

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

Factors Associated with Self-Care Behaviors in Hypertension Patients
at Primary Care Cluster, Trang Hospital, Trang Province.

จุฑามาศ เพชรสุด* มิ่งขวัญ ศิริโชติ และสุนารี ทะนะเป็ก

Juthamas Phetsud* Mingkwan Sirichote and Sunaree Tanapek

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240

*Corresponding author, e-mail: petsud.ju@gmail.com

Received: 21 May 2025; Revised: 31 May 2025; Accepted: 4 June 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง มีกลุ่มตัวอย่าง 270 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยจากทะเบียนนัดประจำวัน เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 61-70 ปี ศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-29,999 บาท สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน และระยะเวลาการป่วยเป็นโรค 3-8 ปี มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงทุกคน (ร้อยละ 100.00) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.15, 92.95, 94.81 และ 95.93 ตามลำดับ) และมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ปัจจัยชักนำกระตุ้นการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงทุกคน (ร้อยละ 100.00) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.00) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.302$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = 0.120, 0.182, 0.155, 0.160$ และ 0.181 ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชักนำกระตุ้นกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาโยบาย หรือแนวทางในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This research is a descriptive cross-sectional study design. The objectives are to health belief model (HBM) and self-care behaviors, and to study the associated between HBM and self-care behaviors in hypertension patients at primary care cluster, Trang hospital, Trang province. There are the sample was 270 samples, selected by simple random sampling from the patient list. The instrument was a questionnaire with a reliability value at 0.88. The data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results found that most of the samples were female, aged 61-70 years, had a primary school education, were employed in agriculture, and had a family income about 20,000 – 29,999 Baht month. Most participants were married or living in with a partner and had hypertension about 3-8 years. HBM had at a high level in the entire samples (100.00%). When consider subdomain of individual HBM, it was found that the majority of participants had high levels of perceived susceptibility (98.15%), perceived severity (92.95%), perceived barriers (94.81%), and self-efficacy (95.93%). Perceived benefits and cues to action were at a high level for all samples (100.00%). Also, they had high levels of self-care behaviors (97.00%). Moreover, the results revealed a statistically significant of the positive association between HBM and self-care behaviors at $p < 0.05$. For subdomain of HBM, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy had positive association with self-care behaviors ($r = 0.120, 0.182, 0.155, 0.160, \text{ and } 0.181$, respectively). However, no significant association was found between cues to action and self-care behaviors. The findings of this research can apply for the policies or guidelines to enhance the effectiveness of self-care behaviors intervention for patients with hypertension.

Keywords : Hypertension Patients, Self-Care Behaviors, Health Belief Model

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน แต่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2562) และพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563–2565) มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 9,303 คน อัตราตาย 14.2 ต่อประชากรแสนคน ปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 9,444 คน อัตราตาย 14.5 ต่อประชากรแสนคน และปี 2565 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 10,056 คน อัตราตาย 15.4 ต่อประชากรแสนคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สถานการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตรัง ปี 2566 จากการสำรวจจากทะเบียนการวินิจฉัยโรคจากประชากรทุกกลุ่มอายุ จำนวน 78,817 คน คิดเป็นร้อยละ 15.57 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 10,940 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,714.18 ต่อประชากรแสนคน อำเภอเมืองตรังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดจำนวน 17,777 คน คิดเป็นร้อยละ 14.73 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 3,293 คน คิดเป็นอัตราป่วย 2,128.11 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขตรัง, 2566)

คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและผู้ป่วยนัดโรคความดันโลหิตสูง จัดอยู่ในลำดับผู้ที่มีใช้บริการมากที่สุดอันดับ 3 รองลงมาจากโรคทางเดินอาหารและโรคใช้หวัด (ทะเบียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง, 2567) โรคความดันโลหิตสูงถึงแม้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ โดยการเฝ้าติดตามความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ในการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) วาณิช สุขสถาน (2562) พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และคณะ (2562) ทศพล ดวงแก้ว และพัชรินทร์ สิริสุนทร (2560) พนิดา ชัยวัง (2562) เพ็ญศรี ผาสุก (2563) พบว่า พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) และปัจจัยชักนำหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Stretcher et al., 1988) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่แตกต่างกัน ระดับของการรับรู้ในแต่ละด้านและระดับของพฤติกรรม การดูแลตนเองอาจมีความหลากหลายในแต่ละกลุ่มประชากร ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ลักษณะของระบบสถานบริการสุขภาพ และทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมก็อาจไม่สอดคล้องกัน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มประชากรของแต่ละพื้นที่จึงมีความสำคัญ

การศึกษาปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความต้องการและสอดคล้องกับ
ความเชื่อของผู้ป่วย นำไปสู่การควบคุมความดันโลหิต
ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิก
หมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรังกับผู้ป่วย
วัณโรค อัมพาตไขสันหลัง จังหวัดนครราชสีมา

242/250

254/261

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกหมอ
ครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

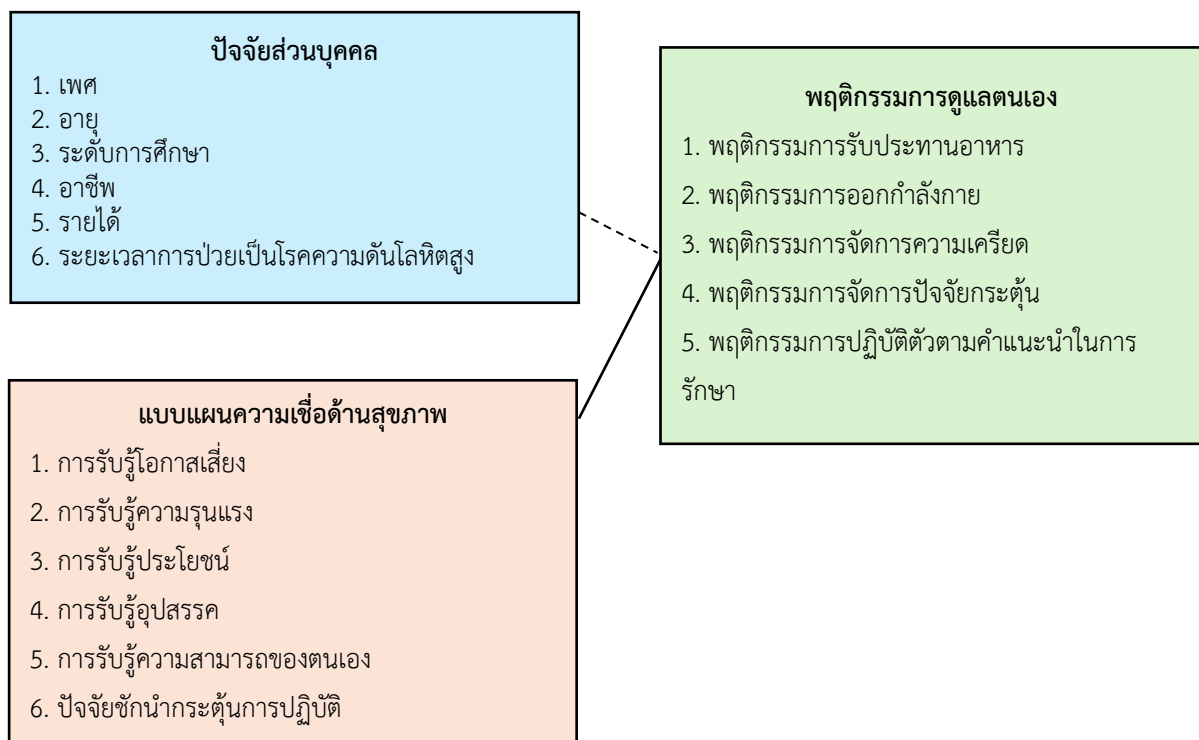
สมมติฐานการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว
โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ
ภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดัน
โลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว
โรงพยาบาลตรัง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 30
กันยายน 2566 และยังคงมารับบริการต่อเนื่อง
จำนวน 2,994 คน โดยอยู่ในช่วงอายุ 35–80 ปี สมัคร
ใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน
สามารถสื่อสาร พูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทย และตอบ
แบบสอบถามภายในห้วงเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณหาขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างของ Daniel (Daniel, 1991) และเพื่อ
ความครอบคลุมของข้อมูล เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
อีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน ใช้
วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random
Sampling) โดยจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยนัด
ประจำวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการ
วิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire)
มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วน
บุคคล เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด
ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ
สมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคความดัน
โลหิตสูง และค่าความดันโลหิต จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การ
รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการ
ควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้

ความสามารถของตนเอง และปัจจัยชักนำกระตุ้นการ
ปฏิบัติการดูแลตนเอง กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5
ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก แบบ
Likert Scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย
ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ให้
คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง–ไม่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1–5 คะแนน เกณฑ์ให้
คะแนนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้าม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแล
ตนเอง กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยให้
ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก แบบ Likert Scale 5
ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติ
บางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย
เกณฑ์ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็น
ประจำ–ไม่ได้ปฏิบัติเลย เท่ากับ 1–5 คะแนน เกณฑ์
ให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้าม

การแปลผลค่าคะแนนแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพและค่าพฤติกรรม ผู้วิจัยได้แบ่งการแปล
ผลค่าเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์
(Best, 1997) ได้แก่ ระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)
ระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) และระดับต่ำ
(1.00–2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3
ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความ
ชัดเจน และความครอบคลุมของแบบสอบถาม การ
ตรวจสอบเครื่องมือในครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่า
ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ นำ
แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตาม
ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไป Tryout กับกลุ่ม
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ศูนย์
สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลห้วยยอด นำข้อมูลไป
วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม ใช้
วิธีหาค่าสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient)

ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตถึงหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลตรัง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการทำวิจัย จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในการวิจัย เตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล และเมื่อได้รับการตอบรับจึงนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยเป็นผู้ถามเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสอบถามและทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาเอกสารรับรอง เลขที่โครงการ ID: SCPHYLIRB-2568/208 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา โดยกลุ่ม

ตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะในภาพรวมของผลการวิจัย ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ และใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 64.81 เพศชาย จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 35.19 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุสูงสุด 80 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี อายุเฉลี่ย 57.86 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.96 อาชีพหลักประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 39.26 รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,000-29,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.11 รายได้ในครอบครัวต่อเดือนสูงสุด 70,000 บาท รายได้ในครอบครัวต่อเดือนต่ำสุด 2,000 บาท รายได้ในครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 20,101.85 บาท สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 86.67 และมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3-8 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.59 ระยะเวลาการป่วยนานที่สุด 22 ปี ระยะเวลาการป่วยน้อยสุด 1 ปี ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 8.20 ปี

ผลการศึกษาตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.15, 92.95, 94.81 และ 95.93) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ปัจจัยชัก

นำกระตุนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงทุกคน (ร้อยละ 100.00) ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง พบว่า ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

จำนวน 262 คน (ร้อยละ 97.00) ค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเท่ากับ 4.48 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 คะแนน คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.81 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง (n = 270)

ตัวแปร	ระดับการรับรู้ n (%)			M ± S.D.	Min - Max
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
1.แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ	0 (0.00)	0 (0.00)	270 (100.00)	4.70 ± 0.20	4.19 – 5.00
1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0 (0.00)	5 (1.85)	265 (98.15)	4.61 ± 0.44	3.00 – 5.00
1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0 (0.00)	20 (7.41)	250 (92.59)	4.57 ± 0.45	2.83 – 5.00
1.3 การรับรู้ประโยชน์	0 (0.00)	0 (0.00)	270 (100.00)	4.92 ± 0.17	4.00 – 5.00
1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค	12 (4.45)	2 (0.74)	256 (94.81)	4.64 ± 0.72	1.00 - 5.00
1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0 (0.00)	11 (4.07)	259 (95.93)	4.64 ± 0.38	3.00 – 5.00
1.6 ปัจจัยชักนำกระตุนการปฏิบัติ	0 (0.00)	0 (0.00)	270 (100.00)	4.85 ± 0.28	3.75 – 5.00
2. พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	0 (0.00)	8 (3.00)	262 (100.00)	4.48 ± 0.31	2.81 – 5.00

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง พบว่า โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.302$, $p < 0.01$) โดยพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ต่ออุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.120, 0.182, 0.155, 0.160$ และ 0.181) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชักนำกระตุนการปฏิบัติ การดูแลตนเองกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง (n = 270)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง		
	r	p	แปลผล
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.120*	0.049	ต่ำ
2. การรับรู้ความรุนแรง	0.182**	0.003	ต่ำ
3. การรับรู้ประโยชน์	0.155*	0.011	ต่ำ
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค	0.160**	0.008	ต่ำ
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.181**	0.003	ต่ำ
6. ปัจจัยชักนำกระตุ้นการ	0.079	0.193	ไม่สัมพันธ์
รวม	0.302**	<0.001	ปานกลาง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ พิลารัฐ ฐะธีรานรัชต์ และคณะ (2562) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคต่าง ๆ บุคคลจึงมีการปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ได้ (Stretcher et al., 1988) สอดคล้องกับ พนิดา ชัยวัง (2562) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุภาวะก่อนความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีการป้องกันและรักษาโรคนั้นได้ (Stretcher et al., 1988) สอดคล้องกับ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้

(Stretcher et al., 1988) โดยสอดคล้องกับ ชื่นกมล สิทธิยอติง (2565) พบว่าการรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิต

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเชื่อและยอมรับผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นตามหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็นำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (Stretcher et al., 1988) โดยสอดคล้องกับ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้นจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรคจนทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคจนสำเร็จได้ (Stretcher et al., 1988) โดยสอดคล้องกับ ขวัญภรณ์ บุตรบุรี (2566) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยชักนำกระตุ้นการปฏิบัติ การดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากปัจจัยชักนำกระตุ้นเกิดได้ทั้งภายใน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล

ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ในเครื่องมือเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอาจเน้นหนักไปที่ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรแพทย์ การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ครอบคลุมมากกว่านี้ โดยสอดคล้องกับ เสี่ยม จิวประดิษฐ์กุล (2563) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถควบคุมความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับสูงอยู่แล้ว บุคลากรทางการแพทย์ควรใช้ข้อมูลนี้ในการชื่นชม ให้กำลังใจ และตอกย้ำความเชื่อมั่นของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้รักษาพฤติกรรมที่ดีนี้ไว้ได้อย่างยั่งยืน

2. ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับสูง ควรมีการติดตามประเมินความเชื่อและพฤติกรรมเป็นระยะ และเตรียมพร้อมให้การสนับสนุนหรือทักษะเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์หรืออุปสรรคใหม่ ๆ เพื่อป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีไว้ในระยะยาว

3. การที่ปัจจัยชักนำกระตุ้นการปฏิบัติไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยชักนำที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (เช่น คำแนะนำทั่วไปจากบุคลากร แพ้นพ) อาจยังไม่ตรงจุดหรือไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดีอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปควรทบทวนปัจจัยอื่นนอกเหนือปัจจัยชักนำกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทำการวิจัย และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ

2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง ติดตามค่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเพิ่มเติมเพื่อดูความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562).

รายงานสถานการณ์โรค NCDs. นนทบุรี:

กระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม

2567, จาก https://www.ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=10358.

กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2559). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model). ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567, <https://www.gotoknow.org/posts/115420>

พิลาธิรัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญา วงศ์พิริยะโยธา. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 34 (2), 257-272.

เพ็ญศรี ผาสุก. (2563). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองแคว อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16 (1), 44-55.

พินดา ชัยวัง (2562). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วานิช สุขสถาน. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบท. อุบลราชธานี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(3), 431-441.

ชฎาภรณ์ บุตรบุรี. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 3(3), 13-24.

ชญานุช ไพรวงษ์, วรณัฐ สัตยวงศ์ทิพย์, ญานรินทร์ สีกุด. (2560). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยนครราชสีมา, 11(1), 107-116.

ชื่นกมล สิทธิอดยิ่ง. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภลัยจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 2(2), 46-60.

สำนักงานสาธารณสุขตรัง. (2566) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center. HDC). ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567, จาก <https://hdc.moph.go.th/trg/public/standard-report->

detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462

361

โรงพยาบาลตรัง. (2566). ทะเบียนผู้รับบริการแผนก

ผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง (รหัสวินิจฉัย

I10). .ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567, ระบบ

HOSxP.รพ.ตรัง.

เสี่ยม จิวประดิษฐ์กุล. (2563). พฤติกรรมการดูแล

ตนเองและความสามารถในการควบคุมความดัน

โลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่

ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม.

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3,(1) ,

15-30.

Best, J. W. (1997). Research in education (3rd.

ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Stretcher, V.J., Rosenstock, I.M., & Becker,

M.H. (1988). Social learning theory and

the Health Belief Model. EducQ, 15(2),

175-83.

Davies, J.A. (1971). Elementary Survey

Analysis. New Jersey: Prentice Hall.

Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A

Foundation of Analysis in the Health

Sciences (6th ed.). John Wiley&Sons, Inc.,

177-178.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR

/article/view/5756

