าของจำนวนตัวแปร

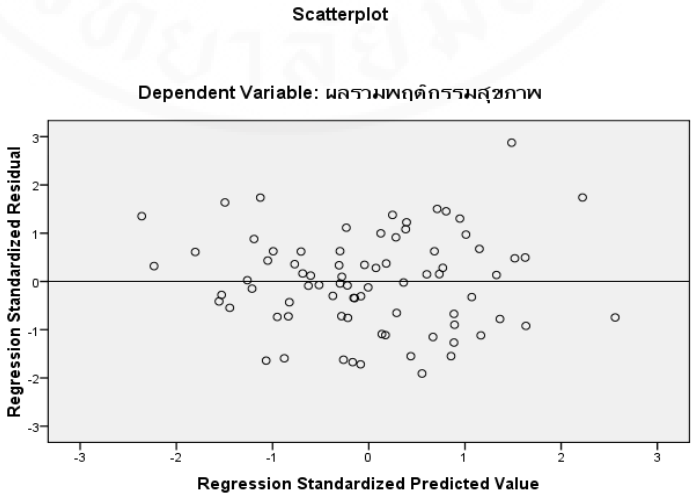
4. ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งทดสอบโดยค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ตรวจสอบค่าในตาราง One-sample Kolmogorov-Smirnov test แล้วพบว่า ค่าของข้อมูลทุกชุดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) หมายความว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติแสดงเป็น Histogram ตามรูปภาพที่ 1

Copyright by Mahidol University



รูปภาพที่ 1 Histogram of residual

5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) จากการพิจารณาภาพการกระจาย (Scatter plot) หากความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ 0 และไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่นอนระหว่างค่า Regression standardized predictive value กับ Regression standardized residual value แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พิจารณาภาพการกระจายตามรูปภาพที่ 2 พบว่ามีการกระจายรอบๆ 0



รูปภาพที่ 2 Scatter plot ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

Copyright by Mahidol University

6. ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicolinerity) สำหรับเกณฑ์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูง คือค่า r = 0.65 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) ซึ่งในการศึกษานี้ได้ทดสอบโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในตาราง correlation พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคู่ที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงสุดคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ 0.353 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรที่คัดเลือกมาศึกษา ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นเนื่องจากค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน 0.65

7. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบ Durbin –Watson ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าเท่ากับ 2.296 ซึ่งค่า Durbin – Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 หมายความว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไม่มีความสัมพันธ์ หรือเป็นอิสระจากกันดังตารางที่ 1

Model Summary[b]

Model	Durbin-Watson
1	2.296[a]

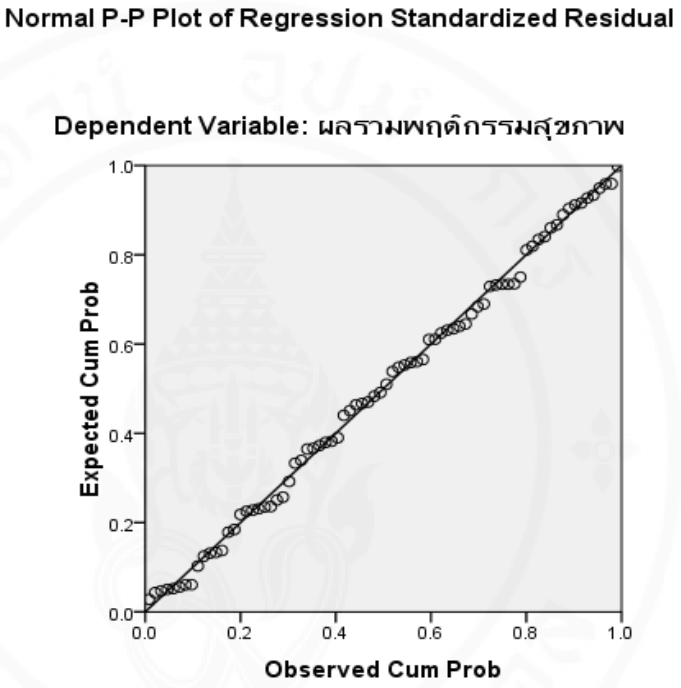
a. Predictors: (Constant), ผลรวมอิทธิพลระหว่างคน, ผลรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพ, ผลรวมอุปสรรค

b. Dependent Variable: ผลรวมพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 1 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน (ค่าทดสอบ Durbin-Watson)

Copyright by Mahidol University

8. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนมีค่าเป็นศูนย์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จากตาราง Residual statistics พบว่าทั้งค่า Standard predictive value และค่า Standard residual มีค่าเท่ากับ 0.000 และ Normal probability plot ของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเป็นเส้นตรงดังรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 Normal probability plot ของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

สรุปการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุได้เนื่องจากเป็นไปตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่กำหนดไว้

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	ปวิตรา จริยสกุลวงศ์
วัน เดือน ปี เกิด	1 พฤศจิกายน 2526
สถานที่เกิด	นครปฐม ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545-2548
ที่อยู่ปัจจุบัน	173 หมู่ 1 ตำบลสามง่าม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73150 โทรศัพท์ 080-456-8334 E-mail address: wi_pawitra@hotmail.com

Copyright by Mahidol University