ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

นางสาวประภัสสร โชคไพศาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING BLOOD PRESSURE REGULATION BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE SOUTHERN REGION

Miss Prapassorn Chockpaisal

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้
โดย	นางสาวประภัสสร โชคไพศาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประภัสสร โชคไพศาล : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (FACTORS PREDICTING BLOOD PRESSURE REGULATION BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE SOUTHERN REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.รัตน์ศิริ ทาโต, 143 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่าง เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ โดยใช้แนวคิดแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรมของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 โรงพยาบาล รวมจำนวน 260 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พฤติกรรมในอดีต และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค เท่ากับ .74, .80, .88, .80, .91 และ.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประ สิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต (r = .75) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต (r =.53) และอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต (r = .42) ส่วนอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต (r = .08) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต (r = .01) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต (b = .75) และ เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต (b = .14) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 58.20

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5477173436 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: BLOOD PRESSURE CONTROL BEHAVIORS / HYPERTENSION / MODEL OF GOAL-DIRECTED BEHAVIOR

PRAPASSORN CHOCKPAISAL: FACTORS PREDICTING BLOOD PRESSURE REGULATION BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE SOUTHERN REGION. ADVISOR: ASSOC. PROF. RATSIRI THATO, Ph.D., 143 pp.

The purposes of this study were to examine the relationships between attitude toward blood pressure control, subjective norm, positive anticipated emotion, negative anticipated emotion, perceived behavioral control, past blood pressure control behavior, and blood pressure regulation behaviors of hypertensive patients in the southern region. A theoretical framework used in study was the Model of Goal-Directed Behavior (Bagozzi, Baumgartner and Pieter, 1998). The subjects were 260 patients diagnosed with hypertension at least one year aged 18-59 years from hypertension clinics of 3 secondary hospitals in the Southern Region. Data were collected using personal data sheet, and a set of questionnaires on attitude toward blood pressure control, subjective norm, positive anticipated emotion, negative anticipated emotion, perceived behavioral control, past blood pressure control behavior, and blood pressure regulation behaviors. Their Cronbach's coefficients were .74, .80, .88, .80, .91, and .70, respectively. Data were analyzed using bivariate correlations and stepwise multiple regression.

The results demonstrated that factors significantly related to blood pressure regulation behaviors at the level of .05 were past blood pressure control behavior (r = .75), perceived behavioral control (r = .53) and positive anticipated emotion (r =.42) Negative anticipated emotion(r = .08) and subjective norm (r= .01) were not significantly associated with blood pressure regulation behavior of hypertensive patients. Significant predictors of blood pressure regulation behaviors were past blood pressure control behavior (b = .75) and attitude toward blood pressure control (b = .14). They could explain 58.20% of the variance.

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2014 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์และมีค่าเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัยตลอดจน ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนและให้ กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและคำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะ พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่าง การศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ และกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลตะกั่วป่า พังงา และ โรงพยาบาลกระบี่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา สมาชิกในครอบครัวที่เป็นแรงผลักดัน ให้ กำลังใจ ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนประสบความสำเร็จ การศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ โรงพยาบาลปลายพระยาและสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกระบี่ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วย การศึกษาหลักสูตรปริญญาโท เพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือ แนะนำและให้กำลังใจใน การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 7

คำถามการวิจัย 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 7

ขอบเขตการวิจัย 10

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 11

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 14

บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 15

1. โรคความดันโลหิตสูง 16

2. แบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed Behavior) 27

3. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 29

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต 35

5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 38

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 41

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 46

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 46
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 47
การเก็บรวบรวมข้อมูล 66
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 67
การวิเคราะห์ข้อมูล 68
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล 69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ 78
สรุปผลการวิจัย 80
การอภิปรายผลการวิจัย 81
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 88
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 88
รายการอ้างอิง 89
ภาคผนวก 93
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ 94
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัย 96
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 100
ภาคผนวก ง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 121
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 143

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิต ตามแบบคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐ ครั้งที่ 7 (Joint National Committee [JNC 7], 2003) 17

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย , 2555) 25

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 47

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260) 70

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยด้วย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260) 71

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260) 72

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260) 73

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (n = 260) 74

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) 75

หน้า

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรด้าน เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise multiple regression (n= 260)..... 76

ตารางที่ 11 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n =30) 122

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n =260) 122

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย..... 139

ตารางที่ 14 แสดงตัวแปรทำนายที่ถูกคัดเข้าในสมการทำนาย 140

ตารางที่ 15 แสดงตัวแปรทำนายที่ถูกคัดออกจากสมการทำนาย 141

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 Model of Goal-Directed Behavior 27

ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามแนวคิดของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) 45

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อให้เกิดการตายอย่างเฉียบพลัน ความพิการ พบมากขึ้นตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกจาก 194 ประเทศ มีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ล้านคน ซึ่ง 70% ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

รายงานผลการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2556 จากการคัดกรองในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 23,349,952 คน พบว่า เป็นกลุ่มปกติ 15,908,677 คน กลุ่มเสี่ยงสูง 6,244,89 คน เป็นกลุ่มป่วยหรือสงสัยป่วยรายใหม่ 1,172,860 คน และจากรายงานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2555 ซึ่งป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2556 พบว่า จากกลุ่มเสี่ยง 8,525,803 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 64,115 คน คิดเป็นร้อยละ 0.75 และ จากกลุ่มปกติ 12,059,557 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 26,449 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 รวมป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปี 2556 จำนวน 90,564 คน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ,2556)

ภาคใต้เป็นภาคที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ คิดเป็น 14.4 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค , 2554) และพบว่าภาคใต้ในปี พ.ศ. 2544 มีประชากรโรคความดันโลหิตสูง 26,615 คนต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีประชากรโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็น 105,280 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 3.96 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สถิติกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2555) โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่มีการตรวจพบระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิค (diastolic blood pressure, DBP)) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ทั้งนี้การที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานานเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายต่อหลายระบบในร่างกาย ซึ่งการทำลายอวัยวะเป้าหมาย (Target Organ

Disease: TOD) ที่สำคัญ คือ สมอง หัวใจ ตา ไต เป็นภาวะที่รุนแรงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นระยะเวลานานเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิด 1) ภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง ส่งผลต่อหัวใจโดยทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานเพิ่มขึ้นจากแรงต้านของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น 2) เกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายมีการปรับตัวโดยการยืดขยายใหญ่ขึ้นทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Kaplan, 2002) 3) โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือดไม่ทราบสาเหตุทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยในเพศหญิงที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48 เป็นโรคหัวใจขาดเลือดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Murabito, 1995) และ 4)โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูงส่งผลต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้กล้ามเนื้อเรียบหนาตัวขึ้น (hyperthrophy) และเซลกล้ามเนื้อมีการเพิ่มจำนวนอย่างผิดปกติ ร่วมกับการสร้างเนื้อเยื่อเส้นใยขึ้นใหม่ (fibrosis) ของหลอดเลือดที่เรียกว่า วาสคิวลารีโมเดลลิ่ง (vascular remodeling) ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้การไหลเวียนโลหิตลดลง และการกำซาบของโลหิตสู่เนื้อเยื่อลดลง (McCance & Huether,2006) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (arteriosclerosis) เกิดการอุดตันหลอดเลือดจากลิ่มเลือด (thrombosis) หรือหลอดเลือดอุดตันจากก้อนเลือด (embolism) และร้อยละ 50 ของโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง (Kaplan, 2006)

ดังนั้นการมีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและโรคหลอดเลือดสมองแตก (วิไล พัววิไล และ ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, 2547) สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง (hemorrhagic stroke) ที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูงซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเลือดออกในสมองทั้งหมด (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเกิดการตายอย่างกะทันหันในผู้หญิงช่วงอายุ 40-45 ปี เนื้อเยื่อเส้นใยใหม่ดังกล่าว มีผลทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวรวมถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ไตเกิดการสูญเสียหน้าที่ในการกรอง มีการสูญเสียโปรตีนออกมาในปัสสาวะ (proteinuria) และสุดท้ายทำให้เสียชีวิตด้วยไตวายได้ (สมจิต หนุเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) และจากการศึกษาผลที่สืบเนื่องมาจากการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ พบว่าทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วย และตายของโรคหัวใจเฉียบพลัน (heart attack) และไตวายอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุการตายที่สำคัญ (Kaplan, 1998) การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือการลดและควบคุมความดันโลหิตเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ (Joint National Committee 7 , 2003 ; Kaplan, 2006) ในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติประกอบด้วย 2 วิธี คือ การรักษาโดยวิธีการใช้

ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Grore, 2001; JNC VII, 2003) การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (pharmacologic treatment) เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยการใช้ยา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) โดยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ การเลือกใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ โรคที่มีอยู่เดิม ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อลดระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะสำคัญ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2540)

การควบคุมความดันโลหิต จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่ครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และงดอาหารที่มีโซเดียม (Taylor et al, 2005 ; Khatib and El-Guindy,2005)

ภาคใต้มีวัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะในการรับประทานอาหาร คือ จะเน้นอาหารที่มีรสเผ็ดจัด เปรี้ยวและเค็ม เช่นแกงเหลือง แกงไตปลา ข้าวยำ ข้าวบูดู ซึ่งรสเค็มที่ปรุงแต่งในอาหารส่วนใหญ่ได้จากกะปิ น้ำปลา เกลือ โดยเฉพาะกะปิจะนิยมใส่ลงในเครื่องแกงมากกว่าภาคอื่นๆ (อำไพ โสรัจจะพันธุ์, 2536) ทำให้ปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตภาคใต้มีปริมาณสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคอื่นๆ และพบว่าภาคใต้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ คิดเป็น 14.4 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค , 2554) ซึ่งผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องนี้ ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตภาคใต้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งการมีบริบทของวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและการรักษาที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตภาคใต้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี โดยพบว่า มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง คือ ยังคงรับประทานอาหารรสเค็มบ่อยๆ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ใช้กะทิในการประกอบอาหาร (อำไพ โสรัจจะพันธุ์, 2536) ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (จารุวรรณ ภู่สาลี ,2555) มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง คือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องรวมถึง

ไม่ใช้ยาในการรักษาโรค (เสาวณี ศรีติระกุล และคณะ, 2542; Kaplan, 2006 ; พนิดา จันดา, 2551 ; จำเริญ แสงดวงแข, 2523) มีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการแสดงอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับคนรอบข้างเมื่อรู้สึกเครียด (ธนิกานต์ เขื่อนดิน, 2545 ; จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547) และยังมีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ถูกต้องโดยพบว่า ยังคงมีการดื่มแอลกอฮอล์เกินปริมาณที่กำหนด มีการสูบบุหรี่ และยังมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ศุภวรรณ มโนสุนทร และ ฉายศรี สุพรรณศิลป์ชัย, 2542) ผลจากการมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ดีดังกล่าว พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้น ที่ควบคุมอาการได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยจำเป็นต้องกระทำพฤติกรรมการควบคุมด้วยตนเอง ในการกระทำพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต บุคคลจำเป็นต้องมีการตั้งเป้าหมายและมีการพยายามกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดี (Taylor et al, 2005) การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไปในทางที่ดีและคงอยู่อย่างถาวร (Baghianimoghadam et al, 2011)

ทั้งนี้ตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed behavior) ของ Bagozzi,Baumgartner and Pieter (1998) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลเมื่อใคร่ครวญที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเป้าหมายใดๆ นั้นขึ้นอยู่กับการคำนึงถึงอารมณ์ที่คาดหวังที่จะเกิดตามมาหากกระทำพฤติกรรมนั้นๆ สำเร็จหรือไม่สำเร็จ การมีเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต แม้ว่าจะมีงานวิจัยการควบคุมความดันโลหิตสูงในรูปแบบของการทดลอง และมีการนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดีขึ้น (พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา , 2549 ; อรนุช พงษ์สมบูรณ์ , 2552 ; ดวงเดือน เที่ยงสันเทียะ, 2543) แต่ปัญหาการควบคุมความดันโลหิตสูงก็ยังคงมีอยู่ โดยมีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้นที่สามารถควบคุมอาการได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรม ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยในเชิงทำนายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทของวัฒนธรรมภาคต่างๆแล้วก็ตาม แต่พบว่ายังไม่มีงานวิจัยเชิงทำนายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในภาคใต้โดยใช้แนวคิดทฤษฎี Model of Goal Directed Behavior ซึ่งทฤษฎีนี้มีการใช้ที่แพร่หลายในต่างประเทศในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีงานวิจัยที่ศึกษา

เปรียบเทียบทฤษฎี Model of Goal Directed Behavior กับทฤษฎี TPB พบว่า ทฤษฎี Model of Goal Directed Behavior สามารถนำมาใช้ในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ทฤษฎี MGB พัฒนาต่อเนื่องมาจาก ทฤษฎี TPBโดยทฤษฎี MGB มีความเชื่อว่าการที่บุคคลเมื่อใคร่ครวญที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเป้าหมายใดๆนั้นขึ้นอยู่กับการคำนึงถึงอารมณ์ที่คาดหวังที่จะเกิดตามมา จากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งการจะสำเร็จหรือไม่สำเร็จ การมีเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต เป็นการทำนายความต้องการ(Desire) ความตั้งใจ (intentions) และความพยายาม (trying)ของบุคคลนั้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเป้าหมายจากการคิด เป็นผลที่ตามมาของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของเป้าหมาย เป็น กระบวนการในการกระทำซึ่งได้จากอารมณ์หรือความคิดที่หวังไว้

ในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ถูกต้องและเหมาะสมนั้น พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและประชากรกลุ่มอื่นที่ใช้แนวคิดแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้ เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต เป็นการประเมินทางบวกหรือลบของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้นๆโดยได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมและการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรมนั้นของบุคคล เจตคติต่อพฤติกรรมมี 2 แบบ ได้แก่ เจตคติทางบวกต่อพฤติกรรม และเจตคติทางลบต่อพฤติกรรม โดยเจตคติทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และเจตคติทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (Taylor et al, 2005; Baghianimoghadam et al, 2011) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรที่จะกระทำ หรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือ เขาเชื่อว่าบุคคลอื่นๆที่มีความสำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อแรงผลักดันทางสังคมในการกระทำนั้น โดยบุคคลที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากในการกระทำนั้นๆ จะทำให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจประพฤติพฤติกรรมนั้นๆ (McKinlay et al, 2001) ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (Baghianimoghadam et al, 2011) อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก คือ ประสบการณ์ของความสำเร็จตามเป้าหมายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คิดหรือหวังไว้ เป็นสิ่งที่น่ายินดีสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจที่จะกระทำโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (Taylor et al, 2005; Baghianimoghadam et al, 2011) อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ เป็นประสบการณ์ ความล้มเหลวของเป้าหมายที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคาดหวังไว้ เป็นสิ่งที่ถือว่ารุนแรงและน่าวิตก เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงและพยายามให้มากขึ้นเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (Taylor et al, 2005; Baghianimoghadam et al, 2011) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม คือ การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยมีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง คือปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในเป็นการที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองมีข้อมูล มีความสามารถ มีความรู้สึกว่าสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และปัจจัยภายนอกเป็นการที่บุคคลนั้นรับรู้ว่า มีเวลา และมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นต้องขึ้นกับผู้อื่น ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไหร่ ก็มีความเป็นไปได้ที่บุคคลจะประพฤติเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ซึ่งการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (Taylor et al, 2005; Baghianimoghadam et al, 2011) พฤติกรรมในอดีต หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เคยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนพัฒนาเป็นพฤติกรรมเคยชิน ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นกิจวัตรนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (Taylor et al, 2005; Baghianimoghadam et al, 2011)

จากที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Bagozzi, Baumgartner and Pieter, 1998) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีตต่อการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยด้านอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกต่อการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยด้านอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบต่อการควบคุมความดันโลหิต และปัจจัยด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการจัดกระทำเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต รวมทั้งป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคความดันโลหิตสูง และการดำเนินโรคที่ไม่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคใต้

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคใต้หรือไม่ อย่างไร

2. เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี โดยพบว่า มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง คือ ยังคงรับประทานอาหารรสเค็มบ่อยๆ และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คือใช้กะทิในการประกอบอาหาร (เสาวณี ศรีติระกุล และคณะ,2542; วรารัตน์ เหล่านภากุล , 2545 ; จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547) ด้านการออกกำลังกาย ยังขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547; สุพรรณ ชูชื่น,2547) ด้านการจัดการกับความเครียด โดยพบว่า ยังคงมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการแสดงอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับคนรอบข้างและไม่สามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้เมื่อรู้สึกเครียด (ธนิกานต์ เขื่อนดิน, 2545 ; จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547) ด้านการใช้ยา โดยพบว่า มีการใช้ยาไม่ถูกขนาด คือ มีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง (เสาวณี ศรีติระกุล และคณะ,2542; Kaplan, 2006 ;พนิดา จันดา, 2551) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ยังคงมีการดื่มแอลกอฮอล์เกินปริมาณที่กำหนด มีการสูบบุหรี่ และยังมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ศุภวรรณ มโนสุนทร และ ฉายศรี สุพรรณศิลป์ชัย, 2542) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จากแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรมของ Bagozzi,Baumgartner

and Pieter (1998) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยหลักสำคัญ 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านเจตคติต่อการควบคุมพฤติกรรม 2) ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) ปัจจัยด้านอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก 4) ปัจจัยด้านอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ 5) ปัจจัยด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ 6) ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต ทั้งนี้งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีผลส่งต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย ด้านเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการควบคุมความดันโลหิต ด้านอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกต่อการควบคุมความดันโลหิต ด้านอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบต่อการควบคุมความดันโลหิต ด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และด้านพฤติกรรมในอดีตต่อการควบคุมความดันโลหิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกทางบวกหรือลบของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่า เจตคติทางบวกต่อการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เจตคติทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) ที่พบว่า เจตคติทางบวกต่อการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เจตคติทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฉะนั้นจึงคาดว่าเจตคติด้านบวกต่อการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เจตคติด้านลบต่อการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรจะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น หากบุคคลที่มีความสำคัญกับเขา มีการปฏิบัติ และบอกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มความรู้สึกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเช่นกัน จากการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al (2005) ซึ่งพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฉะนั้นจึงคาดว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกด้านบวก หรือความรู้สึกที่น่ายินดี เป็นความพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง จากการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) ที่พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฉะนั้นจึงคาดว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกด้านลบ หรือความรู้สึกผิดหวัง หรือการไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นความล้มเหลวของเป้าหมายที่คาดหวังไว้ เป็นสิ่งที่ถือว่ารุนแรงและน่าวิตก ดังนั้นสิ่งนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจากการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นกัน ฉะนั้นจึงคาดว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อการจะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการง่ายที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al

(2011) พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นกัน ฉะนั้นจึงคาดว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกจากการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความรู้สึกจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน ฉะนั้นจึงคาดว่าพฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. เจตคติในการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

2. อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

3. เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่าง เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุม

ความดันโลหิต และพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 โรงพยาบาล

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีการตรวจพบระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (systolic blood pressure,SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิค (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่ส่งผลต่อการลดของระดับความดันโลหิต ซึ่งครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและงดอาหารที่มีโซเดียม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Taylor et al (2005) โดยดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต 5 ด้านดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การลดอาหารเค็ม ไขมันสูง อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง งดการเติมน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสขณะรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกกะทิ ไขมันสัตว์ และรับประทานจำพวกผักและผลไม้เพิ่มขึ้น (JNC 7, 2003)

2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดจากระบบประสาทสั่งงานให้กล้ามเนื้อลายหดเกร็ง ส่งผลให้มีการขยับกระดูกและข้อต่างๆ โดยมีการประสานงานกับระบบประสาทสั่งการ ซึ่งต้องใช้พลังงานที่ได้จากระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตร่วมด้วย การออกกำลังกายเป็นการช่วยควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถลด SBP ได้ 8-18 มิลลิเมตรปรอท และ DBP 5-16 มิลลิเมตรปรอท เป็นการทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือด ช่วยลดแรงต้านภายในหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลง กล้ามเนื้อแข็งแรง สมรรถภาพการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น (Morigucli, J et al, 2005) ป้องกันการเสียชีวิตและโรคแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Miyai N, 2001) ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เช่น การวิ่งเหยาะๆ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน

3. ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเผชิญความเครียดและเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย การพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้าน

4. ด้านการใช้ยา หมายถึง การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง ดังนี้ ใช้ยาให้ถูกบุคคล ไม่รับประทานยาของบุคคลอื่นหรือรับประทานยาตามแบบเพื่อน ญาติ คนรู้จัก ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเดียวกันแต่สภาวะโรคและระดับความรุนแรงนั้นแตกต่างกัน ควรรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรลดปริมาณยาหรือหยุดยาเองเพราะอาจทำให้อาการของโรคกลับมา รวมถึงผู้ป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเอง และใช้ยาให้ถูกทาง ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อผลทางการรักษาในการควบคุมและลดความดันโลหิต

5. ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ความพยายามของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เช่น หลีกเลี่ยงที่จะมีบุหรี่ติดตัว ไม่รับบุหรี่จากคนอื่น ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ ลดจำนวนบุหรี่ หรือการไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542) การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ คือ ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยง ลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน หรือการไม่ยุ่งเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในรายที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542) หรือถ้าเลี่ยงไม่ได้ ไม่ควรดื่มสุราเกินวันละ 60 ซีซี ในผู้ชาย และไม่ควรเกิน 30 ซีซี ในผู้หญิงและคนผอม (JNC 7, 2003) รวมถึงการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งทำให้เราไม่รับสารอาหารเกินความต้องการ ลดโอกาสได้รับไขมัน และโซเดียมที่มีผลในการควบคุมความดันโลหิต

เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ความรู้สึกทางบวกหรือลบของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำพฤติกรรมนั้นๆเจตคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตมี 2 แบบ ได้แก่

เจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเชื่อในความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต

เจตคติทางลบต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ผู้ป่วยมีการต่อต้านพฤติกรรมการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยประเมินได้จากแบบสอบถาม เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ Taylor et al (2005) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรจะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น หากบุคคลที่มีความสำคัญกับเขา มีการปฏิบัติ และบอกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มความรู้สึกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเช่นกันโดยประเมินจากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ Taylor et al (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ

อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ความรู้สึกด้านบวก หรือความรู้สึกที่น่ายินดี เป็นความพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง โดยประเมินจากแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ Taylor et al (2005) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ

อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต หมายถึงความรู้สึกด้านลบ หรือความรู้สึกผิดหวัง หรือการไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นความล้มเหลวของเป้าหมายที่คาดหวังไว้ เป็นสิ่งที่ถือว่ารุนแรงและน่าวิตก ดังนั้นสิ่งนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยประเมินจากแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ Taylor et al (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อการจะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการง่ายที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆโดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ Taylor et al (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ

พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง ความรู้สึกจากการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความรู้สึกจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ Taylor et al (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการจัดกระทำเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆจากโรคความดันโลหิตสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเป็นลำดับดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
    1.1. ความหมาย
    1.2. อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง
    1.3. การจำแนกระยะการดำเนินโรค
    1.4. การรักษา
2. แบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed Behavior)
3. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
    4.1.เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต
    4.2.การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต
    4.3.อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต
    4.4.อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต
    4.5.การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต
    4.6.พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมาย

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่มีค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นโดยค่า**ความ**ดันโลหิตซิสโตลิค มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิคมาก กว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท (JNC 7, 2003) ผู้ป่วยโรคความความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ90 จะตรวจไม่พบสาเหตุแต่เชื่อว่าอาจเกิดจาก 2 ปัจจัยใหญ่ๆคือกรรมพันธ์และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยด้านกรรมพันธ์เป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.2554) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตไว้ดังนี้ ความดันโลหิต หมายถึง แรงขับเคลื่อนที่ทำให้เลือดไหลเวียนไปในกระแสโลหิตได้ ซึ่งแรงดันเลือดนี้เกิดจากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวทำให้เลือดไปยังหลอดเลือดแดงใหญ่เป็นระยะๆ ความดันเลือดแดงที่สูงขึ้นในขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวเรียกว่าความดันซิสโตลิกซึ่งความดันซิสโตลิกแสดงถึงความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ส่วนความดันเลือดแดงที่ลดลงในขณะที่หัวใจคลายตัวเรียกว่าความดันไดแอสโตลิก ซึ่งความดันไดแอสโตลิกจะบอกถึงความสามารถของหลอดเลือดในการยืดขยายและหดตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดขนาดเล็กถ้ายืดขยายตัวและหดตัวได้ไม่ดี ความดันไดแอสโตลิกจะสูงขึ้น

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2545) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตไว้ดังนี้ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ (คล้ายแรงดันที่ผนังยางรถเวลาสูบลมเข้าไป) ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขน และมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ

1. ความดันช่วงบน หรือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) หมายถึงแรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตามอายุ ความดันช่วงบนในคน ๆ เดียวกัน อาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลัง

2. ความดันช่วงล่าง หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) หมายถึงแรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว

คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee. 1997 : 2413) ได้ให้ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง การมีความดันซีสโตลิก (Systolic Blood Pressure)มีค่ามากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทในบุคคลอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

1.2 อุบัติการณ์

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อให้เกิดการตายอย่างเฉียบพลัน ความพิการ พบมากขึ้นตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้น

ไป องค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน ประเทศไทยมีประชากร 1ใน3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ประเทศไทยในปีพ.ศ.2551 – 2553 พบอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงคือ 860.53, 981.48 และ 1,058.7 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554))

ภาคใต้พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษามีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ คิดเป็น 14.4 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ,2554) และพบว่าภาคใต้ในปี พ.ศ. 2544 มีประชากรโรคความดันโลหิตสูง 26,615 คนต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีประชากรโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็น105,280 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 3.96 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สถิติกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2555)

1.3 การจำแนกภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกได้หลายประเภท ดังนี้

1. จำแนกตามระดับความดันโลหิต คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐ ครั้งที่ 7 (Joint National Committee [JNC 7], 2003) ได้จำแนกความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตามระดับความดันโลหิต ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิต ตามแบบคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐ ครั้งที่ 7 (Joint National Committee [JNC 7], 2003)

	ความดันซิสโตลิค (มม.ปรอท)	ความดันไดแอสโตลิค (มม.ปรอท)
ระดับความดันโลหิตปกติ	< 120	< 80
ความดันโลหิตสูงเริ่มต้น	120-139	80-89
ความดันโลหิตสูงขั้นที่1	140-159	90-99
ความดันโลหิตสูงขั้นที่ 2	≥ 160	≥ 100

2. การจำแนกตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (สมจิต หนุเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ดังนี้

2.1 ความรุนแรงระดับ 1 เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ

2.2 ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.2.1 เวนตริเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกาย เอ็กซเรย์ทรวงอก หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

2.2.2 หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินา มีการตีบโดยทั่วไป หรือเฉพาะบางส่วน

2.2.3 อัลบูมินในปัสสาวะ หรือ ครีอะตินิน (creatinine) ในเลือดสูงผิดปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบบ่งว่า มีสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆเสื่อมเป็นผลสืบเนื่องจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

2.3.1 ภาวะหัวใจวาย

2.3.2 อัมพาตเกิดจากเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวม จากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (hypertensive encephalopathy)

2.3.3 ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตาในระดับ 3 หรือ 4 (hypertensive retinopathy grade 3 หรือ grade 4)

3. การจำแนกประเภทตามสาเหตุ

3.1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential hypertension หรือ idiopathic hypertension) ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะอยู่ในกลุ่มไม่ทราบสาเหตุ (Bittner & Oparil, 2002) ซึ่งมีแนวโน้มว่าน่าจะมาจากพันธุกรรม ซึ่งกลไกการเกิดอาจเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของชีวเคมีในร่างกาย ซึ่งพบว่าพยาธิชีววิทยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบว่ามีการเพิ่มการทำงาน ของประสาทซิมพาเธติก ซึ่งอาจมาจากความเครียดของจิตใจ การได้รับอาหารที่มีฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม และการหดรัดตัวของเส้นเลือดมากกว่าปกติ รวมทั้งการได้รับอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นระยะเวลานาน การได้อาหารที่มีโปแตสเซียมไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดสารช่วยขยายตัวของหลอดเลือด เช่น พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) และ ไนตริกออกไซด์(nitric oxide) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเพิ่มความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาตรเลือด และ/หรือเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือด จึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

3.2 ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (secondary hypertension) ได้แก่

3.2.1 โรคของเนื้อไต และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย เชื่อว่าการที่ไตถูกทำลายทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โดยกระตุ้นระบบ เรนินแองจิโอเทนซิน (renin angiotensin) เมื่อเรนินทำปฏิกิริยาต่อ rennin substrate angiotensinogen จากตับเป็นแองจิโอเทนซิน I (angiotensin I) เอนไซม์จากปอดจะเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน I เป็นแองจิโอเทนซิน II ซึ่งเป็นสารมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นต่อมหมวกไตหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ทำให้ไตมีการดูดน้ำและโซเดียมกลับเพิ่มขึ้น ทำให้มีปริมาตรในระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น (Black, Bakris, & Elliot, 2002) ภาวะไตวายมักจะทำให้มีการคั่งของน้ำและโซเดียมทำให้

เกิดความดันโลหิตสูง โรคของไตที่เป็นสาเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยได้แก่ ไตอักเสบ โรคไตจากเบาหวาน หรือภูมิแพ้ตนเอง (systemic lupus erythematosus) โรคนิ่ว เป็นต้น

3.2.2 ความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัลโดสเตอโรน มีบทบาทในการกระตุ้นการดูดซึมโซเดียมแลกเปลี่ยนกับโปแตสเซียม ความไม่สมดุลเกลือแร่ในร่างกายจากความผิดปกติของต่อมอะดรีนอลคอร์เท็กซ์ หรือไพรมารี่อัลโดสเตอโรนิซึม (primary aldosteronism) เช่น เซลล์มีการเพิ่มจำนวนมากผิดปกติ (hyperplasia) หรือเป็นเนื้องอก ทำให้มีการหลั่งอัลโดสเตอโรน ออกมามากส่งผลให้มีการคั่งของโซเดียม ทำให้มีการดูดน้ำกลับทำให้ปริมาตรในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

3.2.3 จากยาและปฏิกิริยาของยา เช่น ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้ง monoamine oxidase ที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า ถ้าได้รับร่วมกับ sympathomimetic amines จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้หญิงบางคนได้

3.2.4 ความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น คนที่มีความเครียดสูง ความวิตกกังวลหรือการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

3.2.5 ภาวะความดันโลหิตสูงจากตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension)จะมีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มม. ปรอท ขึ้นไป หรือเพิ่มจากปกติ 30/15 มม. ปรอท ซึ่งเกิดขึ้นในอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ (สมจิต หนุเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

อาการและอาการแสดงโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่พบอาการแสดง เฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่การวินิจฉัยมักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือมักพบร่วมกับสาเหตุของอาการอื่นซึ่งไม่ใช่ความดันโลหิตสูง (JNC VII, 2003) สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากหรือสูงในระดับรุนแรงและเป็นมานาน โดยเฉพาะในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม มักพบมีอาการดังต่อไปนี้ (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2540; ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ, 2542)

1. ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง โดยลักษณะอาการปวดศีรษะมักปวดที่บริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า ต่อมาอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง และอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวร่วมด้วยโดยพบว่าอาการปวดศีรษะเกิดจากมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะเวลาหลังตื่นนอน เนื่องจากในเวลากลางคืนขณะนอนหลับศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะลดการกระตุ้นจึงทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ มีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขนาดมากขึ้น จึงเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ

2. เวียนศีรษะ (dizziness) พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

3. เลือดกำเดาไหล (epistaxis)

4. เหนื่อยหอบ ขณะทำงาน หรืออาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

5. อาการอื่น ๆ ที่อาจพบร่วม ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก สัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจหนามากจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานานๆดังนั้นถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานานๆ จึงอาจมีผลต่ออวัยวะที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ ถูกทำลาย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

ภาวะแทรกซ้อน

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางราย อาจไม่พบมีอาการหรืออาการแสดงใด ๆ และบางรายอาจพบอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่างๆ ได้ดังนี้

1. สมอง ความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัว ภายในหลอดเลือดตีบแคบ รูของหลอดเลือดแดงแคบลง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ได้มากกว่าบุคคลปกตินอกจากนี้ยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์สมอง ทำให้เซลล์สมองบวม ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้ความทรงจำลดลง และอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ (Kaplan, 2002)ซึ่งเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 50 และมีผลทำให้ผู้ที่รอดชีวิตเกิดความพิการตามมา

2. หัวใจ ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จะส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักมากขึ้น ต้องบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อต้านแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวจากภาวะความดันโลหิตสูงโดยหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อให้สามารถต้านกับแรงต้านทานที่เพิ่มมากขึ้นและมีการขยายตัวทำให้เพิ่มความหนาของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) หากยังไม่ได้รับการรักษา และเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีก จะทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Giles et al., 2005; Woods, 2002) และเสียชีวิตได้

3. ไต ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาตัวและแข็งตัวขึ้น หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสื่อม จากการไหลเวียนของปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลงและทำให้เกิดการคั่งของเสีย ไตเสื่อมสภาพและเสียหน้าที่ เกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ (Bittner &Oparill, 2002) มี

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย (สมจิต หนุเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

4. ตา ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงและเรื้อรัง จะทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่ตาหนาตัวขึ้น มีแรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลง หลอดเลือดฝอยตีบแคบอย่างรวดเร็ว มีการหดเกร็งเฉพาะที่ อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้มีการบวมของจอภาพนันย์ตา หรือจอประสาทตาบวม (papilledema) ทำให้การมองเห็นลดลงมีจุดบอดบางจุดที่ลานสายตา (scotomata) ตามัวและมีโอกาสตาบอดได้ม(Black, Bakris, & Elliott, 2001)

5. หลอดเลือดในร่างกาย ความดันโลหิตสูงจากแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาตัวจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากมี ไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (artherosclerosis) มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบแคบ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง หัวใจ ไต และตาลดลงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะดังกล่าวตามมา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและไตวาย เป็นต้นจะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีผลต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วย เพื่อลดอุบัติการณ์การสูญเสียชีวิตและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

1.4 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท(จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2543; Black, Bakris & Elliott, 2001)และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ป้องกันความพิการและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา รวมถึงอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ซึ่งในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติประกอบด้วย 2 วิธี คือ การรักษาโดยวิธีการใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Grore, 2001; JNC VII, 2003)

1. การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (pharmacologic treatment) เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยการใช้ยา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) โดยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ การเลือกใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ โรคที่มีอยู่เดิม ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 7 กลุ่มดังนี้

1.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตและหัวใจผิดปกติ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการลดปริมาณเลือดและเกลือในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง โดยลดการดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับของไต ส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง (Torosoff & Philbin, 2003) ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ฟูโรซีมายด์ (furosemide) สไปโรโนแลคโตน (spironolactone) เมโทลาโซน (metolazone)

1.2 ยาต้านเบต้า (beta adrenergic receptor blockers) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยรวมกับเบต้าอดรีเนอร์จิกรีเซฟเตอร์ (beta adrenergic receptors) อยู่ที่หัวใจและหลอดเลือดแดง เพื่อยับยั้งการตอบสนองต่อประสาทซิมพาธิติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและความดันโลหิตลดลง และปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ โพรพาโนลอล (propanolol) หรือ อะทีโนลอล (atenolol) ไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหืดหอบโรคหัวใจ อาการข้างเคียงที่อาจพบได้ คือ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และสมรรถภาพทางเพศเสื่อม

1.3 ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II receptor blockers [ARBs]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด โดยไม่ทำให้ระดับของเบรดดีไคนินเพิ่มขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ แคนเดซาแทน (candesartan), โลซาแทน (losartan) เป็นต้น

1.4 ยาต้านแคลเซียม (calcium antagonists) ยากลุ่มนี้ยับยั้งการเคลื่อนเข้าของประจุแคลเซียมในเซลล์ทำให้กล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดคลายตัว อาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและจากฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ทำให้มีอาการปวดศีรษะ หน้าแดงและใจสั่นได้ เช่น เวอราปามิวล์ (verapamil) หรือ เนฟเฟดิปีน (nifedipine)

1.5 ยาต้านอัลฟาวันอดรีเนอร์จิก (alpha I-adrenergic blockers) ยามีฤทธิ์ต้านโพสไซแนปติก อัลฟาวันรีเซฟเตอร์ (postsynaptic alpha 1-receptors) และออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เส้นเลือดขยายตัว โดยการปิดกั้นผลของนอร์อิพิเนฟรินที่มีต่อตัวรับอัลฟาวันรีเซฟเตอร์ (alpha I-receptor) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ พราโซซีน (prazosin) หรือ ดอกซาโซซีน (doxazosin)อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น การให้ยากลุ่มนี้ควรระวังเรื่องความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension)

1.6 ยาที่ยังยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II converting enzyme [ACE inhibitors]) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยการยับยั้งแองจิโอเทนซินในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวันเป็นแองจิโอเทนซินทู ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว นอกจากนี้การลดลงของแองจิโอเทนซินทูยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อีนาลาพริล (enalapril) อาการข้างเคียงของยาได้แก่ เบื่ออาหาร ไข้ ผื่นคัน อาการรุนแรงอาจพบไข่ขาวในปัสสาวะ เป็นต้น

1.7 ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบๆ เส้นเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและลดแรงต้านทานในผนังหลอดเลือดส่วนปลายควรใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและยาต้านเบต้า เพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ไฮดราลาซีน (hydralazine), ไฮโดรคลอไรด์ (hydrochloride), ลาเบลทาลอล (labetalol) เป็นต้น อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง มีอาการบวมน้ำ

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อลดระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะสำคัญ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (ทรงขวัญศิลารักษ์, 2540) ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ดังนี้

2.1 การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว มีความสำคัญมากในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการควบคุมจำนวนแคลอรีและอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว และการลดน้ำหนักยังช่วยลดไขมันในเลือดได้ด้วย (Grore, 2001) การลดน้ำหนัก โดยให้ดัชนีมวลกาย เท่ากับ 18.5 ถึง 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 5 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

2.2 การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม เป็นวิธีการที่จำเป็น เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติในการดูดน้ำได้ดี อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม มีการเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (JNC VII, 2003) การรับประทานเกลือโซเดียม ให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน จะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 2 ถึง 8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

2.3 การออกกำลังกาย มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นดีขึ้น มีการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก ทำให้ลดการหดรัดตัวของหลอดเลือดแดงและลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ความดันโลหิตจึงลดลง และการออกกำลังกายยังส่งผลให้มีการลดลงของระบบยับยั้งของโซเดียมโปแตสเซียมปั๊ม ซึ่งทำให้การดูดกลับของน้ำและโซเดียมลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง หัวใจบีบตัวได้แรงมากขึ้นและนานขึ้นทำให้จำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ มีผลให้ความดันโลหิตลดลง ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (Grore, 2001) การออกกำลังกายควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิค อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน จะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 4 ถึง 9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

2.4 การงดสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากนิโคตินและสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่จะไปทำลายผนังในส่วนของหลอดเลือด และนิโคตินยังกระตุ้นให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟรินออกมาจากต่อมหมวกไต หลั่งนอร์อิพิเนฟรินออกมาจากไฮโปทาลามัสและปลายประสาทอดรีเนอร์จิก ซึ่งมีผลในการเพิ่มของชีพจร ระดับความดันโลหิต การบีบตัวของหัวใจ และทำให้มีการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ และประดิษฐ์ ปัญจวีณิน, 2542) เมื่อสูบบุหรี่ทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและทำให้เกิดอัมพาตได้สูงถึง 20 เท่า (JNC VII, 2003)

2.5 การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญเช่นกันเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มของระดับคอร์ติซอลและแคทธิโคลามีนในกระแสเลือดซึ่งประกอบด้วยอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้แรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์ต่อวัน จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและทำให้การรักษาด้วยยาไม่มีประสิทธิภาพและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (JNC VII, 2003)

2.6 การจัดการกับความเครียด เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัสกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต มีผลต่อการหดรัดตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นการมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการควบคุมและจัดการกับความเครียดได้ดี จะช่วยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติก ทำให้ลดการหลั่งอิพิเนฟรินลดการหดรัดตัวของหลอดเลือดมีผลให้ความดันโลหิตลดลง (จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) และการจัดการความเครียดมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต (Grore, 2001)

ข้อแนะนำในการติดตามผู้ป่วย

ความถี่ในการติดตามผู้ป่วยจะขึ้นกับระดับความดันโลหิตที่วัดได้ตอนเริ่มแรก ตารางแสดงระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย , 2555)

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย , 2555)

ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)		ระยะเวลานัด
SBP	DBP	
< 140	<90	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตใหม่ใน 1 ปี
140-159	90-99	ตรวจยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงหรือไม่ใน 2 เดือน
160-179	100-109	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายใน 1 เดือน
≥ 180	≥ 110	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพผู้ป่วย

ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง

จากภาวะของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่นานและยังไม่ได้รับการดูแลรักษา รวมถึงไม่ได้ดูแลอย่างต่อเนื่องย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบที่มีต่อด้านร่างกายเกิดได้จากการทำลายของอวัยวะสำคัญต่างๆในร่างกาย เช่น หัวใจ หลอดเลือด สมอง ไต และตาเป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่เป็นระยะเวลานานจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและรูเล็กลง ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ส่งผลให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานได้ไม่เป็นปกติและหากเกิดการทำลายอย่างรุนแรงอาจทำให้ถึงแก่กรรมได้ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิด

โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบและแข็งทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายจากผลของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก โดยมีการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันหรือแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต หากเกิดการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน เกิดเลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงล้นเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอดทำให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้การทำงานของหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวนี้จะเกิดขึ้นได้มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า

ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลวได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นผิดปกติ หรือมีอาการใจสั่น (สายพิณ โชติวิเชียร, 2548)

มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง คือ หลอดเลือดสมองแข็งตีบแคบ เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงและมีการโป่งพองเล็กๆที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่น เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกอาจทำให้ส่วนที่โป่งพองแตกเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวหรือเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอาการปวดศีรษะมากคลื่นไส้ อาเจียน ซึม สับสน ชัก เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และอาจหมดสติได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 3 – 5เท่า

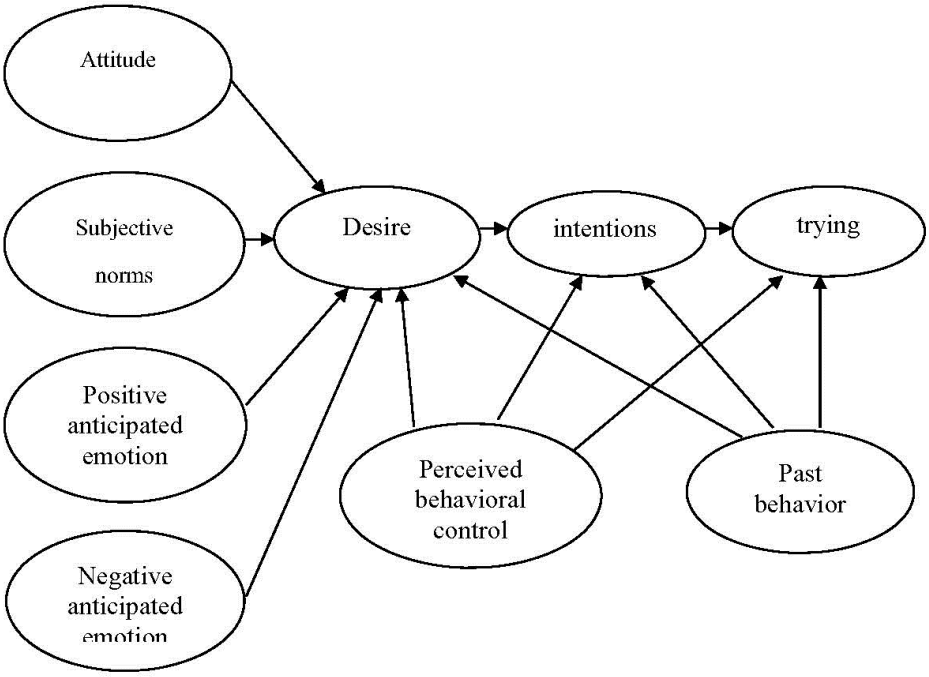
กระทบต่อไต ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีหลอดเลือดมากที่สุดในร่างกาย ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอมีผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพจนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง คือปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขาบวม หากเป็นมากเนื่องจากมีการคั่งของสารครีเอตินีน (creatinine)และสารยูเรีย (urea) ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย อาจทำให้มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

กระทบต่อตา อาจทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กๆที่ตาเกิดการหนาตัวและตีบแคบทำให้มีแรงดันในลูกตาสูงขึ้น หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม ประสาทตาบวม เกิดอาการตามัวหรือตาบอดได้(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ผลกระทบด้านจิตใจในขณะที่มีการเจ็บป่วยทางกายนั้น จิตใจของบุคคลย่อมได้รับการกระทบกระเทือนไปด้วย การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยได้และหากเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง ส่วนผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติซึ่งอาจส่งผลต่ออาชีพทำให้รายได้ลดลง นอกจากนี้ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆได้ตามปกติ รวมทั้งต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวและสังคม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหว้าเหว่ วิตกกังวล ไร้ค่า (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

2. แบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed Behavior)

แบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม(Model of Goal Directed behavior) ของBagozzi, Baumgartner and Pieter เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมเพื่อหาเป้าหมาย เป็นทฤษฎีที่ขยายมาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB)และได้มีการใช้ในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก การพยายามด้านการศึกษา การควบคุมความดันโลหิตสูง การเรียนรู้เรื่องซอฟแวร์ และการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด(Purugini and Bagozzi,2001) ซึ่งทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่า การที่บุคคลเมื่อใคร่ครวญที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเป้าหมายใดๆนั้นขึ้นอยู่กับการคำนึงถึงอารมณ์ที่คาดหวังที่จะเกิดตามมาหากกระทำพฤติกรรมนั้นๆ สำเร็จหรือไม่สำเร็จ การมีเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต ซึ่งเป็นการรวมพฤติกรรมในอดีตเข้าด้วยกัน เป็นการทำนายความต้องการ(Desire) ความตั้งใจ (intentions) และความพยายาม (trying) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเป้าหมายจากการคิด เป็นผลที่ตามมาของความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของเป้าหมาย เป็นการรวมกันระหว่างหนึ่งเป้าหมายที่เป็นเป้าหมายหลักและความรู้สึกหลังจากประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวท้ายสุดแล้วอารมณ์ที่คาดหวังไว้เป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ นั่นคือ การใช้อารมณ์ด้านบวกและหลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ด้านลบกระบวนการในการกระทำได้จากอารมณ์หรือความคิดที่หวังไว้

แบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) เห็นว่าการจะบรรลุถึงเป้าหมายของพฤติกรรมนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้



ภาพที่ 1 Model of Goal-Directed Behavior

สาระของทฤษฎี

โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีปรากฏในภาพที่ 1 ซึ่งอธิบายได้ว่า

1. เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior หรือ AB) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนมีความรู้สึกทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้นๆ จัดได้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรม (AB) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้าม หากมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward the behavior) และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่าคนที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้น หรือต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและกระทำพฤติกรรมนั้น

3. อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก (Positive anticipate emotion) เป็นประสบการณ์ของความสำเร็จตามเป้าหมายที่คิดหรือหวังไว้ของบุคคล เป็นสิ่งที่น่ายินดีสำหรับบุคคลนั้น ดังนั้นบุคคลนั้นจะมีแรงจูงใจที่จะกระทำโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อให้สำร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยมีการกระทำพฤติกรรมตามที่คาดหวัง

4. อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ (Negative anticipate emotion) เป็นประสบการณ์ ความล้มเหลวของเป้าหมายที่บุคคลคาดหวังไว้ เป็นสิ่งที่ถือว่ารุนแรงและน่าวิตก ดังนั้นจึงทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยจะไม่กระทำพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองเกิดความล้มเหลว

5. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าบุคคลเชื่อว่า มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลดังตั้งใจ เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น

6. พฤติกรรมในอดีต (Past behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เคยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนพัฒนาเป็นพฤติกรรมเคยชิน ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนป็นกิจวัตรนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.1 ความหมายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Taylor et al (2005) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไว้ ดังนี้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่ส่งผลต่อการลดของระดับความดันโลหิต ซึ่งครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและงดอาหารที่มีโซเดียม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

Belan et al, 1985 ได้กล่าวว่า การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตที่สูง ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมความดันโลหิต คือ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และระดับเศรษฐฐานะ ซึ่งในการควบคุมความดันโลหิตจะต้องมีการควบคุมพฤติกรรมเหล่านี้ คือ การควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักลงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่อาจมีสาเหตุจากความเครียด และการใช้ยา

สมจิต หนุเจริญกุล และอรสา พันธ์ศักดิ์(2542) กล่าวว่า การควบคุมความดันโลหิตให้ได้ดีนั้น นอกจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีการตั้งเป้าหมายและมีการพยายามในการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง ได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ความหมายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ Taylor et al, 2005 ซึ่งหมายถึง การกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่ส่งผลต่อการลดของระดับความดันโลหิต ซึ่งครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และงดอาหารที่มีโซเดียม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้

3.2.ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1) ด้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกายและดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ในช่วงที่ไม่มีอาการแสดง เช่น ปวดเวียนศีรษะ จะไม่ใส่ใจในการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง รายที่ต้องดำรงชีวิตอย่างโดดเดี่ยวหรือรายที่ประสบปัญหาขาดทุนในธุรกิจการเกษตร จะมีความวิตกกังวลบ่อย ๆ จนกลายเป็นความเครียด

2) ด้านครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง แต่ไม่มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ให้ความสำคัญต่อการออกไปทำมาหาเลี้ยงชีพมากกว่าการมารับยาตามนัด ผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ต้องอาศัยเงินที่ลูกหลานแบ่งปันให้ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลต่อความดันโลหิตสูงได้

4) ด้านสภาพแวดล้อมและวิถีชุมชน มีการใช้แรงงานทางการเกษตรและรับจ้าง ทำให้ผู้ใช้แรงงานซึ่งรวมถึงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนิยมดื่มสุรา แก้ปวดเมื่อย หลังเลิกงานก่อนกลับเข้าบ้านทุกวันจนกลายเป็นบริโภคนิสัย ซึ่งหาซื้อได้ทั่วไป ตามร้านขายของชำในหมู่บ้าน

5) ด้านชุมชน มีมุมมองโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องของบุคคล และบุคลากรสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรคจึงถูกละเลยไป

6) ด้านระบบบริการสุขภาพ การสร้างความเข้าใจเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยังไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ครรชิต ชนะทิพย์,2550)

3.3 ปัญหาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี โดยพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง คือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง (เสาวณี ศรีติระกุล และคณะ, 2542; Kaplan, 2006) มีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการแสดงอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับคนรอบข้างเมื่อรู้สึกเครียด (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547) ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547; สุพรรณ ชูชื่น,2547) และมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องคือ ยังคงรับประทานอาหารรสเค็มบ่อยๆ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ใช้กะทิในการประกอบอาหาร (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547 ; อำไพ โสรัจจะพันธุ์ ,2536)

ในภาคใต้พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม คือรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดจัด เปรี้ยวและเค็ม เช่นแกงเหลือง แกงไตปลา ข้าวยำ ข้าวบูดู โดยเฉพาะกะปิจะนิยมใส่ลงในเครื่องแกงมากกว่าภาคอื่นๆ (อำไพ โสรัจจะพันธุ์ ,2536) ทำให้ได้รับปริมาณเกลือโซเดียมในแต่ละวันสูงกว่าคนในภาคอื่นๆ ดังนั้นจากปัจจัยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยด้านการใช้ยาโดยการไม่ได้รับการรักษาด้วยยา หรือรับการรักษาไม่

ต่อเนื่องเหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาคใต้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

แม้ว่าจะมีงานวิจัยการควบคุมความดันโลหิตสูงในรูปแบบของการทดลอง และมีการนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดีขึ้น **(พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา** , 2549 ; อรนุช พงษ์สมบูรณ์ , 2552 ; ดวงเดือน เที่ยงสันเทียะ, 2543) แต่ปัญหาการควบคุมความดันโลหิตสูงก็ยังคงมีอยู่ โดยมีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้นที่สามารถควบคุมอาการได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

3.4.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าแบบแผนในการดำเนินชีวิต (lifestyle) มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และเป็นสาเหตุส่งเสริมในการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม การรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่พอเพียง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ (AHA, 2007) ดังนั้น ในปัจจุบันจึงมีการแนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตร่วมด้วย (ศุภชัย ถนอมทรัพย์ และ คณะ, 2544) และการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีผลมาจากปัจจัยหลายประการได้แก่

3.4.1. ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย

3.4.1.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ

3.4.1.2 อาชีพและรายได้ อาชีพที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดบ่อยๆ หรือต้องตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะคุกคามต่อชีวิตของบุคคลอื่น เช่น ผู้ควบคุมการจราจรทางอากาศ นักธุรกิจ เป็นต้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สมจิต หนุเจริญกุล และ พรความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน ตำแหน่งหรือบทบาทในสังคม เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล และปฏิกิริยาตอบสนองที่แต่ละบุคคลแสดงออก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ,2534)
ทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

เยาวลักษณ์ อนุรักษ์ และคณะ (2542) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งอาจมีผลเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมได้ และทำให้เกิดความเครียดจากฐานะที่เป็นอยู่

อรอนงค์ สัมพัญญู (2539) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มอาชีพ โดยพบว่า กลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอนจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีกำหนดไม่เวลาแน่นอน

3.4.1.3 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วย ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 4-10 ปีมีพฤติกรรมส่ง เสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี และ 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการปรับแผน การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

3.4.1.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย กับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในผู้ให้การรักษาและแผนการรักษา รวมทั้งความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย จะทำให้มีความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2534) และทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน กล่าวคือ เมื่อมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจากบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม เช่นการออกกำลังกาย ทำให้บุคคลมีการออกกำลังกายด้วยเป็นต้น

3.4.2. ปัจจัยภายใน มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่

3.4.2.1 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัดน่าจะเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันมากกว่า (สมจิต หนุเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ภัสราวลัย ศีติสาร และคณะ,2556 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีญาติสายตรง เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแล ตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง

3.4.2.2 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล ประกอบด้วย

1. เพศ พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่าเพศชาย และพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่มีความแตกต่างระหว่างเพศเช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา โดยมักพบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ภัสราวลัย ศีติสาร และคณะ,2556 พบว่า เพศ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า เพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร (เนาวรัตน์ จันทานนท์และคณะ, 2554) ที่พบว่า เพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2. อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ทำให้มีความคิดประสบการณ์และพฤติกรรมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการเผชิญปัญหาหรือต่อความเครียดของชีวิต ผู้ใหญ่จะมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล และคณะ, 2547)

3. สถานภาพสมรส คู่สมรสและบุตรจะเป็นผู้ที่มีส่วนส่งเสริม สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายเป็นต้น (สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ, 2540)

3.4.2.3 ปัจจัยทางการศึกษา พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้โอกาสการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และแสวงหาข้อมูลและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1996) เมื่อบุคคลรับรู้ต่อความสำคัญของสุขภาพ รับรู้ความสามารถในตนเองรวมถึงประโยชน์ในการควบคุมสุขภาพ ให้คุณค่าต่อสุขภาพของตนเอง ก็จะแสวงหาข้อมูลมาเพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะทำให้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แต่ละบุคคลแสดงออก (เยาวลักษณ์ อนุรักษ์ และ คณะ, 2542)

3.4.2.4 ปัจจัยด้านความเชื่อ พบว่าความเชื่อมีอิทธิพลต่อทัศนคติที่เกี่ยวข้อง และขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งของ บุคคล สถานที่ และพฤติกรรม กับผลสืบเนื่องจากสิ่งเหล่านั้นความคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น จะมีอิทธิพลต่อปฏิกริยาของบุคคลต่อคำแนะนำการรักษาพยาบาลและความพร้อมร่วมมือที่จะปฏิบัติเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรมและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2534)

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิต ซึ่งผู้ประเมินสามารถทำได้ทั้งการสังเกตและการให้ผู้ป่วยรายงานตนเอง สำ หรับการประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานพฤติกรรมของตนเอง โดยการใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมี ดังนี้

3.5.1. แบบประเมินพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของ สรัญญา พิจารย์ (2547) มีข้อคำถามอยู่ 29 ข้อ ประกอบไปด้วย ด้านการรับประทานอาหาร 3 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร 7 ข้อ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ด้านการมาตรวจตามนัด 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรส่วน คือ ปฏิบัติเป็นประจำวัน ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาของแบบประเมินเท่ากับ .87 และค่าความเชื่อมั่นที่ .96

3.5.2. แบบสอบถาม การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ของ สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ซึ่งประกอบไปด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการมาตรวจตามนัด รวม 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประเมินค่า 3 ระดับ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา .92 ค่าความเชื่อมั่น .81

3.5.3. แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง 9 ข้อ การปฏิบัติด้านโภชนาการ 9 ข้อ การออกกำลังกายและการพักผ่อน 6 ข้อ รูปแบบการนอนหลับ 4 ข้อ การขจัดความเครียด 5 ข้อ การตระหนักในความมีคุณค่าแห่งตน 3 ข้อ จุดมุ่งหมายในชีวิต 5 ข้อ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น 3 ข้อ การควบคุมสภาวะแวดล้อม 2 ข้อ การใช้ระบบบริการสุขภาพ 5 ข้อ รวม 48 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 อันดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .85

3.5.4. แบบสอบถาม การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ของ อรพินท์ กายโรจน์ (2542) ซึ่งประกอบไปด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร 6 ข้อ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 6 ข้อ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 5 ข้อ ด้านการมาตรวจตามนัด 2 ข้อ รวม 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .72

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของ Taylor et al (2005) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ Taylor et al มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านการรับประทาน 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ และด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิต 6 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และประชากรกลุ่มอื่น ที่ใช้แนวคิดแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรมของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

4.1.เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต

4.1.1.ความหมายของเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต

Taylor et al ให้ความหมายของเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตว่า เป็นความรู้สึกทางบวกหรือลบของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เจตคติต่อพฤติกรรมมี 2 แบบ ได้แก่ เจตคติทางบวกต่อพฤติกรรม และเจตคติทางลบต่อพฤติกรรม เจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกเชื่อในความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต เชื่อว่าหากมีการควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้องและครอบคลุมจะทำให้สามารถควบคุมและลดความดันโลหิตสูงได้ (Taylor et al ,2005 ; Khatib, El-Guindy , 2005) เจตคติทางลบต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต คือการที่ผู้ป่วยมีการต่อต้านพฤติกรรม การกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาของ Taylor et al (2005) และ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่าเจตคติทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และเจตคติทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

4.1.2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ในการประเมินเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในต่างประเทศพัฒนาแบบสอบถามในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Taylor et al ,2005) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ Taylor et al มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

4.2.การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต

4.2.1.ความหมายของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต

Taylor et al ให้ความหมายของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิตว่า เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรจะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น หากบุคคลที่มีความสำคัญกับเขา มีการปฏิบัติ และบอกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นจะมีแนวโน้ม

ความรู้สึกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเช่นกัน จากการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) ที่ศึกษาผลของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ป่วยรู้สึก และเชื่อว่าบุคคลเหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมนั้น

4.2.2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ในการประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในต่างประเทศพัฒนาแบบสอบถามในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Taylor et al ,2005) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ Taylor et al มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

4.3.อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต

4.3.1.ความหมายอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต

Taylor et al ให้ความหมายของอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิตว่า เป็นความรู้สึกด้านบวก หรือความรู้สึกที่น่ายินดี เป็นความพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง จากการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) ที่พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.3.2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ในการประเมินอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในต่างประเทศพัฒนาแบบสอบถามในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Taylor et al ,2005) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำแบบสอบถามของ Taylor et al มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

4.4.อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต

4.4.1.ความหมายของอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต

Taylor et al ให้ความหมายของอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตว่า เป็นความรู้สึกด้านลบ หรือความรู้สึกผิดหวัง หรือการไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นความล้มเหลวของเป้าหมายที่คาดหวังไว้ เป็นสิ่งที่ถือว่ารุนแรงและน่าวิตก ดังนั้นสิ่งนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจากการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นกันล

4.4.2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ในการประเมินอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในต่างประเทศพัฒนาแบบสอบถามในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Taylor et al ,2005) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของ Taylor et al มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

4.5.การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต

4.5.1.ความหมายของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต

Taylor et al ให้ความหมายของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตว่า เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อการจะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจากการศึกษาของ Taylor et al , (2005) และ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการง่ายที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

4.5.2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ในการประเมินการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มี

งานวิจัยในต่างประเทศพัฒนาแบบสอบถามในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Taylor et al ,2005) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำแบบสอบถามของ Taylor et al มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

4.6.พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต

4.6.1.ความหมายของพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต

Taylor et al ให้ความหมายของพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตว่าเป็นความรู้สึกจากการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความรู้สึกจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยจการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน

4.6.2.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ในการประเมินพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยใดทำการพัฒนาแบบสอบถามในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยในต่างประเทศพัฒนาแบบสอบถามในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Taylor et al ,2005) ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำแบบสอบถามของ Taylor et al มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาล เพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และองค์ความรู้ที่มีการพัฒนาขึ้นตลอดเวลา รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ท้ายสุดแล้วผลลัพธ์ที่เราต้องการจากการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึง การมีภาวะความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นการดุแลสุขภาพของผุ้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงต้องมีการดูแลอย่างครอบคลุมสุขภาพในทุกด้าน เป็นการดูแลแบบองค์รวม(Holistic approach) นอกจากนี้การดูแลควรรวมถึงการสนับสนุน และส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครรอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง อย่างยั่งยืนและมีความเหมาะสมตามสภาพ

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะมีบทบาทสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตให้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดี ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล (Clinical practitioner) ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมถึงเมื่อผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อน โดยประสานงานกับทีมสุขภาพให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม ด้วยการส่งเสริมป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ สามารถนำข้อมูลความรู้ทางคลินิกที่มีหลักฐานสนับสนุนทางวิทยาศาสตร์ (Evidence-based practice) มาเป็นแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดทักษะทางคลินิกที่ทันสมัย สร้างเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมความดันโลหิตร่วมกับทีมสุขภาพ ประยุกต์ความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นๆ ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อน ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย โดยสามารถคาดการณ์และอธิบายถึงผลที่ตามมาได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (Wilkinson,1996;อ้างในสาลี เฉลิมวรรณพงศ์ ,2544)

1.1 การประเมินสภาพ (Assessment) ขั้นตอนค้นหาความจริง เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการให้ได้ครอบคลุม และถูกต้องด้วยทักาะต่างๆเพื่อนำไปวิเคราะห์หาปัญหาของผู้รับบริการได้เที่ยงตรง หลังจากได้ข้อมูลแล้วนำไปจัดระบบตามแบบฟอร์มที่ใช้ ตรวจสอบและบันทึกไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้น โดยไม่ต้องสรุปหรือแปลความหมายของข้อมูล

1.2 การวินิจฉัย (Diagnosis) ว่าปัญหาคืออะไร ปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดปัญหาในขั้นตอนนี้ พยาบาลนำข้อมูลที่ได้จัดระบบไว้ มาจัดกลุ่มข้อมูลใหม่แล้ววิเคราะห์กลุ่มข้อมูลเพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ หรือมีแนวโน้มที่จะเกิด และสิ่งที่เป็นจุดดีหรือจุดแข็งของผู้รับบริการจากนั้นเขียนปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา หรือที่เรียกว่าข้อวินิจฉัย

1.3 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่พยาบาลคิดว่า ต้องการให้อะไรเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และจะทำให้เกิดขึ้นได้อย่างไรซึ่งพยาบาลต้องทำงานร่วมกับผู้รับบริการ หรือผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล หรือผลลัพธ์ที่จะให้เกิดขึ้น หลังจากให้การพยาบาลแล้ว จากนั้นกำหนดกิจกรรมต่างๆให้ครอบคลุม กิจกรรมการช่วยเหลือ การติดตาม การรักษา การสอน และการป้องกันโดยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และนำแผนการเขียนไว้สำหรับใช้เป็นแผนการดูแลผู้รับบริการ

1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการลงมือปฏิบัติ มอบหมายงานและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน และนำกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดในแผนการพยาบาลไปดูแลผู้รับบริการ

หลังจากนั้นบันทึกการดูแลที่ให้กับผู้รับบริการ และผลการปฏิบัติการพยาบาล หรือการตอบสนองของผู้มารับบริการในรายงาน เช่น บันทึกทางการพยาบาล หรือรายงานในเวรต่อไป

1.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่ตรวจสอบว่า การพยาบาลที่ให้ได้ผลหรือไม่ โดยเปรียบเทียบความก้าวหน้าของผู้รับบริการ กับเกณฑ์การประเมินเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดไว้หลังจากมีการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว หากไม่บรรลุผลสำเร็จหรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ สามารถปรับปรุงการพยาบาลใหม่ได้

2. ด้านการให้ความรู้ (Educator) มีทักษะในการสอนและชี้แนะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว โดยให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถบอกถึงอาการ และความผิดปกติให้กับแพทย์หรือพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังได้จัดทำคู่มือ เอกสาร พัฒนาสื่อการสอนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถเข้าใจและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และแปลวารสารทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันและเป็นมาตรฐานทางการพยาบาล เป็นหลักประกันคุณภาพการพยาบาล ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการการพยาบาล

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา (Consultant) มีทักษะในการให้คำปรึกษาผุ้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว ที่เกิดความกังวลใจ ไม่สบายใจจากภาวะความดันโลหิตสูง และสามารถให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเพื่อควบคุมเทคนิคการให้การพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล รวมทั้งสร้างแนวทางการปฏิบัติกับองค์กรหรือหน่วยงานในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีการร่วมมือและปรึกษากับแพทย์ หรือทีมสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และวิธีแก้ไขที่จะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการดูแล รักษาที่ปลอดภัย เหมาะสม

4. ด้านการวิจัย (Researcher) มีความสามารถในการใช้ผลการวิจัยและการทำวิจัยนำผลงานทางวิชาการหรืองานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน พร้อมทั้งเสนองานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับประโยชน์สูงสุด ลดจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังโรคน้อยลง รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และค่าชำรุดของเครื่องมือทางการแพทย์ ร่วมมือในการทำวิจัยกับทีมสุขภาพที่มีการนำแผนการรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยทำหน้าที่ติดตาม เฝ้าระวังผลที่เกิดขึ้นรวมทั้งนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัยเผยแพร่ทางวารสารทางการพยาบาล

5. ด้านการบริหาร (Administration) มีส่วนร่วมในการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และร่วมกับผู้บริหารแผนกในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

6. บทบาทด้านจริยธรรม คุณธรรม มีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยหลักจริยธรรมด้านการพยาบาลด้วยอริยสัจ 4 ซึ่งเป็นหลักวิชาการที่นำมาแก้ไขปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ และพยาบาลต้องตระหนักถึงการตัดสินใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะต้องมีสติรอบคอบ ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีมาตรฐาน และมีคุณภาพ รวมถึงเป็นที่ไว้วางใจในหน่วยงานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลที่สนับสนุนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี 6 ด้านคือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้ความรู้ ด้านการเป็นที่ปรึกษา ด้านการวิจัย ด้านการบริหาร บทบาทด้านจริยธรรม คุณธรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่ดีในการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการป่วย และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลงได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เสาวนีย์ ศรีติระกูล และคณะ (2542: 53) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด และไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย จำนวน 481 รายพบว่ามีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก ที่ได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการรักษาจากแพทย์แล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมระดับความดันโลหิตหลายปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวต่อการควบคุมความดันโลหิตคือพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารรสเค็ม การใช้กะทิในการประกอบอาหาร การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอมีความวิตกกังวลเป็นต้น จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้น ส่วนหนึ่งสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคทั้งสิ้น

ดวงกมล จันทร์นิมิตร์ (2538: บทคัดย่อ)ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในด้านการควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม อาหารไขมันสูและคาร์โบไฮเดรตสูง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ การศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรค

ความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ พฤติกรรมการสนับสนุนของญาติ และระดับความดันโลหิตลดลงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันทนา ทีฆพุฒิ (2550) พบว่า อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีอุปสรรคมากเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณเกลือที่รับประทานในแต่ละวัน ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาร้า ปลาเค็ม (วรารัตน์เหล่านภากุล, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Burnier (1998) พบว่า การบริโภคเกลือมากมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

เตือนใจ หมวกแก้ว (2540) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา12 สัปดาห์ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่า ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขนิษฐา ทองหยอด (2543: 78-84) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 48 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 48 คน จัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการฉายสไลด์พร้อมคำบรรยาย การเสนอตัวแบบ การสาธิต การฝึกทักษะ การกำหนดกิจกรรมจากภูมิปัญญาภายในกลุ่ม การส่งเสริมความภาคภูมิใจภายในกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนภายในกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสสี่ยงความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

Baghianimoghadam et al (2011) ศึกษาปัจจัยความ สัมพันธ์กับการควบคุมตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้ Model of Goal Directed behavior ผลการศึกษาพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการควบคุมและลดความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และทำให้ความดันโลหิตลดลง

Jennifer et al (2008) ศึกษาถึงผลของอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกที่เกิดความล้มเหลว อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบที่สำเร็จตามเป้าหมาย และศึกษาถึงผลของอารมณ์ในอนาคต ต่อการเลิกสูบ

บุหรี่ โดยใช้ Model of Goal Directed behavior ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในอนาคต คือ อารมณ์ที่คาดหวัง ตั้งใจ

RichardP.Bagozzi et al (1998) ศึกษาถึงบทบาทของอารมณ์ในเป้าหมายกำกับพฤติกรรมที่มีผลต่อการลดน้ำหนัก โดยใช้ Model of Goal Directed behavior ซึ่งเป้าหมายจะสำเร็จหรือไม่วัดจากอารมณ์ที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า อารมณ์ที่ทำให้ไปสู่เป้าหมาย คือ ความตั้งใจและการตัดสินใจที่จะกระทำ

Lawrence J.(2006) ศึกษาวิถีการบริโภคอาหารกับการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีการบริโภคอาหารแบบ DASH(Dietary Approach to Stop Hypertension) การลดเค็มและการเพิ่มโพแทสเซียมกับระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 459 คน ควบคุมรูปแบบการบริโภคอาหารตามที่ผู้ศึกษาได้จัดให้ ผลการศึกษาพบว่าการสร้างรูปแบบการบริโภคอาหารที่ดีนั่นคือการลดอาหารเค็ม การเพิ่มโพแทสเซียมและการบริโภคอาหารแบบ DASH ได้แก่ อาหารไขมันต่ำ ธัญพืช ลดอาหารประเภทรสจัด อาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป การใส่เครื่องปรุง และเลือกรับประทานสดมากกว่านำไปแปรรูป สามารถปรับระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้

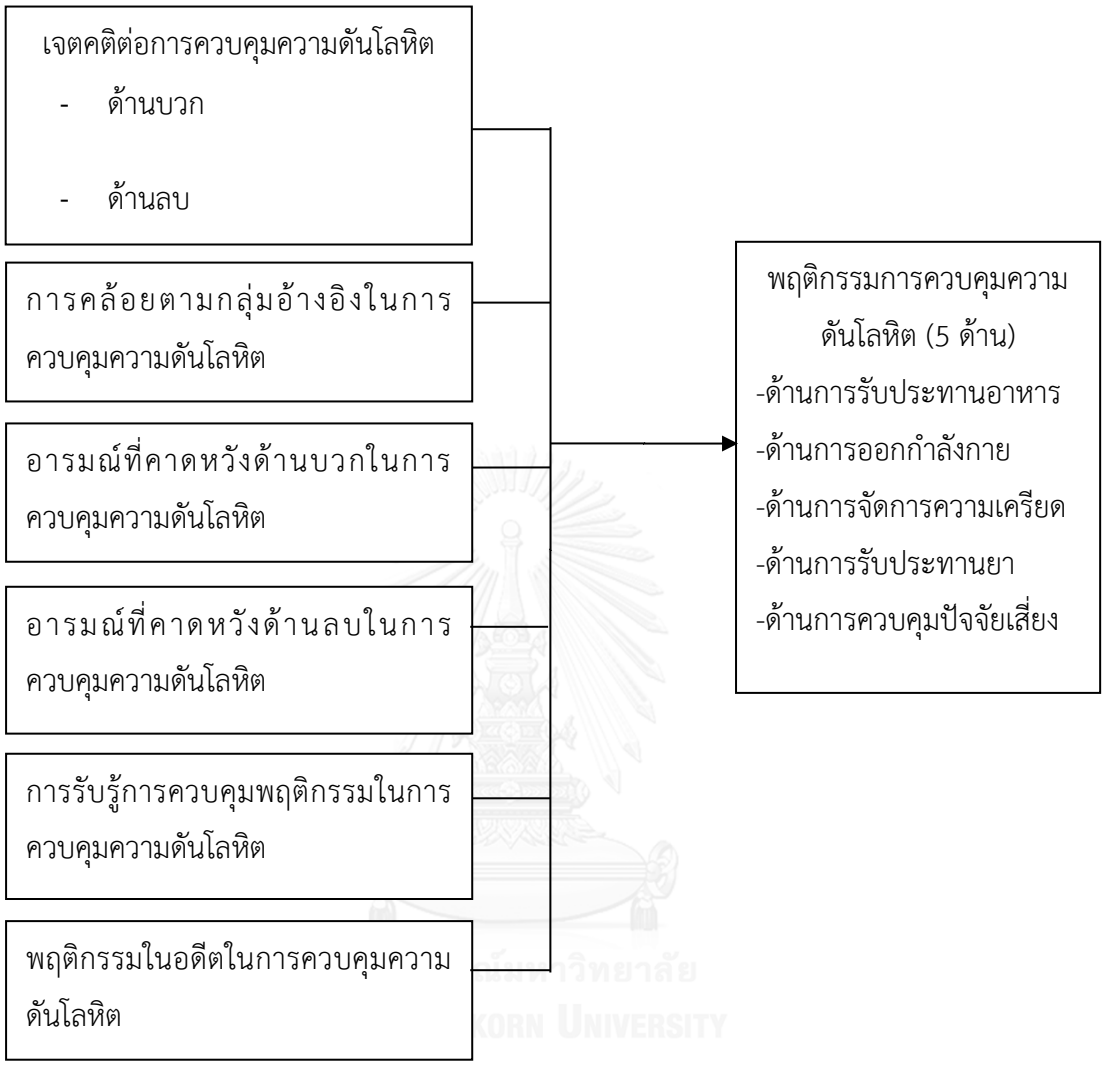
Sack M. et al. (2001) ศึกษา ผลของความดันโลหิตจากการลดอาหารที่มีโซเดียมและการรับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 412 คนโดยควบคุมให้รับประทานอาหารแบบ DASH ซึ่งมีส่วนประกอบของผัก ผลไม้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีปริมาณไขมันต่ำ รวมทั้งจัดให้มีปริมาณโซเดียมในระดับที่แตกต่างกัน คือต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารที่มีการลดปริมาณโซเดียมจากระดับสูงเป็นปานกลางสามารถลดความดันโลหิตตัวบนได้ 2.1 มิลลิเมตรปรอท($p < .001$) ในขณะที่การรับประทานอาหารแบบ DASH โดยไม่ควบคุมปริมาณโซเดียมทำให้ความดันโลหิตลดลง 1.3 มิลลิเมตรปรอท ($p < .03$) กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอาหารที่มีการลดปริมาณโซเดียมจากระดับปานกลางเป็นต่ำสามารถลดความดันโลหิตตัวบนได้ 4.6 มิลลิเมตรปรอท($p < .001$) ในขณะที่การรับประทานอาหารแบบ DASH โดยไม่ควบคุมปริมาณโซเดียมทำให้ความดันโลหิตลดลง 1.7 มิลลิเมตรปรอท ($p < .01$)

Taylor et al (2005) ศึกษาถึงการตัดสินใจและความพยายามในการควบคุมตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเป็นการเปรียบเทียบโดยการใช้ 2 ทฤษฎี คือ TPB และ MGB โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 208 คน ในการตัดสินใจที่จะควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎี MGB บอกถึงการกระทำ ความตั้งใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยที่จะลดความดันโลหิต ซึ่ง ทฤษฎี TPB ไม่ได้ให้ผลของความตั้งใจนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดังกล่าวไม่ดีโดยพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง คือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง (เสาวณี ศรีติระกุล และคณะ,2542; Kaplan, 2006) มีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้มีการแสดงอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับคนรอบข้างเมื่อรู้สึกเครียด (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547) ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547; สุพรรณ ชูชื่น,2547) และมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องคือ ยังคงรับประทานอาหารรสเค็มบ่อยๆและรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง คือใช้กะทิในการประกอบอาหาร (เสาวนีย์ ศรีติระกุล และคณะ, 2542 ; จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์, 2547)ซึ่งในการกระทำพฤติกรรมเหล่านี้บุคคลจำเป็นต้องมีการตั้งเป้าหมายและมีการพยายามกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดี (Taylor et al, 2005) การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไปในทางที่ดีและคงอยู่อย่างถาวร (Baghianimoghadam et al, 2011) จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม สรุปเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้คือ เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต ดังเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามแนวคิดของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998)

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับ ทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 11 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 3โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา รวมจำนวน 260 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีทั้งหมด 11 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตโรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลนราธิวาส โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากมา 3 โรงพยาบาล โดยสุ่มได้ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา ทั้งนี้การคำนวณจำนวนของกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลคำนวณตามสัดส่วนของจำนวนประชากร ดังแสดงในตารางที่ 3

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละโรงพยาบาลโดยเลือกเก็บข้อมูลแบบคนเว้นคนหากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยกำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากแต่ละสถานที่ตามสัดส่วนของประชากรดังนี้ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 121 คน โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 82 คน และโรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงาจำนวน 57 คน รวมทั้งหมด 260 คน

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

	รพ.วชิรภูเก็ต	รพ.ตะกั่วป่า จ.พังงา	รพ. กระบี่
จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน 1 ปี (พ.ศ.2554)	2,015	948	1,372
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 260	121	57	82

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ร่วมอาศัยด้วย โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูงระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับความดันโลหิตในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Taylor et al (2005) ให้มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาคใต้ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเป้าหมายกำกับพฤติกรรม ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการรับประทาน 8 ข้อ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ พฤติกรรมด้านการรับประทานยา 5 ข้อ และพฤติกรรมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำ หรือทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อยครั้งหรือนานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเลย

ผู้ตอบแบบคำถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	เท่ากับ 1 คะแนน

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 26 – 104 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และมาตรวัด หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจะพิจารณาการตัดข้อคำถามบางหัวข้อออกเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา 5 ท่านประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการประจำคลินิกความดันโลหิตสูง 2 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ (Polit and Beck,2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler,1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536)

โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง เท่ากับ .95

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับ 4 ข้อ คือ ข้อ 2 ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกกะทิ เช่น กล้วยบวชชี ขนมบัวลอย ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ข้อคำถามควรครอบคลุมประเภทอาหารพื้นบ้านตามบริบท เช่น ควรเพิ่ม ขนมจีนน้ำยา และอาจยกตัวอย่าง ที่เป็นอาหารคาวด้วย เช่นแกงกะทิ ปรับแก้เป็น ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกกะทิ เช่น กล้วยบวชชี ขนมบัวลอย ขนมจีนน้ำยา แกงกะทิ ข้อ 3 ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกไขมันสัตว์ เช่น หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ควรรวมถึงอาหารประเภททอด เช่นปอเปี๊ยะทอด ขนมปังชุบแป้งทอด และหากเป็นกลุ่มตัวอย่างคนภาคใต้ ที่นับถือศาสนาอิสลาม อาจต้องปรับรายชื่ออาหารที่เป็นตัวอย่างให้เหมาะสมกับบริบทชาวมุสลิม ปรับข้อคำถาม คือ ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกอาหารประเภททอด เช่น ปอเปี๊ยะทอด ขนมปังชุบแป้งทอด ข้อ 5 ท่านไม่เติมน้ำปลา หรือซีอิ้วลงในอาหารที่รับประทาน ปรับแก้เป็นท่านไม่เติมน้ำปลา / ซีอิ้ว หรือเครื่องปรุงรส เช่น ผงชูรสลงในอาหารที่รับประทานและเพิ่มข้อคำถาม ท่านพยายามปรุงอาหารสุขภาพรับประทานเอง ข้อ 6 ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้มากขึ้น ปรับแก้เป็นท่านรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้เพิ่มขึ้น

2. ด้านการออกกำลังกาย ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับ 3 ข้อ คือ ข้อ 8 ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ หรือเดินเร็ว หรือกายบริหาร ปรับข้อคำถามตามข้อชี้แนะของมติจริยธรรม เป็นท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือกายบริหาร ข้อ 9 ท่านเลือกเดินแทนการขึ้นรถหากระยะทางไม่ไกลเกิน ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ น่าจะเปลี่ยนเป็น การใช้รถแทน ปรับแก้เป็นท่านเลือกเดินแทนการใช้รถหากระยะทางไม่ไกลเกิน ข้อ 10 ท่านเลือกเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน สรุป ตัดข้อคำถามออก ตามมติจริยธรรม

3. ด้านการจัดการกับความเครียด ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับ 2 ข้อ คือ ข้อ 11 เมื่อมีความเครียด ท่านมีการเผชิญและมีการจัดการกับความเครียด ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ เข้าใจยากอาจปรับเป็น เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลาย/ลดความเครียด ปรับแก้เป็น เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลาย/ลดความเครียด ข้อ 12 ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีนั่งสมาธิ หรือออกกำลังกาย หรือพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้าน เพิ่มข้อคำถามเป็น ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีนั่งสมาธิหรือปฏิบัติศาสนกิจ ,ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการออกกำลังกาย,ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้านตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ด้านการรับประทานยา ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับ 2 ข้อ คือ ข้อ 15 ท่านไม่ลดปริมาณยาหรือหยุดยาโรคความดันโลหิตสูงเอง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ อาจปรับให้เป็นความหมายเชิงลบ เพื่อให้มีสัดส่วนของข้อความทั้งเชิงบวกและลบ ปรับแก้เป็นท่านปรับปริมาณยาหรือหยุดยาโรคความดันโลหิตสูงเอง ข้อ 16 ท่านไม่ซื้อยาโรคความดันโลหิตสูงรับประทานเองจากร้านขายยา ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ควรเพิ่มรวมถึงไม่ยืมยาผู้อื่นรับประทาน และอาจปรับให้เป็นความหมายเชิงลบ เพื่อให้มีสัดส่วนของข้อความทั้งเชิงบวกและลบ ปรับแก้เป็นท่านซื้อยาโรคความดันโลหิตสูงรับประทานเองจากร้านขายยา และเพิ่มข้อคำถาม ท่านยืมยาโรคความดันโลหิตสูงผู้อื่นรับประทาน

5. ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับ 2 ข้อ คือ ข้อ 18 ท่านหลีกเลี่ยง ลด หรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือ ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน ในรายที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ปรับแก้เป็น ท่านหลีกเลี่ยง ลด หรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือ ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน หากท่านไม่ดื่มแอลกอฮอล์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อ 19 ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการรับประทานอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย ลดอาหารพวกไขมัน และอาหารที่มีโซเดียมสูง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะควรปรับเป็นอาหารที่มีเกลือ/ โซเดียมสูง ควรเพิ่มการออกแรง- ออกกำลัง ในชีวิตประจำวันมากขึ้น และควรแยกเป็นข้ออื่นต่างหาก ปรับแก้และเพิ่มข้อคำถามเป็น ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการรับประทานอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการ ลดอาหารพวกไขมันและแป้ง ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการลดรับประทานอาหารที่มีเกลือ/โซเดียมสูง ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการออกแรง- ออกกำลัง ในชีวิตประจำวันมากขึ้น

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .74 เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ Taylor et al (2005) ให้มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาคใต้ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเป้าหมายกำกับพฤติกรรม ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) โดยเป็นข้อคำถามทางบวก และ ข้อคำถามทางลบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจเล็กน้อย และไม่พอใจเลย

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
พอใจมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
พอใจมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
พอใจปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
พอใจเล็กน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่พอใจเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 9 – 45 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเจตคติที่ดีต่อการควบคุมความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม เจตคติต่อการควบคุมความดันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และมาตรวัด หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจะพิจารณาการตัดข้อคำถามบางหัวข้อออก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา 5 ท่านประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการประจำคลินิกความดันโลหิตสูง 2 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับ

การแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ (Polit and Beck,2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler,1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536)

โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.00

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การที่ท่านต้องงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ข้าวยำ บูดู แกงไตปลา (แกงพุงปลา) ปลาเค็ม ทำให้ท่านรู้สึก.... ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ให้แสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และปรับแก้เป็น การที่ท่านต้องลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ข้าวยำ บูดู แกงไตปลา (แกงพุงปลา) ปลาเค็ม ทำให้ท่านรู้สึก.....

2. การที่ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ ทำให้ท่านรู้สึก ..... ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หากเป็นช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้าควรระบุไว้ทุกข้อความแสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และปรับแก้เป็น การที่ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ ทำให้ท่านรู้สึก .....

3. การที่ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน ในปริมาณที่มากขึ้น ทำให้ท่านรู้สึก..... ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ควรแสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และปรับแก้เป็น การที่ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน ในปริมาณที่มากขึ้น ทำให้ท่านรู้สึก.....

4. การที่ท่านต้องออกกำลังกาย โดยการวิ่งเหยาะๆ หรือเดินเร็ว หรือกายบริหาร ทำให้ท่านรู้สึก.....ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หากเป็นช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้าควรระบุไว้ทุกข้อความ ปรับโดยแสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และปรับแก้เป็น การที่ท่านต้องออกกำลังกาย โดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือกายบริหาร ทำให้ท่านรู้สึก.....

5. การที่ท่านต้องเดินแทนการขึ้นรถหากระยะทางไม่ไกลเกิน ทำให้ท่านรู้สึก..... ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หากเป็นช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้าควรระบุไว้ทุกข้อความโดย แสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และ ปรับแก้เป็น การที่ท่านต้องเดินแทนการขึ้นรถหากระยะทางไม่ไกลเกิน ทำให้ท่านรู้สึก.....

6. การที่ท่านต้องจัดการและเผชิญกับความเครียดเมื่อมีความเครียดด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การนั่งสมาธิ หรือการออกกำลังกาย หรือการพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้าน ทำให้ท่านรู้สึก..... ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หากเป็นช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้าควรระบุไว้ทุกข้อความ โดยแสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และปรับแก้เป็น การที่ท่านต้องจัดการและเผชิญกับความเครียดเมื่อมีความเครียดด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การนั่งสมาธิ หรือการออกกำลังกาย หรือการพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้าน ทำให้ท่านรู้สึก.....

7. การที่ท่านต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ถูกต้องโดยรับประทานยาที่แพทย์สั่งตรงตามเวลาครบทุกมื้อ และไม่ลดปริมาณยาหรือหยุดยาเอง ทำให้ท่านรู้สึก..... ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หากเป็นช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้าควรระบุไว้ทุกข้อความ ปรับโดย แสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และปรับแก้เป็น การที่ท่านต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ถูกต้องโดยรับประทานยาที่แพทย์สั่ง ตรงตามเวลาครบทุกมื้อ และไม่ลดปริมาณยาหรือหยุดยาเอง ทำให้ท่านรู้สึก.....

8. การที่ท่านต้องงดสูบบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ท่านรู้สึก..... ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หากเป็นช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้าควรระบุไว้ทุกข้อความ โดย แสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และ
ปรับแก้เป็น การที่ท่านต้องงดสูบบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ท่านรู้สึก.....

9. การที่ท่านต้องคุมน้ำหนักด้วยการรับประทานให้พอดีกับความต้องการ งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง ทำให้ท่านรู้สึก.....ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หากเป็นช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้าควรระบุไว้ทุกข้อความโดย แสดงคำชี้แจงถึงช่วงพฤติกรรมในช่วง 4 สัปดาห์เอาไว้ในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม และปรับแก้เป็น การที่ท่านต้องคุมน้ำหนักด้วยการรับประทานให้พอดีกับความต้องการ งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง ทำให้ท่านรู้สึก
.....

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .67 เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ Taylor et al (2005) ให้มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาคใต้ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเป้าหมายกำกับพฤติกรรม ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความมากที่สุด

การให้คะแนนแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ตอบแบบคำถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 6 – 30 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มอ้างอิงมีผลต่อพฤติกรรมที่ดีในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และมาตรวัด หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจะพิจารณาการตัดข้อคำถามบางหัวข้อออก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา 5 ท่านประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการประจำคลินิกความดันโลหิตสูง 2 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ (Polit and Beck,2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler,1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536)
โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.00

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลจากการควบคุมความดันโลหิตของฉันในปัจจุบัน ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉันมีผลทำให้ฉันควบคุมการรับประทานอาหารได้ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้พิจารณาความสอดคล้องของการใช้คำ “ฉัน” และ “ท่าน” ตัดทอน ปรับให้กระชับ เช่น ท่านคิดว่าใครมีส่วนสำคัญที่ทำให้ท่าน

ควบคุมการรับประทานอาหารและความดันเลือด “คนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน” ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ ควรมีการยกตัวอย่าง ปรับแก้เป็น ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้องมีผลทำให้ฉันควบคุมการรับประทานอาหารได้

2. ผลจากการควบคุมความดันโลหิตของฉันในปัจจุบัน ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉันมีผลทำให้ฉันออกกำลังกายได้ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องของการใช้คำ “ฉัน” และ “ท่าน” ตัดทอน ปรับให้กระชับ เช่น ท่านคิดว่าใครมีส่วนสำคัญที่ทำให้ท่านออกกำลังกาย ปรับแก้เป็น ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง มีผลทำให้ฉันออกกำลังกายได้

3. ผลจากการควบคุมความดันโลหิตของฉันในปัจจุบัน ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉันมีผลทำให้ฉันจัดการกับความเครียดได้ ปรับแก้เป็น ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้องมีผลทำให้ฉันจัดการกับความเครียดได้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ผลจากการควบคุมความดันโลหิตของฉันในปัจจุบัน ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉันมีผลทำให้ฉันรับประทานยาให้ถูกต้องได้ ปรับแก้เป็น ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้องมีผลทำให้ฉันรับประทานยาให้ถูกต้องได้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. ผลจากการควบคุมความดันโลหิตของฉันในปัจจุบัน ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉันมีผลทำให้ฉันควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ขอให้ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงคืออะไรที่ต้องการถามเพื่อความชัดเจน ปรับแก้เป็น ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้องมีผลทำให้ฉันควบคุมปัจจัยเสี่ยงเช่นหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ได้

6. ผลจากการควบคุมความดันโลหิตของฉันในปัจจุบัน คนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน คิดว่าฉันควรลดหรือควบคุมความดันโลหิต ปรับแก้เป็น ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้องมีผลทำให้ฉันลดหรือควบคุมความดันโลหิตได้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’ s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89 เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ Taylor et al (2005) ให้มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาคใต้ และ

สอดคล้องกับกรอบแนวคิดเป้าหมายกำกับพฤติกรรม ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก 6 ข้อ และแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะของคำตอบ เป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การให้คะแนนแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ตอบแบบคำถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน

การให้คะแนนแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ตอบแบบคำถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 6 - 30 โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกต่อการบรรลุเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตสูง

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 8 - 40 โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบต่อการบรรลุเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และมาตรวัด หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจะพิจารณาการตัดข้อคำถามบางหัวข้อออก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา 5 ท่านประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการประจำคลินิกความดันโลหิตสูง 2 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ (Polit and Beck,2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler,1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536)

โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ .88

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต

1. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกตื่นเต้น ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ การควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่ได้เป็นเหตุการณ์ที่ฉาบฉวย แต่เป็นความรู้สึกที่ต้องควบคู่กับความยั่งยืน คำว่า ตื่นเต้น ในบริบทไทย อาจเข้าใจได้ทั้งเชิงบวก ลบ ขอให้ระบุให้ชัดเจน เช่น ตื่นเต้นดีใจ และเสนอแนะให้ปรับเป็นถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดหรือควบคุมความดันโลหิต ฉันรู้สึกตื่นเต้น สรุป ตัดข้อคำถามออก

2. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกยินดี ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไป ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกยินดี

3. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกมีความสุข ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไป ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกมีความสุข

4. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกดีใจ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไปปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกดีใจ

5. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกพอใจผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไปปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกพอใจ

6. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกภูมิใจ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไปปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกภูมิใจ

7. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกมั่นใจตัวเอง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตัดคำว่า จะ ออกไป ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกมั่นใจตัวเอง

Chulalongkorn University

อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต

1.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกโกรธ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไปปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกโกรธ

2.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกท้อแท้ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไปปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกท้อแท้

3.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกผิด ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไป ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกผิด

4.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกละอายใจ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไป ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกละอายใจ

5.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกเศร้า ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตัดคำว่า จะ ออกไป ซ้ำกับข้อ 7ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกเศร้า

6.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกผิดหวัง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ตัดคำว่า จะ ออกไปปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกผิดหวัง

7.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกเศร้าสลดผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าใกล้เคียงกับข้อ 5 จึงตัดข้อคำถามออก

8.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกวิตก ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ให้ตัดคำว่า จะ ออกไป ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกวิตก

9.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกไม่สะดวกสบาย ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ให้ปรับคำว่า ไม่สะดวกสบาย ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเสนอแนะว่า คำว่าฉันจะรู้สึกไม่สะดวกสบาย คืออะไร คือทางกาย หรือ ทางจิตใจ สรุปตัดข้อคำถามออก

10.ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันจะรู้สึกหวาดกลัว ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับเป็นฉันรู้สึกกลัว ปรับแก้เป็น ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกกลัว

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก และด้านลบได้เท่ากับ .86 เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ Taylor et al (2005) ให้มีความเฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาคใต้ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเป้าหมายกำกับพฤติกรรม ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ ยากมาก ยาก ไม่แน่ใจ ง่าย และง่ายมาก

การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ตอบแบบคำถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ยากมาก	เท่ากับ	1 คะแนน
ยาก	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
ง่าย	เท่ากับ	4 คะแนน
ง่ายมาก	เท่ากับ	5 คะแนน

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ของคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 6 – 30 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกว่าการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้นมีความง่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และมาตรวัด หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจะพิจารณาการตัดข้อคำถามบางหัวข้อออกเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา 5 ท่านประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการประจำคลินิกความดันโลหิตสูง 2 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณา

ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ (Polit and Beck,2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler,1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536)

โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.00

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.สำหรับฉันการลด หรือควบคุมความดันโลหิต เป็นเรื่องที่.....ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะควรปรับตัวเลือก ยากเล็กน้อย ปรับแก้ตัวเลือกข้อคำถาม จากยากเล็กน้อยเป็น ไม่แน่ใจ ในทุกข้อคำถามของแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .67 เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ Taylor et al (2005) ให้มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาคใต้ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเป้าหมายกำกับพฤติกรรม ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) ครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตทั้ง 5 ด้าน รวม 26 ข้อประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการรับประทาน 8 ข้อ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ พฤติกรรมด้านการรับประทานยา 5 ข้อ พฤติกรรมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อยครั้งหรือนานๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเลย

ผู้ตอบแบบคำถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	เท่ากับ	1 คะแนน

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ของคะแนนพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ 26 – 104 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงหมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมต่อการควบคุมความดันโลหิตในอดีต (ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา) ที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และมาตรวัด หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจะพิจารณาการตัดข้อคำถามบางหัวข้อออก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แล้วจึงนำแบบสอบถามไป

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการประจำคลินิกความดันโลหิตสูง 2 ท่าน โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ (Polit and Beck,2004)

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler,1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536)
โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ .95

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาษาและการใช้คำให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.ด้านการรับประทานอาหาร ปรับ 4 ข้อ คือ ข้อ 2 ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกกะทิ เช่น กล้วยบวชชี ขนมบัวลอย ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ข้อคำถามควรครอบคลุมประเภทอาหารพื้นบ้านตามบริบท เช่น ควรเพิ่ม ขนมจีนน้ำยา และอาจยกตัวอย่าง ที่เป็นอาหารคาวด้วย เช่นแกงกะทิ ปรับแก้เป็น ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกกะทิ เช่น กล้วยบวชชี ขนมบัวลอย ขนมจีนน้ำยา แกงกะทิ ข้อ 3 ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกไขมันสัตว์ เช่น หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ควรรวมถึงอาหารประเภททอด เช่นปอเปี๊ยะทอด ขนมปังชุบแป้งทอด และหากเป็นกลุ่มตัวอย่างคนภาคใต้ ที่นับถือศาสนาอิสลาม อาจต้องปรับรายชื่ออาหารที่เป็นตัวอย่างให้เหมาะสมกับบริบทชาวมุสลิม ปรับข้อคำถาม คือ ท่านลด หรือ

หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจำพวกอาหารประเภททอด เช่น ปอเปี๊ยะทอด ขนมปังชุบแป้งทอด ข้อ 5 ท่านไม่เติมน้ำปลา หรือซีอิ้วลงในอาหารที่รับประทาน ปรับแก้เป็นท่านไม่เติมน้ำปลา / ซีอิ้ว หรือเครื่องปรุงรส เช่น ผงชูรสลงในอาหารที่รับประทานและเพิ่มข้อคำถาม ท่านพยายามปรุงอาหารสุขภาพรับประทานเอง ข้อ 6 ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้มากขึ้น ปรับแก้เป็นท่านรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้เพิ่มขึ้น

2. ด้านการออกกำลังกายปรับ 3 ข้อ คือข้อ 8 ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ หรือเดินเร็ว หรือกายบริหาร ปรับข้อคำถามตามข้อชี้แนะของมติจริยธรรม เป็นท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือกายบริหาร ข้อ 9 ท่านเลือกเดินแทนการขึ้นรถหากระยะทางไม่ไกลเกิน ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ น่าจะเปลี่ยนเป็น การใช้รถแทน ปรับแก้เป็นท่านเลือกเดินแทนการใช้รถหากระยะทางไม่ไกลเกิน ข้อ 10 ท่านเลือกเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน สรุป ตัดข้อคำถามออกตามมติจริยธรรม

3. **ด้านการจัดการกับความเครียด ปรับ** 2 ข้อ คือ ข้อ 11 เมื่อมีความเครียด ท่านมีการเผชิญและมีการจัดการกับความเครียด ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ เข้าใจยาก อาจปรับเป็น เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลาย/ลดความเครียด ปรับแก้เป็น เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลาย/ลดความเครียด ข้อ 12 ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีนั่งสมาธิ หรือออกกำลังกาย หรือพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้าน เพิ่มข้อคำถามเป็น ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีนั่งสมาธิหรือปฏิบัติศาสนกิจ ,ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการออกกำลังกาย,ท่านจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้านตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ด้านการรับประทานยา ปรับ 2 ข้อ คือ ข้อ 15 ท่านไม่ลดปริมาณยาหรือหยุดยาโรคความดันโลหิตสูงเอง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ อาจปรับให้เป็นความหมายเชิงลบ เพื่อให้มีสัดส่วนของข้อความทั้งเชิงบวกและลบ ปรับแก้เป็นท่านปรับปริมาณยาหรือหยุดยาโรคความดันโลหิตสูงเอง ข้อ 16 ท่านไม่ซื้อยาโรคความดันโลหิตสูงรับประทานเองจากร้านขายยา ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ควรเพิ่มรวมถึงไม่ยืมยาผู้อื่นรับประทาน และอาจปรับให้เป็นความหมายเชิงลบ เพื่อให้มีสัดส่วนของข้อความทั้งเชิงบวกและลบ ปรับแก้เป็นท่านซื้อยาโรคความดันโลหิตสูงรับประทานเองจากร้านขายยา และเพิ่มข้อคำถาม ท่านยืมยาโรคความดันโลหิตสูงผู้อื่นรับประทาน

5. ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปรับ 2 ข้อ คือ ข้อ 18 ท่านหลีกเลี่ยง ลด หรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือ ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน ในรายที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ปรับแก้เป็น ท่านหลีกเลี่ยง ลด หรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือ ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน หากท่านไม่ดื่มแอลกอฮอล์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อ 19 ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการรับประทานอาหารให้พอดีกับความต้องการ

ของร่างกาย ลดอาหารพวกไขมัน และอาหารที่มีโซเดียมสูง ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ควรปรับเป็นอาหารที่มีเกลือ/ โซเดียมสูง ควรเพิ่มการออกแรง- ออกกำลัง ในชีวิตประจำวันมากขึ้น และควรแยกเป็นข้ออื่นต่างหาก ปรับแก้และเพิ่มข้อคำถามเป็น ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการรับประทานอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการ ลดอาหารพวกไขมันและแป้ง ท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการลดรับประทานอาหารที่มีเกลือ/โซเดียมสูง และท่านควบคุมน้ำหนักตัวโดยการออกแรง- ออกกำลัง ในชีวิตประจำวันมากขึ้น

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92 เมื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจนครบ 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี่ และ โรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในแต่ละวัน โดยเก็บข้อมูลแบบคนเว้นคนหากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยขณะตอบแบบสอบถาม ได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลระดับความดันโลหิตและน้ำหนัก ได้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีการวัดและชั่งในปัจจุบัน ส่วนสูงได้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยครั้งล่าสุดที่ผู้ป่วยมารับบริการ ทั้งนี้ข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงเหล่านี้ต้องไม่เกิน 12 เดือนนับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ตามนัดครั้งสุดท้าย ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และทำการสัมภาษณ์ในรายที่จำเป็น เช่น ผู้ที่สายตาไม่ปกติอ่านหนังสือไม่ชัดเจน

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่เสร็จสมบูรณ์โดยมีกิจกรรมอื่นที่ต้องทำก่อน เช่น ได้รับการเรียกเข้าไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา ก็ให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมเสร็จ

7. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

8. ดำเนินการเช่นเดียวกันในข้อ 3 ถึงข้อ 8 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดคือ 260 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรอปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยระหว่างตอบคำถามถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของแพทย์ พยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่าง เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 โรงพยาบาล จำนวน 260 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	17.30
หญิง	215	82.70
อายุ		
30-39 ปี	10	3.80
40-49 ปี	95	36.50
50-59 ปี	155	59.60
อายุเฉลี่ย 51 ปี (SD = 5.98)		
สถานภาพสมรส		
โสด	19	7.30
คู่	211	81.20
หม้าย/หย่า	24	9.20
แยกกันอยู่	6	2.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	227	87.30
มัธยมศึกษา/ปวช.	30	11.50
อนุปริญญา/ปวส.	3	1.20
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกรรม	167	64.20
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	58	22.30
พนักงานเอกชน	4	1.5
อื่นๆ	31	11.9

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 82.70 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.60 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ81.20 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 87.30 และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 64.20

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยด้วย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่ลำพัง	6	2.30
2 คน	23	8.80
3 คน	13	5.00
4 คน	105	40.40
5 คน	43	16.50
6 คน	48	18.50
8 คน	8	3.10
9 คน	14	5.40
จำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4 คน (SD =1.72)		
การพักอาศัย		
อยู่ลำพัง	6	2.30
คู่สมรส	33	12.70
บุตร	8	3.10
หลาน	8	3.10
คู่สมรสและบุตร	111	42.70
คู่สมรสและหลาน	22	8.50
คู่สมรส บุตรและหลาน	30	11.50
คู่สมรส หลาน และบิดา	13	5.00
คู่สมรส หลาน และพี่หรือน้อง	4	1.50
บุตร หลาน และพี่หรือน้อง	14	5.40
พี่หรือน้อง และหลาน	3	1.20
คู่สมรส บุตร และบิดา	2	0.80
บุตร และหลาน	6	2.30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 40.40 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.70

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	132	50.80
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	23	8.80
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง	56	21.50
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง	2	0.80
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ	13	5.00
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคหอบ	23	8.80
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเก๊าท์	7	2.70
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคไทรอยด์	3	1.20
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงและโรคหอบหืด	1	0.40
น้ำหนัก		
น้อยกว่า 50 กิโลกรัม	21	8.10
51 – 60 กิโลกรัม	71	27.30
61 – 70 กิโลกรัม	86	33.10
71 – 80 กิโลกรัม	32	12.30
มากกว่า 81 กิโลกรัม	50	19.20
น้ำหนักเฉลี่ย 67.4 ก.ก. (SD= 11.63)		
ส่วนสูง		
น้อยกว่า 150 เซนติเมตร	46	17.70
151 - 155 เซนติเมตร	62	23.80
156 - 160 เซนติเมตร	73	28.10
161 - 165 เซนติเมตร	52	20.00
166 - 170 เซนติเมตร	22	8.50
171 - 175 เซนติเมตร	2	0.80
มากกว่า 175 เซนติเมตร	3	1.20
ส่วนสูงเฉลี่ย 157 เซนติเมตร (SD=6.90)		

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 50.80 มีน้ำหนักเฉลี่ย 67.4 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157เซนติเมตร

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกตาม ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (n = 260)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
1 ปี	70	26.90
2 ปี	93	35.80
3 ปี	30	11.50
4 ปี	17	6.50
5 ปี	31	11.90
6 ปี	12	4.60
14ปี	3	1.20
14.1-15 ปี	4	1.50
เวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วย 2.8 ปี (SD=2.50)		
ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด		
SBP < 120 , DBP < 80 mmhg	28	10.80
SBP 120-139 ,DBP 80-89 mmhg	123	47.30
SBP 140-159,DBP 90 -99 mmhg	96	36.90
SBP ≥ 160 , DBP ≥100 mmhg	13	5.00
ค่าเฉลี่ย SBP = 136 mmhg (SD= 3.10)		
ค่าเฉลี่ย DBP = 89 mmhg (SD= 2.84)		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคือ 2.8 ปี และมีค่าเฉลี่ย SBP = 136 mmhg ,ค่าเฉลี่ย DBP = 89 mmHg

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (n = 260)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
เจตคติ	.32	p=.000
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.01	p=.410
อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก	.42	p=.000
อารมณ์ที่คาดหวังด้านด้านลบ	.08	p=.086
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.53	p=.000
พฤติกรรมในอดีต	.75	p=.000

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เรียงลำดับความสัมพันธ์จากสูงไปต่ำดังนี้คือ พฤติกรรมในอดีต (r = .75) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (r = .53) อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก (r = .42) เจตคติ(r = .32) อย่างไรก็ตามพบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ (r = .08) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (r =.01) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

ส่วนที่ 3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression coefficient) จากปัจจัยด้าน เจตคติในการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ตัวแปรทำนาย ลำดับที่	**R**	**R^2**	**R^2 Change**	**F**	**p – value**
1 พฤติกรรมในอดีตต่อการควบคุมความดัน โลหิต	.750	.563	.561	332.198	.000
2 พฤติกรรมในอดีตต่อการควบคุมความดันโลหิตและเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต	.763	.582	.21	11.707	.001
F =11.70 (p <.05)					

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปร 2 ตัวแปร คือพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต และเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ร้อยละ 58.2

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรด้าน เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise multiple regression (n= 260)

ตัวแปรทำนาย	b	$S.E_b$	β	t	p – value
1. พฤติกรรมในอดีต	.45	.03	.75	18.23	.001
2. เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต	.273	.08	.14	3.42	.001
Constant	31.86	2.80	-	11.36	.001
F =11.70 (p <.01) R^2 = .582					

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่มีนำหนักในการทำนายสูงสุด คือ พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .75 รองลงมาคือ เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .14 ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .76 (R= .76) ทั้งนี้ตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .05 อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.09 อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .01 และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .09 ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P > .05)

โดย สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$Y_{\text{พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต}}$ = 31.86 +.45 (พฤติกรรมในอดีต) + .27 (เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต}}$ = .75 (พฤติกรรมในอดีต) +.14 (เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมในอดีต กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคใต้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

สมมติฐานการวิจัย

1. เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้
2. อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้
3. เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับ ทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 11 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี และโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา รวมจำนวน 260 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากมา 3 โรงพยาบาลโดยสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละโรงพยาบาล โดยเลือกเก็บข้อมูลแบบคนเว้นคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ชุดได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4) แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5) แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 7) แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4, 5, 6 และส่วนที่ 7 มีค่าเท่ากับ .74, .67, .89, .86 ,.67, .92 จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4, 5, 6 และส่วนที่ 7 มีค่าเท่ากับ .70, .74, .80, .88, .80 และ .91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Regression coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 82.70 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 87.30 และมีอาชีพเป็นเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 64.20 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน พบเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.40 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.70 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 50.80 และมีน้ำหนักเฉลี่ย 67.4 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 151 เซนติเมตร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2.8 ปี ค่าเฉลี่ย ค่าระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุดที่ตรวจ SBP 136 และ DBP 89 mmHg

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เรียงลำดับความสัมพันธ์จากสูงไปต่ำดังนี้ คือ พฤติกรรมในอดีต (r = .75) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (r = .53) อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก (r = .42) เจตคติ(r = .32) อย่างไรก็ตามพบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ (r = .08) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (r =.01) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .75 รองลงมา คือ เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .14 ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 57.9 สามารถสร้างสมการทำนายได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$Y_{\text{พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต}}$ = 31.86 +.45 (พฤติกรรมในอดีต)
+ .27 (เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต}}$ = .75 (พฤติกรรมในอดีต) + .14
(เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมในอดีต กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .32$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed behavior) ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter กล่าวว่าเจตคติเป็นความรู้สึกทางบวกหรือลบของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior หรือ AB) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนมีความรู้สึกทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้นๆ จัดได้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรม (AB) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้าม หากมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward the behavior) และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น เจตคติต่อพฤติกรรมมี 2 แบบ ได้แก่ เจตคติทางบวกต่อพฤติกรรม และเจตคติทางลบต่อพฤติกรรม เจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกเชื่อในความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต เชื่อว่าหากมีการควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้องและครอบคลุมจะทำให้สามารถควบคุมและลดความดันโลหิตสูงได้ (Taylor et al ,2005 ; Khatib, El-Guindy, 2005) เจตคติทางลบต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต คือการที่ผู้ป่วยมีการต่อต้านพฤติกรรม การกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .32$, $p < .05$ การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็จะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\overline{X}$ =77.82, SD = 7.58) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เป็นโรคที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ มีการรณรงค์ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยรู้สึกดี ต่อการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็จะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั่นเอง ทั้งนี้จากการวิเคราะห์รายข้อ เช่น การที่ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังหมู หนังไก่ ทำให้ท่านรู้สึก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบ พอใจปานกลางพบร้อยละ31 การที่ต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตให้ถูกต้องโดยรับประทานยาที่แพทย์สั่งตรงตามเวลาครบทุกมื้อ และไม่ลดปริมาณยาหรือหยุดยาเอง ทำให้ท่านรู้สึก...ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตอบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องการศึกษาของ Baghianimoghadam et. Al, (2011) ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า เจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลในการความพยายามควบคุมและลดความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และทำให้ความดันโลหิตลดลง และการศึกษาของ Taylor et. Al, (2005) พบว่า เจตคติ

ทางบวกต่อการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เจตคติทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(r = .01, p > .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายได้ตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed behavior) ของBagozzi, Baumgartner and Pieter ว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่าคนที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้น หรือต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรจะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น หากบุคคลที่มีความสำคัญกับเขา มีการปฏิบัติ และบอกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มความรู้สึกว่าเขาควรจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเช่นกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et. al. (2011) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย คือมีอายุ ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 59.60) ซึ่งมีความคิด ความเชื่อเป็นของตนเอง แม้ว่า พ่อ แม่ ญาติพี่น้องบอกกล่าวให้ควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การรับประทานยาที่ถูกต้อง หรือแม้แต่การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ก็ไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ผลจาการศึกษา พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (r = .42, p < .05) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายได้ตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal

Directed behavior) ของBagozzi, Baumgartner and Pieter ว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก (Positive anticipate emotion) เป็นความรู้สึกด้านบวก หรือความรู้สึกที่น่ายินดี เป็นความพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et. Al. (2005) พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) ที่พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นั่นคือ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีแรงจูงใจที่จะควบคุมความดันโลหิตมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมตามที่คาดหวังมากขึ้นเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่า หากผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตก็จะทำให้ตนเองมีความรู้สึกที่ดีในการกระทำพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตนั้น

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลจาการศึกษา พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .08$, $p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายได้ตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed behavior) ของBagozzi, Baumgartner and Pieter ว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ (Negative anticipate emotion) เป็นประสบการณ์ ความล้มเหลวของเป้าหมายที่บุคคลคาดหวังไว้ เป็นสิ่งที่ถือว่ารุนแรงและน่าวิตก มีผลต่อการกระทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยจะไม่กระทำพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองเกิดความล้มเหลว หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบต่ำ จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและต่อเนื่อง แต่หากมีอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบสูงแสดงว่าตนเองไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ประสบความสำเร็จก็จะทำให้การมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก ดังนั้นอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงโดยการพยายามให้มากขึ้นเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาศึกษาเป็นกลุ่มเฉพาะ (Selected

group) และอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น หรือตัวแปรอื่น ที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของTaylor et al (2005) พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่า อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการความคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น

1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .53$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายได้ตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed behavior) ของBagozzi, Baumgartner and Pieter ว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าบุคคลเชื่อว่า มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้และสามารถควบคุมให้เกิดผลดังตั้งใจ เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อการจะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าเป็นการง่ายที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าการควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตเป็นสิ่งที่ง่ายตนสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ มีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง มีการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง รวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงเช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดี หรือรู้สึกว่าการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้นมีความง่าย ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้นเช่นกัน

1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .75$ $p < .01$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุ พฤติกรรมในอดีต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายได้ตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed behavior) ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter ว่า พฤติกรรมในอดีต (Past behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เคยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนพัฒนาเป็นพฤติกรรมเคยชิน ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นกิจวัตรนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้จากการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ผ่านมาของตนเอง ซึ่งความรู้สึกจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ฉะนั้นหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอดีตหากเคยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงก็จะส่งผลยังพฤติกรรมในปัจจุบันนั้นด้วย อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตเป็นการประเมินพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและการประเมินพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตเป็นการประเมินพฤติกรรมในช่วง 3 เดือนก่อนมา จึงอาจมีความคาบเกี่ยวของช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมทั้งสองพฤติกรรม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam et al (2011) พบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน นั่นแสดงว่าเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาและได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดีและส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีในการควบคุมความดันโลหิตในอดีตเพิ่มขึ้น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .75 รองลงมาคือ เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .14 ตัวแปรทั้ง สองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 58.20 (R^2 = .582) โดยตัวแปรพฤติกรรมในอดีต เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งถูกคัดเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 56.30 (R^2 = .563) และตัวแปรเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอันดับที่สอง ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในอดีตที่เหมาะสม และมีเจตคติที่ดีต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดีเช่นกัน

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในอดีตที่ดี และมีเจตคติที่ดีต่อการควบคุมความดันโลหิตจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเคยมีประสบการณ์ในดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวตามแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม Bagozzi, Baumgartner and Pieter (1998) เห็นว่าการจะบรรลุถึงเป้าหมายของพฤติกรรม การที่บุคคลเมื่อใคร่ครวญที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเป้าหมายใดๆนั้นขึ้นอยู่กับการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ สำเร็จหรือไม่สำเร็จ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในอดีต (Past behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เคยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนพัฒนาเป็นพฤติกรรมเคยชิน ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นกิจวัตรนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior หรือ AB) ว่าตนมีความรู้สึกทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้นๆ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้าม หากมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward the behavior) และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (Intention) จึงแสดงออกโดยการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al (2005) พบว่า

พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ Baghianimoghadam et al. (2011) พบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเจตคติทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต และเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ได้ร้อยละ 58.20 ซึ่งสนับสนุนแบบแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรม (Model of Goal Directed behavior) ของ Bagozzi, Baumgartner and Pieter เหลืออีกร้อยละ 41.80 ที่อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นซึ่งควรที่จะศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในอดีต และเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดี ควรมีการคำนึงถึงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในอดีต และเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน โดยการจัดโปรแกรมสุขภาพโดยใช้ตัวแปรดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลอง โดยมีการพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเรียนรู้พฤติกรรมของตนเองในอดีต และเจตคติของตนเอง

2. ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรวมถึงการสนับสนุน และส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง อย่างยั่งยืนและมีความเหมาะสมตามสภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2555). สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (ออนไลน์).แหล่งที่มา http://www.ddc.moph.go.th/pnews/ showimgdetil.php? id= 581 (2555, พฤษภาคม7)

จิตติพร จันทรัตน์.(2554).การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จารุวรรณ ภู่สาลี. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเต้นแอโรบิกแบบมวยไทยต่อความดันโลหิตและดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์,บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรวรรณ ชัยวิศิษฎ์. (2547). แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จำเริญ แสงดวงแข. (2523). โลกทรรศน์ชาวไทยภาคใต้ที่ปรากฏในเพลงกล่อมเด็ก. กรุงเทพฯ : กรุงสยามการพิมพ์.

ชลการ ชายกุล. (2557).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดวงเดือน เที่ยงสันเทียะ. (2543). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. ใน ศุภวรรณ มโนสุนทร และ ฉายศรี สุพรศิลปชัย (บรรณาธิการ), หนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต เล่มที่ 7 (หน้า 1-15). นนทบุรี: ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนา

วิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา. (2549).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มัทนา ประทีปะเสน, และวงเดือน ปั้นดี. (2542). อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจิรา สัมมะสุด. (2543). หลักการปฏิบัติด้านโภชนศาสตร์.กรุงเทพฯ : ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

วิไล พัววิไล, และ ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2547). Hypertension 2004 preserve target organ damagefrom hypertension. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

วีรนุช รอบสันติสุข. (2548). การลดการกินเค็มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.กรุงเทพฯ : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศุภวรรณ มโนสุนทร, และ ฉายศรี สุพรรณศิลป์ชัย. (2542ข). อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี:

ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

สุพรรณ ชูชื่น. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2545). ความดันโลหิตสูง.ใน สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (บรรณาธิการ), ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 407-415). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2547). ความดันเลือดสูง :ภัยเงียบยุคใหม่. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

สมจิต หนุเจริญกุล ,และ อรสา พันธ์ภักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง :ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมจิต หนุเจริญกุล, และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง.ใน สมจิต เจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3,หน้า 129161). กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2555). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป.

สายพิณ โชติวิเชียร. (2548). โรคความดันโลหิตสูง.กรุงเทพฯ : กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554) (ออนไลน์).แหล่งที่มา http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/Statistical%20 Thailand% 202011/2.9.pdf

เสาวณีย์ ศรีติระกุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณ ธรากุล, โพยม บัลลังโพธิ์, และ อุษา เภานิบล. (2542).ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์,29(1),49-58.

อินทิรา ปัทมินทร. (2542). คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง.(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อรนุช พงษ์สมบูรณ์.(2552)โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชนจังหวัดนครปฐม.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพ โสรัจจะพันธ์. (2536). งานวิจัยเรื่องอาหารท้องถิ่นภาคใต้.สงขลา: ภาควิชาเคหะกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏสงขลา.

ภาษาอังกฤษ

Baghianimoghadam M, Aivazi S, Mzloomy SS, Baghianimoghadam B (2011).Factors in relation with self – regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city. Journal of Medicine and Life, 30 - 35.

Bagozzi RP, Baumgartner H, Pieters R. (1998).Goal–directed emotion.Cognition and Emotion.12:1-16.

Bittner, V., &Oparil, S. (2002).Hypertension. In P. S. Duglas (Ed.), Cardiovascular health and disease in woman (2nd ed., pp. 93-130). Philadelphia: W.B. Sauders.

Black, H. R., Bakris, G. L., & Elliot, W. J. (2001).Hypertension: Epidemiology, diagnosis and treatment. In V. Fuster, R. W. Alexander, & R. A.O'Rourke (Eds.), The heart (10th ed., pp. 1553-1594). USA: The McGraw-Hill.

JNC 7, (2003).New Hypertension Guidelines: JNC 7. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure .From http://general - medicine.jwatch. org/cgi/ content/ full/2003/ 530/1

Kaplan, N. M. (1998). Hypertension in the population all large, treatment of hypertension nondrug therapy. In N.M. Kaplan, Clinical hypertension (7th ed.).

Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Kaplan, N. M. (2002). Kaplan's clinical hypertension (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kaplan, N. M. (2006). Kaplan's clinical hypertension (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Khatib MN O, EI-Guindy SM. (2005).Clinical guidelines for the management of hypertension. World Health Organization Regional offerfor the Eastern Mediterranean.

Mcclendon, T. Brain. & Steven Prentice-Dunn. (2001). Reducing Skin Cancer Risk: An Intervention Based on Protection Motivation Theory. Journal of health Psychology, 6(3)326.

Mc Cance, K.L., &Huether, S.E. (Ed.). (2006). Pathophysiology: The biologic basis in adult and children. (5th ed.). Missouri: Elsevier.

McKinlay, A.,Couston, M., and Cowan, S. 2001. Nurses' behavioural intention towards Self - poisoning patients: A theory of reasoned action, comparison of attitudes and subjective norms as predictive variables. Journal of Advanced Nursing 34(1): 107-116.

Murabito, J.M. (1995). Women and cardiovascular disease: Contribution from the Framingham Heart Study. Journal of the American Medical Association, 50(2), 36-40.

Ronald, C.P. & Nick, H. (1995).Predicting Low-Fat Diet. Intention and Behaviors for the evention of Coronary Heart Disease : An Application of Protection Motivation Theory Among an Australian Population. Psychology & Health, 10(5), 397-408.

Singh RB., et al. (1992). Effect of guava intake on serum total and HDL cholesterol levels and systemic blood pressure. American Journal of Cardiology.pp.1289-1291.

Taylor SD, Bagozzi RP, GaitherCA (2005).Decision making and effort in self – regulation of hypertension:Testing two competing theories. British Journal of Health Psychology :10(4):505-526.

Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. นายชาญกิจ วัฒนไวฑูรย์ชัย	แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา
2. นางอรทิพย์ เอ่งฉ้วน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกระบี
3. รศ.ดร.นพวรรณ เปียซื่อ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล	ผู้ชำนาญการพิเศษการพยาบาลสาขา ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/1277

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภัสสร โชคไพศาล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเขตภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 56 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวประภัสสร โชคไพศาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0–2218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวประภัสสร โชคไพศาล โทร. 084-690-2011

ที่ ศธ 0512.11/ 1277

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภัสสร โชคไพศาล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเขตภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 121 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวประภัสสร โชคไพศาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0–2218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวประภัสสร โชคไพศาล โทร. 084-690-2011

ที่ ศธ 0512.11/1277

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภัสสร โชคไพศาล นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในเขตภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 112 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวประภัสสร โชคไพศาล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 0-2218-1159
ชื่อนิสิต	นางสาวประภัสสร โชคไพศาล โทร. 084-690-2011

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 1009
ว.ด.ป. 9 ก.ย. 57
เวลา 13.45 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว528/57 **วันที่** 27 สิงหาคม 2557

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 042.1/57 เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ (FACTORS PREDICTING BLOOD PRESSURE SELF-REGULATION BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE SOUTHERN REGION) **ของ นางประภัสสร วรากรสิริ**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 121/2557

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 042.1/57 : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

ผู้วิจัยหลัก : นางประภัสสร วรากรสิริ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 20 สิงหาคม 2557 **วันหมดอายุ** : 19 สิงหาคม 2558

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 042.1/57
วันที่รับรอง 20 ส.ค. 2557
วันหมดอายุ 19 ส.ค. 2558

เงื่อนไข

1. *ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ*
2. *หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องชุดิ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย*
3. *ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด*
4. *ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) **เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น***
5. *หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ*
6. *หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ*
7. *โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น*

AF 05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

เลขที่โครงการวิจัย 042.1/57
วันที่รับรอง 20 ส.ค. 2557
วันหมดอายุ 19 ส.ค. 2558

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดโครงการศึกษาวิจัย จากผู้วิจัย ชื่อ นางประภัสสร วรากรสิริ ที่อยู่ที่ติดต่อ เลขที่ 63 หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ 81160 นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 089 – 2168192 เกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ของโครงการวิจัยนี้ ซึ่งใช้เวลาในการเข้าร่วมโครงการประมาณ 30 นาที โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในเวลาใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(นางประภัสสร วรากรสิริ)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

(FACTORS PREDICTING BLOOD PRESSURE SELF-REGULATION BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE SOUTHERN REGION)

ชื่อผู้วิจัย นางประภัสสร วรากรสิริ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลายพระยา เลขที่ 63 อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ 81160 โทรศัพท์ที่ทำงาน 075-687454 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-2168192

E-mail: prapassorn.chock@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พฤติกรรมในอดีต และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

4. *รายละเอียดของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมการวิจัย*

- *ลักษณะกลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลระดับ ทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3โรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษา ดังนี้*

เลขที่โครงการวิจัย 042.1/57

วันที่รับรอง 20 ส.ค. 2557

วันหมดอายุ 19 ส.ค. 2558

1.มีอายุระหว่าง 18-59 ปี

2.ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี

3.การรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยการสอบถามชื่อของผู้ป่วย สถานที่ และเวลา สามารถพูดและสื่อสารอ่านภาษาไทยเข้าใจ

เลขที่โครงการวิจัย 042.1/57
วันที่รับรอง 20 ส.ค. 2557
วันหมดอายุ 19 ส.ค. 2558

4.ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย

- จำนวนกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลชิระภูเก็ตจำนวน 121 คน โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 82 คน และโรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา จำนวน 56 คนรวมทั้งหมด 259 คน
- คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีทั้งหมด 11 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลชิระภูเก็ต โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลนราธิวาส ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากมา 3 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงา เลือกเก็บข้อมูลแบบคนเว้นคนหากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จากแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากแต่ละสถานที่ตามสัดส่วนของประชากรดังนี้ โรงพยาบาลชิระภูเก็ตจำนวน 121 คน โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 82 คน และโรงพยาบาลตะกั่วป่าจังหวัดพังงาจำนวน 56 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติในการเข้าศึกษา 259 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเข้าใจอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในช่วงขณะรอแพทย์ตรวจ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ถามถึง

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองทั้ง 5 ด้าน ด้านการรับประทาน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับประทานยา และด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต

แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต

แบบสอบถามเกี่ยวกับอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ

แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 7 ส่วน โดยใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที

6.กระบวนการให้ข้อมูลแก่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง เข้าไปแนะนำตัว และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

6.2 ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถาม ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และลงนามเพื่อแสดงความยินยอมในเอกสารเข้าร่วม/มีส่วนร่วมในการวิจัย

7.ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คัดกรองตามคุณสมบัติ ดังนี้1.มีอายุระหว่าง 18-59 ปี 2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี 3.การรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยการสอบถามชื่อของผู้ป่วย สถานที่ และเวลา สามารถพูดและสื่อสารอ่านภาษาไทยเข้าใจ 4. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำต่อไป

8.การใช้เวชระเบียน

โครงการวิจัยนี้ดูข้อมูลจากเวชระเบียนเพียงบางส่วนเท่านั้น คือ ประวัติความดันโลหิต และส่วนสูงของผู้ป่วยในปัจจุบัน ซึ่งได้รับการอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

9.โครงการวิจัยนี้เป็นการสำรวจและตอบแบบสอบถามผู้วิจัยคาดว่าจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10.ข้อมูลที่ได้ในการเข้าร่วมวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทาง ในการพัฒนาแนวทางการจัดกระทำเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆจากโรคความดันโลหิตสูง

11.การเข้าร่วมวิจัยของท่านเป็นไปโดยความ**สมัครใจ**และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาของผู้เข้าร่วมการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย 042.1/57
วันที่รับรอง 20 ส.ค. 2557
วันหมดอายุ 19 ส.ค. 2558

12. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษต่อการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

*13.ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน*

14. การเข้าร่วมการวิจัยไม่มีค่าเสียเวลา

15. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8247 E –mail : eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย 042.1/57
วันที่รับรอง 20 ส.ค. 2557
วันหมดอายุ 19 ส.ค. 2558

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมในอดีตกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 7 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Chulalongkorn University

HN.....โรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ลงใน ( ) เพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย / หย่า ( ) แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
   ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา
   ( ) มัธยมศึกษา / ปวช. ( ) อนุปริญญา / ปวส.
   ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน
   ( ) เกษตรกรรม ( ) ธุรกิจส่วนตัว /ค้าขาย
   ( ) พนักงานเอกชน ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
7. ท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ( ) คู่สมรส ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) อื่นๆ ระบุ.....
8. ท่านมีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง
   ( ) อื่นๆ ระบุ.....
9. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
10. ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง..... ปี (ครั้งล่าสุด)
11. ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ..... มิลลิเมตรปรอท (จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของท่าน เพื่อต้องการทราบถึง**การปฏิบัติตัวของท่านในขณะที่ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา** เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อยครั้งหรือนานๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมความดันโลหิต ที่ครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและงดอาหารที่มีโซเดียมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ข้อคำถาม	คำตอบ			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การรับประทาน 1. ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ข้าวยำ บูดู แกงไตปลา (แกงพุงปลา) ปลาเค็ม				
2.				
8. ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้เพิ่มขึ้น				
การออกกำลังกาย 9. ท่านลดและควบคุมน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย				
11.				
การจัดการกับความเครียด 12. เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลาย/ลดความเครียด				
15.				
การรับประทานยา 16. ท่านไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลอื่น				
20.....				
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 21. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เช่น ไม่พกบุหรี่ติดตัว ไม่รับบุหรี่จากคนอื่น ไม่สูบบุหรี่ ลดจำนวนบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่				
26.....				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเกี่ยวกับเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตของท่าน เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ว่า**หากท่านกระทำพฤติกรรมในข้อนั้นๆ ในช่วง4 สัปดาห์ข้างหน้าแล้วท่านมีความรู้สึกอย่างไร**โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียว

เจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต หมายถึงความรู้สึกทางบวกหรือลบของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เป็นความรู้สึกสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

ข้อคำถาม	คำตอบ				
	พอใจมากที่สุด	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	พอใจเล็กน้อย	ไม่พอใจเลย
1. การที่ท่านต้องลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ข้าวยำ บูดู แกงไตปลา (แกงพุงปลา) ปลาเค็ม ทำให้ท่านรู้สึก.....					
2.					
3.....					
9. การที่ท่านต้องคุมน้ำหนักด้วยการรับประทานให้พอดีกับความต้องการ งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูงทำให้ท่านรู้สึก.....					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต โดย**ต้องการทราบว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของท่านมากน้อยเพียงใด**เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้ว กรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความมากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้น

ข้อคำถาม

1. ฉันคิดว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับฉัน เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้องมีผลทำให้ฉันควบคุมการรับประทานอาหารได้

( ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ) เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. ฉันคิดว่า.....

( ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ) เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. ฉันคิดว่า.....

( ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ) เห็นด้วย ( ) ไม่แน่ใจ ( ) ไม่เห็นด้วย ( ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเกี่ยวกับอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียว โดยให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ว่า**หากท่านประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิตในช่วง 4 สัปดาห์ข้างหน้า ท่านจะรู้สึกอย่างไร**ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึกด้านบวก หรือความรู้สึกที่น่ายินดี เป็นความพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของตนเองหากตนเองประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตในอีก 4 สัปดาห์ข้างหน้า

อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึกด้านลบ หรือความรู้สึกผิดหวังของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากตนเองไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิต หรือล้มเหลวในเป้าหมายที่คาดหวังไว้ ในอีก 4 สัปดาห์ข้างหน้า

ข้อคำถาม	คำตอบ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกในการควบคุมความดันโลหิต 1. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกยินดี					
2.					
3.					
6. ถ้าหากฉันประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกมั่นใจตัวเอง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อคำถาม	คำตอบ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
อารมณ์ที่คาดหวังด้านลบในการควบคุมความดันโลหิต					
7. ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกโกรธ					
8.					
9.					
14. ถ้าหากฉันไม่ประสบความสำเร็จในการลดความดันโลหิต ฉันรู้สึกหวาดกลัว					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์**เพื่อประเมินเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต** เมื่อท่านได้อ่านหรือฟังคำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียว โดยให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ซึ่งมีความหมายดังนี้

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อการจะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

ข้อคำถาม	คำตอบ				
	ยากมาก	ยาก	ไม่แน่ใจ	ง่าย	ง่ายมาก
1. สำหรับฉันการลด หรือควบคุมความดันโลหิตเป็นเรื่องที่.....					
2.					
6. สำหรับฉัน.....					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบสอบถามส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในอดีตของท่านโดยเป็นการสอบถามถึง**การปฏิบัติตัวของท่านในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเมื่อท่านได้อ่านหรือฟัง**คำถามแล้วกรุณาเลือกคำตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อยครั้งหรือนานๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยกระทำพฤติกรรมในข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิต หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมความดันโลหิต ที่ครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและงดอาหารที่มีโซเดียมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ข้อคำถาม	คำตอบ			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การรับประทาน 1. ท่านลด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ข้าวยำ บูดู แกงไตปลา (แกงพุงปลา) ปลาเค็ม				
2. ท่านลด หรือหลีกเลี่ยง				
8. ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้เพิ่มขึ้น				
การออกกำลังกาย 9. ท่านลดและควบคุมน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย				
11.ท่าน.....				
การจัดการกับความเครียด 12. เมื่อมีความเครียด ท่านจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลาย/ลดความเครียด				
15.ท่าน.....				
การรับประทานยา 16. ท่านไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลอื่น				
20.ท่าน.....				
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 21. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เช่น ไม่พกบุหรี่ติดตัว ไม่รับบุหรี่จากคนอื่น ไม่สูบบุหรี่ ลดจำนวนบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่				
26. ท่าน				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ง
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 11 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n =30)

แบบสอบถาม	ค่า Reliability (n =30)
1. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง	.74
2. แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต	.67
3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต	.89
4. แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	.86
5. แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	.67
6. แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	.92

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n =260)

แบบสอบถาม	ค่า Reliability (n =260)
1. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง	.70
2. แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิต	.74
3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิต	.80
4. แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	.88
5. แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	.80
6. แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	.91

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n =30)

1. **แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.74	26

Item-Total Statistics

แบบสอบถาม	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BFoodQ1	73.9667	66.309	.040	.751
BFoodQ2	74.0667	62.409	.322	.733
BFoodQ3	73.7667	64.944	.164	.743
BFoodQ4	73.3333	60.506	.711	.717
BFoodQ5	73.7333	61.099	.448	.725
BFoodQ6	74.2000	58.234	.454	.722
BFoodQ7	74.0000	53.379	.771	.692
BFoodQ8	74.3333	63.057	.328	.733
BexQ9	74.7000	59.941	.610	.717
BexQ10	74.9000	61.748	.441	.727
BexQ11	74.2333	55.840	.744	.700
BMsQ12	74.0667	63.720	.281	.736
BMsQ13	75.3667	70.516	-.264	.767
BMsQ14	75.3667	68.723	-.134	.760
BmsQ15	75.2333	74.530	-.564	.781
BDrugQ16	73.4000	63.697	.170	.745

BDrugQ17	73.3333	62.092	.536	.725
BdrugQ18	73.3667	68.102	-.090	.761
BdrugQ19	73.4667	68.120	-.091	.761
BdrungQ20	73.3000	68.010	-.084	.760
BfacQ21	73.7000	64.424	.198	.741
BfacQ22	73.4333	62.530	.364	.731
BfacQ23	73.6333	58.033	.682	.709
BfacQ24	73.7333	59.030	.585	.716
BfacQ25	74.1667	64.557	.189	.741
BfacQ26	74.2000	57.752	.584	.713

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
77.0000	67.586	8.22108	26

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.67	9

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
At1	29.4667	13.913	.196	.697
At2	29.7667	14.047	.253	.673
At3	29.0000	13.517	.491	.619
At4	29.1333	14.051	.351	.647
At5	29.3000	13.252	.465	.622
At6	29.2000	12.097	.626	.580
At7	28.4333	17.357	-.132	.709
At8	28.4000	14.593	.308	.656
At9	28.6333	13.413	.653	.598

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32.6667	17.057	4.13007	9

3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.89	6

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SN1	18.9000	8.231	.883	.853
SN2	19.3000	8.493	.575	.906
SN3	19.1000	8.645	.600	.898
SN4	19.2000	8.924	.644	.888
SN5	19.2000	8.855	.826	.866
SN6	18.9667	8.171	.901	.850

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
22.9333	12.064	3.47338	6

4. แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha			N of Items	
.86			14	
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pae1	42.6667	53.471	.224	.865
Pae2	42.7667	54.944	.016	.871
Pae3	42.7000	53.321	.241	.864
Pae4	42.8333	53.316	.236	.864
Pae5	42.7667	55.151	-.012	.872
Pae6	42.9000	56.300	-.164	.876
Nae7	44.8667	45.154	.625	.846
Nae8	44.6333	43.275	.705	.840
Nae9	44.7333	42.340	.818	.832
Nae10	44.7000	43.183	.729	.839
Nae11	44.6667	41.678	.822	.831
Nae12	44.8333	45.523	.646	.845
Nae13	44.8000	43.200	.805	.834
Nae14	45.0333	44.033	.732	.839

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
47.3000	55.321	7.43779	14

5.แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.67	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PBC1	17.2667	7.926	.652	.517
PBC2	17.3667	7.895	.598	.539
PBC3	17.2667	9.030	.523	.578
PBC4	17.3333	10.989	.230	.678
PBC5	16.6000	12.455	.171	.682
PBC6	17.0000	10.759	.212	.690

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
20.5667	13.289	3.64534	6

6. แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.92	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PastBFoodQ1	72.5333	213.637	.543	.916
PastBFoodQ2	72.4333	208.875	.750	.912
PastBFoodQ3	72.4667	212.257	.645	.914
PastBFoodQ4	72.3667	212.378	.772	.913
PastBFoodQ5	72.0000	217.517	.562	.916
PastBFoodQ6	72.6333	199.895	.860	.909
PastBFoodQ7	72.3667	197.344	.930	.908
PastBFoodQ8	72.3000	217.183	.477	.917
PastBex9	72.7000	207.321	.864	.911
PastBex10	72.8000	204.372	.869	.910
PastBex11	73.0667	204.892	.796	.911
PastBms12	72.7000	212.838	.631	.914
PastBms13	73.4667	223.016	.272	.920
PastBms14	73.7667	236.185	-.212	.925
PastBms15	73.4667	243.016	-.449	.929
PastBdrug16	72.3333	240.989	-.269	.932
PastBdrug17	71.5667	222.668	.730	.916

PastBdrug18	71.5667	228.461	.136	.921
PastBdrug19	71.5667	233.013	-.061	.923
PastBdrung20	71.4667	235.223	-.189	.924
PastBfac21	71.8333	214.833	.515	.916
PastBfac22	72.0333	210.378	.582	.915
PastBfac23	72.2333	201.013	.864	.909
PastBfac24	72.4000	201.972	.822	.910
PastBfac25	72.6667	198.989	.905	.908
PastBfac26	72.6000	202.248	.858	.910

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
75.3333	232.230	15.23909	26

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n =260)

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.70	.70	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BeatQ1	74.8077	56.040	.056	.708
BeatQ2	74.8500	54.622	.198	.697
BeatQ3	74.8115	55.744	.103	.704
BeatQ4	74.4769	53.084	.319	.689
BeatQ5	74.6731	53.572	.232	.695
BeatQ6	75.1654	51.861	.321	.687
BeatQ7	74.6538	45.478	.767	.640
BeatQ8	74.8769	51.761	.412	.681
BexQ9	75.3269	50.676	.566	.671
BexQ10	75.4500	51.700	.437	.679
BexQ11	75.0962	48.234	.659	.657
BMsQ12	75.0423	54.929	.207	.697
BMsQ13	76.1000	58.569	-.146	.720
BMsQ14	75.9462	57.318	-.044	.716

BmsQ15	75.6308	60.365	-.255	.736
BDrugQ16	74.2692	56.676	-.020	.719
BDrugQ17	74.1000	55.426	.236	.696
BdrugQ18	74.0615	58.622	-.150	.721
BdrugQ19	74.1577	56.087	.064	.707
BdrungQ20	74.0192	57.641	-.065	.715
BfacQ21	74.5769	53.519	.199	.699
BfacQ22	74.4038	52.836	.280	.691
BfacQ23	74.6000	50.581	.538	.671
BfcaQ24	74.6231	50.097	.586	.668
BfacQ25	74.9615	53.489	.272	.692
BfacQ26	74.8962	48.727	.642	.660

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
77.8231	57.459	7.58017	26

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. แบบสอบถามเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.74	.75	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
At1	29.9346	15.575	.284	.744
At2	30.3038	16.405	.191	.762
At3	29.6885	15.381	.533	.694
At4	29.6577	15.531	.517	.697
At5	29.8615	14.166	.637	.671
At6	29.7846	14.224	.609	.676
At7	29.0885	18.027	.239	.737
At8	29.1000	15.882	.393	.716
At9	29.4423	16.201	.461	.708

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
33.3577	19.250	4.38748	9

3.แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.80	.81	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SN1	19.3385	4.889	.557	.776
SN2	19.5615	5.135	.544	.778
SN3	19.5000	5.517	.387	.814
SN4	19.4115	5.386	.581	.771
SN5	19.4846	5.023	.635	.757
SN6	19.1462	4.967	.707	.742

Chulalongkorn University

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
23.2885	7.140	2.67215	6

4.แบบสอบถามอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวกและด้านลบในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.88	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pae1	44.1808	59.979	.121	.886
Pae2	44.2462	60.240	.078	.887
Pae3	44.1923	59.893	.131	.886
Pae4	44.4231	60.222	.050	.890
Pae5	44.1692	59.716	.160	.885
Pae6	44.3577	61.420	.077	.891
Nae7	46.2731	48.114	.776	.859
Nae8	46.1231	47.946	.773	.860
Nae9	46.1115	46.177	.885	.852
Nae10	46.0154	46.502	.775	.859
Nae11	46.2000	47.442	.852	.855
Nae12	46.2115	48.476	.750	.861
Nae13	46.3577	48.895	.810	.858
Nae14	46.4385	48.880	.754	.861

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
48.8692	61.064	7.81434	14

5.แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.80	.80	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PBC1	17.3808	11.187	.556	.768
PBC2	17.3192	9.979	.742	.717
PBC3	17.2500	10.574	.718	.726
PBC4	17.2692	12.784	.424	.795
PBC5	16.6000	13.886	.427	.796
PBC6	16.9115	11.618	.487	.785

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
20.5462	16.156	4.01947	6

6.แบบสอบถามพฤติกรรมในอดีตในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.91	.91	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PastBeat1	72.9846	173.220	.656	.904
PastBeat2	72.9923	170.880	.820	.901
PastBeat3	73.2692	175.688	.667	.904
PastBeat4	73.1308	175.257	.786	.903
PastBeat5	72.6615	179.422	.550	.906
PastBeat6	73.3231	167.849	.794	.901
PastBeat7	73.0538	162.978	.860	.898
PastBeat8	72.9192	174.963	.567	.906
PastBex9	73.3769	171.950	.855	.901
PastBex10	73.4154	171.070	.846	.901
PastBex11	73.6885	169.088	.806	.901
PastBms12	73.2846	173.741	.710	.903
PastBms13	74.0192	185.486	.231	.912
PastBms14	74.1385	190.861	.018	.914
PastBms15	73.7923	196.258	-.191	.920
PastBdrug16	73.0923	204.748	-.389	.928

PastBdrug17	72.2308	186.441	.442	.909
PastBdrug18	72.0731	189.929	.134	.911
PastBdrug19	72.1115	190.370	.114	.912
PastBdrung20	72.0269	193.115	-.136	.913
PastBfac21	72.6385	180.494	.301	.912
PastBfac22	72.7462	180.383	.319	.911
PastBfac23	72.9731	169.679	.758	.902
PastBfac24	72.9808	167.579	.858	.899
PastBfac25	73.2115	163.735	.898	.898
PastBfac26	73.1923	165.013	.892	.898

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
75.9731	191.926	13.85373	26

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยวิธี Stepwise

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.750[a]	.563	.561	5.56470	.563	332.198	1	258	.000
2	.763[b]	.582	.579	5.45271	.019	11.707	1	257	.001

a. Predictors: (Constant), ผลรวมพฤติกรรมในอดีต

b. Predictors: (Constant), ผลรวมพฤติกรรมในอดีต, ผลรวมเจตคติต่อการควบคุมHT

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยวิธี Stepwise

ตารางที่ 14 แสดงตัวแปรทำนายที่ถูกคัดเข้าในสมการทำนาย

Coefficients[a]											
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	39.519	1.727		22.883	.000					
	ผลรวมพฤติกรรมในอดีต	.457	.025	.750	18.226	.000	.750	.750	.750	1.000	1.000
2	(Constant)	31.865	2.805		11.360	.000					
	ผลรวมพฤติกรรมในอดีต	.435	.025	.715	17.189	.000	.750	.731	.693	.940	1.064
	ผลรวมเจตคติต่อการควบคุมHT	.273	.080	.142	3.422	.001	.318	.209	.138	.940	1.064
a. Dependent Variable: ผลรวมพฤติกรรมในปัจจุบัน											

ผลการวิเคราะห์สมการทดถอยด้วยวิธี Stepwise

ตารางที่ 15 แสดงตัวแปรทำนายที่ถูกคัดออกจากสมการทำนาย

Excluded Variables[c]								
Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
						Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1	ผลรวมเจตคติต่อการควบคุมHT	.142[a]	3.422	.001	.209	.940	1.064	.940
	ผลรวมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการควบคุมHT	.060[a]	1.466	.144	.091	.996	1.004	.996
	ผลรวมอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก	-.033[a]	-.688	.492	-.043	.727	1.375	.727
	ผลรวมอารมณ์ความคาดหวังด้านลบ	.056[a]	1.361	.175	.085	.998	1.002	.998
	ผลรวมการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.146[a]	2.946	.004	.181	.670	1.492	.670
2	ผลรวมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการควบคุมHT	.046[b]	1.127	.261	.070	.984	1.016	.928
	ผลรวมอารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก	-.095[b]	-1.915	.057	-.119	.652	1.533	.625
	ผลรวมอารมณ์ความคาดหวังด้านลบ	.012[b]	.270	.787	.017	.889	1.124	.837
	ผลรวมการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.087[b]	1.582	.115	.098	.531	1.883	.531
a. Predictors in the Model: (Constant), ผลรวมพฤติกรรมในอดีต								
b. Predictors in the Model: (Constant), ผลรวมพฤติกรรมในอดีต, ผลรวมเจตคติต่อการควบคุมHT								
c. Dependent Variable: ผลรวมพฤติกรรมในปัจจุบัน								

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และของระดับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ จำแนกเป็นรายด้าน (n = 260)

	พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง	
	ปัจจุบัน	
	($\overline{X}$)	(S.D.)
การรับประทานอาหาร	24.27	3.81
การออกกำลังกาย	7.60	2.06
การจัดการกับความเครียด	8.57	1.86
การรับประทานยา	18.50	2.15
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	18.87	3.60
โดยรวม	77.82	7.58

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายด้าน (n =260)

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต	$\overline{X}$	SD.
เจตคติ	33.36	4.39
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	23.29	2.67
อารมณ์ที่คาดหวังด้านบวก	27.65	2.50
อารมณ์ที่คาดหวังด้านด้านลบ	21.22	7.80
รับรู้การควบคุมพฤติกรรม	20.55	4.02
พฤติกรรมในอดีต	75.97	13.85
พฤติกรรมในปัจจุบัน	77.82	7.58

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวประภัสสร โชคไพศาล เกิดเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2516 ที่จังหวัดกระบี่ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง จังหวัดตรัง เมื่อปีการศึกษา 2537 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลเทคนิค แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2537 และย้ายไปปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลเทคนิค แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ เมื่อมิถุนายน 2542 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช ราชบุรี เมื่อปีการศึกษา 2544 และสำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต เมื่อปีการศึกษา 2546 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จนถึงปี 2551 ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ตั้งแต่ปี 2551 และ เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University