

การรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่ง
ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*

PERSONAL PERCEPTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION,
A SUB - DISTRICT IN BANG PA IN DISTRICT,
PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA PROVINCE

นัตยา ดวงประทุม

Narttaya Duangpratoom

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Valaya Alongkorn Rajabhat University, Thailand

E-mail: narttaya.duang@vru.ac.th

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) ศึกษาระดับการรับรู้ส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 152 คน สุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 52.60 รองลงมา มีการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.70 และการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.70 เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.39$, S.D. = 0.70) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.49) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.52)

* Received 1 February 2021; Revised 11 February 2021; Accepted 1 March 2021

และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.57) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การรับรู้ส่วนบุคคล, ผู้ป่วย, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The objectives of this research article were to 1) the personal perception of hypertensive patients in Bang Pa - in district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province 2) the level of personal perception included perceived susceptibility and risk of complication, perceived severity, perceived benefits of medicine taking and perceived barriers of medicine. This is a cross - sectional survey research. One hundred and fifty - two samples are hypertensive patients in Bang Pa - in district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province were purposive random sampling and collecting data by questionnaires. Then analyzes the data with computer program by descriptive statistic. The result showed hypertensive patients in Bang Pa - in district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province were highest perception level for 52.60 percent, high perception level for 46.70 percent and moderate perception level for 0.70 percent. The susceptibility and risk of complication perception was high level (mean = 4.39, S.D. = 0.70). The severity perception was high level (mean = 4.63, S.D. = 0.49). The benefits of medicine taking perception was highest level (mean = 4.45, S.D. = 0.52) and the barriers of medicine taking perception was high level (mean = 4.05, S.D. = 0.57) respectively.

Keywords: Personal Perception, Patient, Hypertension

บทนำ

ปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบันที่ผู้คนมักกล่าวถึงและทวีความรุนแรงขึ้นทุกวัน คือโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก (ณัฐนันท์ คำพิริยะพงษ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) มีอุบัติการณ์สูงขึ้นมากในประชากรไทยในผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีวัยกลางคนและโดยเฉพาะประชากรสูงอายุเกิน 65 ปี (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563) โรคความดันโลหิตสูงคือภาวะที่มีระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้คนจำนวนมากมีภาวะความดันโลหิตสูงโดยที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรกแต่เมื่อปล่อยนานไปโดยไม่ได้รับการดูแลรักษา แรงดันในหลอดเลือดที่สูงจะ



ไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกายจึงเรียกโรคนี้กันว่า “เพชฌฆาตเงียบ” (ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2563) การลดความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว การการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาดต้องรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะไม่ได้รับการรักษา ไม่รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (สุกัญญา ลัมรังสรรค์ และพัชตริภา สุวรรณพรหม, 2556) ซึ่งพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพของตนเองจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ, 2563) ซึ่งต่อมาโรเซนสต็อกได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้น มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, I. et al., 1994)

สาเหตุหลัก ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงและเพิ่มขึ้นทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายเม็ด จึงมีความเชื่อที่ผิด ๆ ว่าควรเลือกรับประทานยาที่คิดว่าสำคัญบางชนิดเท่านั้นและมักจะหยุดยาเอง เพราะคิดว่าตนหายป่วยแล้ว ปัญหาที่พบบ่อยคือผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความเข้าใจเรื่องโรคและการใช้ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งจากปัญหา ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านกรด อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และเป็นแนวทางในการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 230 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, W. W. , 1995) จำนวน 142 คน เก็บตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ของกลุ่มตัว เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล เป็น 152 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) เป็นผู้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล 3) สามารถฟังและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีและเต็มใจให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยเป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาชีพ และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสอบถามการรับรู้ส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบตามข้อเท็จจริง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ การแปลความหมายคะแนนระดับการรับรู้ส่วนบุคคลแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, J., 1981) คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบข้อความต่าง ๆ ทางด้านการใช้ภาษา ความเหมาะสม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item objective Congruence : IOC) มี



ค่าตั้งแต่ 0.67 - 1.00 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามการรับรู้ส่วนบุคคล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตแจกแบบสอบถามเพื่อการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี และประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ทราบถึงรายละเอียดของงานวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรที่ต้องการศึกษาและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสรุปผลและอภิปรายผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและระยะเวลาของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการได้โดยไม่ผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและจำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.40 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 36.20 อายุเฉลี่ย 60.22 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 88 ปี มี

ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/เมตร ร้อยละ 40.10 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.62 กิโลกรัม/เมตร ต่ำสุด 16.33 กิโลกรัม/เมตร สูงสุด 44.82 กิโลกรัม/เมตร 2 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30.30 มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 65.80 ค่าระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต เฉลี่ย 5.38 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 30 ปี ตามลำดับ

การรับรู้ส่วนบุคคล

ผลการศึกษาการรับรู้ส่วนบุคคลโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 52.60 รองลงมามีการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 46.70 และการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของระดับการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านกรด อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n = 152)

ระดับการรับรู้ส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับมากที่สุด	80	52.60
การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับมาก	71	46.70
การรับรู้ส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง	1	0.70

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรู้ความเข้าใจของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการรับรู้ความรู้ความเข้าใจของโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{X}$ = 4.63, S.D. = 0.49) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.52) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.88) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล การรับรู้ส่วนบุคคลรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 152)

การรับรู้ส่วนบุคคล	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	4.39	0.70	มากที่สุด
การรับรู้ความรู้ความเข้าใจของโรคความดันโลหิตสูง	4.63	0.49	มากที่สุด
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	4.45	0.52	มากที่สุด
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	4.05	0.88	มาก
รวม	4.53	0.51	

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.39, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ



หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.61) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดเส้นเลือดในสมองแตก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.72) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 48.7 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับประทานยา บางครั้งไม่ก่อให้เกิดอันตราย ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 1.39) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ร้อยละ 19.10

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.61) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ อาการของโรคความดันโลหิตจะรุนแรงขึ้นเมื่อขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.60) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ร้อยละ 50.70 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ($\bar{X} = 4.39$, S.D. = 0.57) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ร้อยละ 52.00

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.50) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ การรับประทานยาความดันโลหิตทำให้ระดับความดันปกติ ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.54) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ร้อยละ 50.00 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับประทานยาลดความดันทำให้อาการปวดศีรษะและทำยาลดลง ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.73) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย ร้อยละ 46.70

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.57) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การรับประทานยาลดความดันโลหิตทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.73) โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 57.90 รองลงมา คือ อาการหน้ามืด ใจสั่น แขนขาไม่มีแรงทำให้ท่านไม่ยอมรับประทานยา ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.91) โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 47.40 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การทำงานทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานยาได้ตรงตามเวลา ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 1.28) โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 32.90 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้ ส่วนบุคคลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 152)

การรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ของโรคความดันโลหิตสูง	ระดับการรับรู้ จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอระดับ ความดันโลหิตจะสูงขึ้น	81 (53.30)	66 (43.40)	3 (2.00)	2 (1.30)	0 (0.00)	4.49	0.60
2. มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหัวใจถ้าท่านไม่ สามารถคุมระดับความดันโลหิตได้	61 (40.10)	75 (49.30)	14 (9.20)	2 (1.30)	0 (0.00)	4.28	0.65
3. หากเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ ถ้า ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดเส้นเลือดใน สมองแตก	74 (48.70)	65 (42.80)	9 (5.90)	4 (2.60)	0 (0.00)	4.38	0.71
4. การลืมรับประทานยาบางครั้งไม่ ก่อให้เกิดอันตราย*	18 (11.80)	29 (19.10)	26 (17.10)	34 (22.40)	45 (29.60)	3.39	1.39
การรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรง ของโรคความดันโลหิตสูง							
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย ร้ายแรงต่อสุขภาพ	70 (46.10)	76 (50.0)	4 (2.60)	2 (1.30)	0 (0.00)	4.41	0.61
2. อาการของโรคความดันโลหิตสูงจะ รุนแรงขึ้นเมื่อขาดการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง	70 (46.10)	77 (50.70)	3 (2.00)	2 (1.30)	0 (0.00)	4.41	0.60
3. มีโอกาสพิการหรือ เสียชีวิตด้วย ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต โรคหัวใจ โรคไต ได้ง่ายหากท่าน ลืมรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงเป็น เวลานาน	65 (42.80)	79 (52.00)	6 (3.90)	2 (1.30)	0 (0.00)	4.36	0.62
4. การไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ ปกติส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้	67 (44.10)	78 (51.30)	7 (4.60)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.39	0.57
การรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา							
1. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	81 (53.30)	71 (46.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.53	0.50
2. การรับประทานยาลด ความดันโลหิตป้องกันการเกิดอัมพาต	63 (41.40)	72 (47.40)	17 (11.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.30	0.66
3. การรับประทานยาลด ความดันโลหิตป้องกันไม่ให้เกิดชีวิตจากโรค ความดันโลหิตสูง	61 (40.10)	76 (50.00)	13 (8.60)	1 (0.70)	1 (0.70)	4.28	0.70



4. การรับประทานยาความดันโลหิตทำให้ระดับความดันปกติ	72 (47.40)	76 (50.00)	4 (2.60)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.45	0.54
5. การรับประทานยาลดความดันโลหิตทำให้อาการปวดศีรษะและท้ายทอยลดลง	60 (39.50)	71 (46.70)	18 (11.80)	3 (2.00)	0 (0.00)	4.24	0.73
การรับรู้ส่วนบุคคลการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา							
1. การรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 มื้อทำให้เกิดความสับสน*	7 (4.60)	29 (19.10)	21 (13.80)	40 (26.30)	55 (36.20)	3.70	1.26
2. การทำงานทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ตรงตามเวลา*	7 (4.60)	36 (23.70)	13 (8.60)	46 (30.30)	50 (32.90)	3.63	1.28
3. เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการรับประทานยาลดความดันโลหิตทุกวัน*	2 (1.30)	20 (13.20)	19 (12.50)	54 (35.50)	57 (37.50)	3.95	1.07
4. อาการหน้ามืดใจสั่นแขนขาไม่มีแรงทำให้ไม่อยากรับประทานยา*	3 (2.00)	7 (4.60)	10 (6.60)	60 (39.50)	72 (47.40)	4.26	0.91
5. การรับประทานยาลดความดันโลหิตทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย*	0 (0.00)	5 (3.30)	9 (5.90)	50 (32.90)	88 (57.90)	4.45	0.75

* ข้อคำถามเชิงลบ

อภิปรายผล

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินกลุ่มผู้ป่วยโรคต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย ซึ่งประกอบด้วยประการสำคัญ 5 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้ความเสี่ยงหรืออุปสรรคต่าง ๆ เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรคงกล่าวจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและเป็นการรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2563) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการประเมิน ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้ส่วนบุคคลโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 52.60 และการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.70 เมื่อศึกษาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.49) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.52) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.57) ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาของทศพล ดวงแก้ว และพัชรินทร์ สิริสุนทร พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมียาเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.44 (S.D. = .428) อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรง

ของโรคมึค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.48 (S.D. = 327) อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมึค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.39 (S.D. = .290) อยู่ในระดับมาก และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมึค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 3.17 (S.D. = .851) อยู่ในระดับปานกลาง (สุภาวดี พรหมแจ่ม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนรายด้านที่อยู่ในระดับมาก คือ ด้านการรับรู้ ผลประโยชน์การรักษาและการป้องกันโรค ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและด้านความรุนแรงของโรค (อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ, 2561) แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ต่ำ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองที่ไม่ดี (ชัญญานุช ไพรวงษ์ และคณะ, 2560)

เนื่องจากการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นประยุกต์ใช้กับการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีส่วนช่วยให้เกิดความสำเร็จของระบบการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตชุมชนเมือง อย่างไรก็ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก็ยังมีข้อจำกัดในการนำมาอธิบายด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบางมิติ นอกจากนี้การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง รวมถึงภาวะคุกคามของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองตามกระบวนการแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ (ทศพล ดวงแก้ว และพัชรินทร์ สิริสุนทร, 2560)

สรุป/ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Survey Study) ศึกษาการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ส่วนบุคคลโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 52.60 รองลงมาเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.70 และการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.70 ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงระดับการรับรู้ส่วนบุคคล เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ด้านต่าง ๆ ของตนเองและตระหนักถึงความรุนแรงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ **ข้อเสนอแนะ** 1) ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ หรือตัวแปรที่มากขึ้น 2) ควรมีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปจัดทำเป็นโปรแกรมเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมต่อไป



3) ควรมีการศึกษาหารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ชัยญานุช ไพรวงษ์ และคณะ. (2560). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 11(1), 107-116.
- ณัฐนันท์ คำพิริยะพงษ์ และศิริพันธุ์ สาสัจย์. (2560). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 67-83.
- ทศพล ดวงแก้ว และพัชรินทร์ สิริสุนทร. (2560). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Marshall H. Becker ในการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 10(3), 101-113.
- ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวทย์. (2563). ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2556. เรียกใช้เมื่อ 3 กันยายน 2563 จาก www.thaincd.com/document/file/download/.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวริง สุวรรณ. (2563). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวช ปฏิบัติทั่วไป. เรียกใช้เมื่อ 3 กันยายน 2563 จาก www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf
- สุกัญญา ลีมรังสรรค์ และพัคตร์วิภา สุวรรณพรหม. (2556). แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรงพยาบาลทางดงจังหวัดเชียงใหม่. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 8(2), 66-77.
- สุภาวดี พรหมแจ่ม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วารสารแพทยนาวิ, 45(3), 561-577.
- อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ. (2561). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 7(2), 43-52.

- Best, J. (1981). Research in Education. (4th ed). London: Prentice-Hall International.
- Daniel, W. W. (1995). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. (6th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Rosenstock, I. et al. (1994). The health belief model and HIV risk behavior. In DiClemente, R. & Peterson, J. (Ed), Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions. New York: Plenum Press.