

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงตำบลบ้านแค อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร

Factors Related to Behavioral Management of Hypertension among Patients
with Hypertension in Ban Khae Subdistrict Phak Hai District,

Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

นางสาวอุบล แก่นตะเคียน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยแบบตัดขวางนี้ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านแค อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค หมู่ที่ 6 จำนวน 76 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย สถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ ได้แก่ Chi-square และ Pearson Correlation

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม และส่วนมากได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 26.80$, $SD = 5.52$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r = 0.226$, $p = 0.050$) การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.537$, $p = 0.000$) การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.651$, $p = 0.000$) และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.414$, $p = 0.000$) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดี โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมในแต่ละรายบุคคล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง จะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น“ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้นี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561) สำหรับโรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ตรวจพบว่ามีความดันเลือดสูงกว่าปกติ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยส่วนใหญ่ มักไม่แสดงอาการใดๆ แต่บางรายอาจมีอาการได้ เช่น ปวดหัว เลือดกำเดาไหล หายใจไม่ทัน ซึ่งหากมีอาการดังกล่าวควรพบแพทย์ เพื่อควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะหากปล่อยไว้นาน อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หัวใจวายหรือโรคหลอดเลือดสมองได้ (วรางคณา อัมฤทัยเจริญโชค, 2567) จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่ามีผู้คน 1,400 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2567 แต่มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมโรคได้ ไม่ว่าจะด้วยยาหรือการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ประชากรประมาณ 1.28 พันล้านคน ที่มีอายุระหว่าง 30 - 79 ปี ทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ.2568 (World Health Organization , 2025) โดยปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่พบบ่อยคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.00 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักในตนเองต่อการรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง มีเพียงร้อยละ 6.00 ที่ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่การะโรคที่เพิ่มขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2563 - 2567) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 (ชายร้อยละ 21.50 และหญิงร้อยละ 21.30) เป็นร้อยละ 24.70 (ผู้ชายร้อยละ 25.60 และผู้หญิงร้อยละ 23.90) ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs

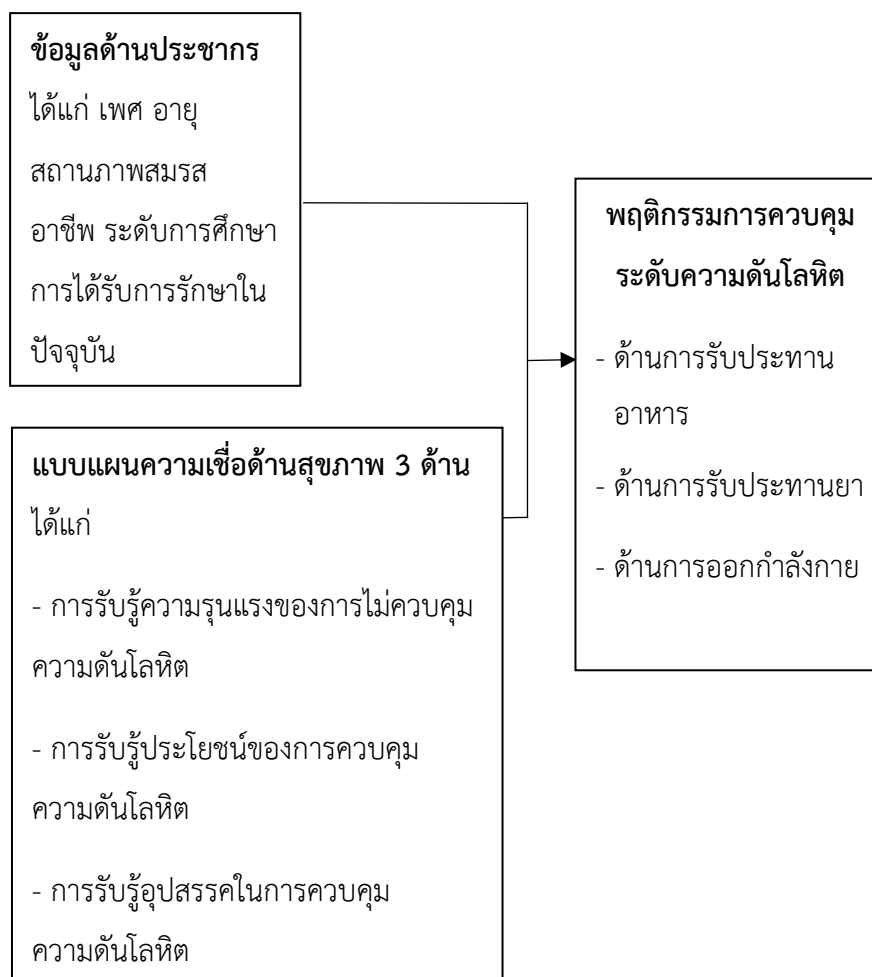
จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่า มีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน (World Health Organization, 2013) ในประเทศไทยจากรายงานฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2565 ประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน (กรมควบคุมโรค, 2566) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ หลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่องมักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง รวมถึงภาระทั้งด้านการดูแลและด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การป้องกันและการรักษา เพื่อที่จะสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม ซึ่งโรเซนสโตก นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกันที่พัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model - HBM) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และการปรับพฤติกรรม โดยกล่าวว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรค หรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต รวมทั้งมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรคได้ (Stretcher & Rosenstock, 1997) ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจะทำให้มีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น จะทำให้มีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้นในการรักษานำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ (World Health Organization, 2013) จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค อำเภอดงหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 11 คน ในปี พ.ศ.2565 เพิ่มขึ้นจำนวน 14 คน ในปี พ.ศ.2566 และเพิ่มขึ้น 13 คน ในปี พ.ศ.2568 ตามลำดับ และข้อมูลจากการทำวิจัยชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาแล้ว พบว่า โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นปัญหาอันดับที่ 1 ของชุมชนและคาดว่าปัญหาโรคความดันโลหิตสูงจะมีเพิ่มขึ้นในทุกปี ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค ที่สามารถควบคุมระดับ

ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ก็จะได้รับ การรักษาและจ่ายยาให้อย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะถูกไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อำเภพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติแล้ว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาก็จะส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแคตามเดิม แต่เมื่อผู้ป่วยได้กลับมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค ปรากฏว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับ ความดันโลหิตที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในเขตพื้นที่หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านแค อำเภผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค มีทั้งหมด 1 หมู่ ได้แก่ หมู่ที่ 6 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อรับรู้ถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันความดันโลหิต โดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตรวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค (Rosenstock, 1974) ผลจากการศึกษาจะทำให้ได้ข้อมูลว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยความโรคดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และทำให้ทราบพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่ามีการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างไร มีปัญหาในด้านไหนในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในค่าปกติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลด้านประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากร กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในลักษณะการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Analytic Studies) มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านแค อำเภอฟักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 95 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง : การศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan ประเมินค่าสัดส่วนของประชากรในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างสัดส่วนในประชากรเป็น 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อเปรียบเทียบกับตาราง Krejcie & Morgan ทำให้การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 76 คน

3) การสุ่มตัวอย่าง : การศึกษาครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากจากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประจำปี 2568 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านแค อำเภอฟักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 95 คน โดยการเขียนหมายเลขให้เท่ากับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดแล้วม้วนใส่ภาชนะ จากนั้นทำการสุ่มหยิบหมายเลขให้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ จำนวน 76 คน

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วยส่วนของข้อมูลด้านประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยมีขั้นตอนในการสร้างและเลือกใช้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมที่จะนำไปใช้งาน

ขั้นตอนที่ 2 นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาตามขั้นตอนที่ 1 มากำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาในแบบสอบถาม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วจึงนำไปทดลองใช้ (Try Out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดต่างๆ ตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ การได้รับการรักษาในปัจจุบัน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 4 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 8 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 และ 11 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16 และ 17 ลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating scale โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง 3 ด้าน มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ และด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวนทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8, 11, 12, 16, 17, 18, และ 19 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14 และ 15 ลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating scale

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยได้รับอนุมัติและรับรองเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2568 เลขที่หนังสือรับรอง อย 0033.202.2/24 วันหมดอายุ 29 เมษายน 2569

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง ในเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการใช้ตาราง Krejcie & Morgan ประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ก่อนลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีการประชุมกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีการวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) จากนั้นได้เริ่มลงพื้นที่เก็บแบบสอบถามจากการกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้
- 3) เมื่อมีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามในพื้นที่เสร็จสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามว่ามีการเก็บข้อมูลครบในทุกแบบสอบถามหรือไม่ เพื่อป้องกันความผิดพลาดและป้องกันข้อมูลขาดตกบกพร่อง
- 4) จากนั้นนำมาตรวจให้คะแนนตามน้ำหนักข้อในแต่ละข้อตามที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้

- 1) การตรวจสอบข้อมูล (Editing) นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความถูกต้อง
- 2) การลงรหัส (Coding) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาลงรหัสตามที่กำหนดไว้
- 3) การคีย์ข้อมูลลงโปรแกรม โดยนำข้อมูลที่ลงรหัสแล้วบันทึกเข้าไฟล์คอมพิวเตอร์โดยคีย์ข้อมูลลงบนโปรแกรม Excel เมื่อคีย์เสร็จ ต้องมีการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูลเพื่อป้องกันข้อมูลผิดพลาด ก่อนนำไปวิเคราะห์หาค่าสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
- 4) การประมวลผลข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด เมื่อได้ตรวจสอบความเรียบร้อยและความสมบูรณ์แล้ว จะนำมาจัดระบบข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้
 - 4.1) ข้อมูลด้านประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติประมวลค่า วิเคราะห์ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
 - 4.2) การทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากรกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้สถิติ Chi-square และ Pearson Correlation

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านประชากร

ข้อมูลด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	23.7
หญิง	58	76.3
อายุ		
15 – 59 ปี	34	44.7
60 ปีขึ้นไป	42	55.3
สถานภาพสมรส		
โสด	17	22.4
คู่	44	57.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านประชากร		
ข้อมูลด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส (ต่อ)		
หม้าย	9	11.8
หย่า/แยก	6	7.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	17.1
ประถมศึกษา	51	67.1
มัธยมศึกษา	5	6.6
อนุปริญญา	3	3.9
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	4	5.3
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	23.7
รับจ้างทั่วไป	13	17.1
เกษตรกรกรรม	27	35.5
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	9	11.8
รับราชการ	4	5.3
อื่น ๆ	5	6.6
การรักษาในปัจจุบัน		
ต่อเนื่อง	67	88.2
ไม่ต่อเนื่อง	9	11.8

จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.3) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.9) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.1) มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 35.5) และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 88.2)

2.ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		
	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรวมทุกด้าน	0 (0)	46 (60.5)	30 (39.5)
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต	9 (11.8)	42 (55.3)	25 (32.9)
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต	6 (7.9)	44 (57.9)	26 (34.2)
- ด้านการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต	14 (18.4)	56 (73.7)	6 (7.9)

ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.5 เมื่อแยกเป็นรายด้านทั้งหมด 3 ด้าน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 57.9 และ 73.7 ตามลำดับ

3.พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตรวมทุกด้านและแยกรายด้าน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต	ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต		
	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยรวม	2 (2.6)	69 (90.8)	5 (6.6)
- ด้านการรับประทานอาหาร	3 (3.9)	60 (78.9)	13 (17.1)
- ด้านการรับประทานยา	15 (19.7)	49 (64.5)	12 (15.8)
- ด้านการออกกำลังกาย	2 (2.6)	24 (31.6)	50 (65.8)

ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.8 เมื่อแยกเป็นรายด้านทั้งหมด 3 ด้าน พบว่า ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการรับประทานยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.9 และ 64.5 ส่วนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 65.8

4.ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากรกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากรกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ข้อมูลด้านประชากร (n=76)	พฤติกรรมการควบคุม ระดับความดันโลหิต (n=76)			χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
เพศ				2.393	0.302
ชาย	0	18	0		
หญิง	2	51	5		
อายุ				0.069	0.966
0 – 59 ปี	1	31	2		
60 ปีขึ้นไป	1	38	5		
การได้รับการรักษาในปัจจุบัน				1.036	0.596
ต่อเนื่อง	2	60	5		
ไม่ต่อเนื่อง	0	9	0		

ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากรกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

พฤติกรรมการควบคุมระดับ ความดันโลหิต (n=76)	r	p-value	ความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	-0.131	0.260	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.226*	0.050	มีความสัมพันธ์
การประกอบอาชีพ	-0.004	0.973	ไม่มีความสัมพันธ์

หมายเหตุ * < 0.05

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากรกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และการได้รับการรักษาในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต (p-value > 0.05) แต่ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต (p-value = 0.050)

5.ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรวมทุกด้านและแยกรายด้านกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรวมทุกด้านและแยกรายด้านกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต(n=76)	ค่า r	p-value	ความสัมพันธ์
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	0.610**	0.000	มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต	0.537**	0.000	มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต	0.651**	0.000	มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต	0.414**	0.000	มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และจากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต กับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และโดยรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค อำเภอด่านช้าง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

1) ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และการได้รับการรักษาในปัจจุบัน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร มงคลหมู่ (2564) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลด้านประชากรด้านระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนรวมพฤติกรรม ($r = 0.226$, $p = 0.050$) โดยมีความสัมพันธ์ที่ระดับ 0.05

แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ค่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ จึงชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาอาจเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรม แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งควรพิจารณาร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชาญ แป้นทอง (2564) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.179$, $p = 0.028$)

2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรวมทุกด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.610$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกษริน อุบลวงศ์ (2560) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.40$) กับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ควบคุมความดันโลหิต พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.573$, $p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของนางณัฐชยา แก้วโกคา (2560) ได้ทำการศึกษารับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.347$, $p < 0.001$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิต พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.651$, $p < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษริน อุบลวงศ์ (2560) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกัน โรคสมองเสื่อม ($r = 0.33$) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 7.84$, $SD = 3.07$)

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.414$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2563) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.202$, $p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1) ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากมีพฤติกรรมเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม จำพวก ซอส ซีอิ๊ว เกลือป่น ผงชูรส รสดี ในอาหารเป็นประจำ และชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปลาร้า น้ำพริกที่มีรสเค็มเป็นประจำ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องของการรับประทานอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และวางแผนด้านโภชนาการอาหารให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2) ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตด้านการออกกำลังกาย ส่วนมากอยู่ในระดับน้อย ควรมีการค้นหาสาเหตุของการไม่ออกกำลังกายในผู้ป่วย และวางแผน แก้ไขปัญหา ควรจัดให้มีการส่งเสริมการออกกำลังกายที่ช่วยในเรื่องของการควบคุมความดันโลหิต จัดทำสถานที่และจัดให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกายใกล้ๆกับชุมชน มีแกนนำในการออกกำลังกาย และที่สำคัญต้องหาแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ป่วยหันมาออกกำลังกายเป็นประจำ

3) ผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ในรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ก็สามารถทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เพราะความจริงแล้ว แม้ว่ารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ แต่การควบคุมอาหารและออกกำลังกายก็มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การละเลยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ แม้จะรับประทานยาอยู่ก็ตาม และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจึงควรมีการจัดอบรมหรือแจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566, 11 พฤษภาคม). *ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว*.

https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&deptcode=odpc9&news_view=722299

เกษริน อุบลวงศ์. (2560). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขแห่งชาติ*, 27(1), 10–18.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/110324>

ณัฐชา แก้วโกคา. (2560). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(4), 50-56. <https://thaidj.org/index.php/phcdj/article/view/2695>

พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(3), 651–663. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/248127>

วรางคณา อิมฤทัยเจริญโชค. (2567). *ความดันโลหิตสูงเกิดจากอะไรบ้าง ป่วยไว้นานอาจเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนได้*. <https://thainakarin.co.th/blog/hypertension-med/>

วิชาญ แป้นทอง. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 38(2), 247-255. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/251831>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. <https://cpg.dms.go.th/ebooks/แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง-ในเวชปฏิบัติทั่วไป-พ.ศ.-2562>

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2561). *ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูงโลกปี 2561*.

http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease//ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf

สุภาพร มงคลหมู่. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์บูรพา*, 36(1), 93–104. <https://bu.ac.th/dspace/bitstream/1513/393/1/29120077.pdf>

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Prentice hall.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Eds),
Health belief model and personal health behavior (pp. 1-8). Charles B.Slack.

Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. M. Lewis, &
B.K. Rimer (Eds), *Health behavior and health education : Theory, research and practice*
(2nd ed.) (pp.41-59). Jossey-Bass.

World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis*. <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>

World Health Organization (2025). *Uncontrolled high blood pressure puts over a billion people at risk*. <https://www.who.int/news/item/23-09-2025-uncontrolled-high-blood-pressure-puts-over-a-billion-people-at-risk>