

# ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

## Relationships among Social support, Health Beliefs, Self-care Behaviors and Blood Pressure of Hypertensive Patients in Meuang District, Nakhonnayok Province

นิพนธ์ฉบับ

Original Article

ณัฐพร อยุ่ปาน<sup>1\*</sup>, พัชรี ดวงจันทร์<sup>2</sup> และ พนิดา แจ่มผล<sup>1</sup>

<sup>1</sup> สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒองครักษ์ จ.นครนายก  
<sup>2</sup> สาขาวิชาเภสัชกรรมสังคมและบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒองครักษ์ จ.นครนายก

\* ติดต่อผู้พิมพ์: nattapor@swu.ac.th

วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2558;10(1):10-18

Nattaporn Yoopan<sup>1\*</sup>, Patcharee Duangchan<sup>2</sup> and Panida Jampole<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Biopharmacy, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, Ongkharak, Nakhonnayok 26120, Thailand  
<sup>2</sup> Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, Ongkharak, Nakhonnayok 26120, Thailand

\* Corresponding author: nattapor@swu.ac.th

Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2015;10(1):10-18

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว **วิธีการศึกษา:** การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational study) มีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครนายกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต อ.เมือง จ.นครนายก จำนวน 200 คน ใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต SBP และ DBP เท่ากับ  $130.84 \pm 14.98$  และ  $78.59 \pm 10.61$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนตัวแปรในระดับมาก ทั้งการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพ ( $r = 0.218, P < 0.01$ ) ความเชื่อด้านสุขภาพสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = 0.406$ ) และพฤติกรรมการดูแลตนเองสัมพันธ์ทางลบกับค่า DBP ( $r = -0.277$ ) ทั้งหมดที่  $P < 0.01$  **สรุป:** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน อ.เมือง จ.นครนายก มีการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก ความสัมพันธ์ที่พบชี้แนะว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องอาจช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองดีขึ้นและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคความดันโลหิตสูง, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

### Abstract

**Objective:** To determine level of social support, health beliefs, self-care behaviors and blood pressure of hypertensive patients, and to examine relationships among those variables. **Method:** In this correlational study, a sample of 200 hypertensive patients in Meuang district, Nakhonnayok province was interviewed by means of questionnaire. Descriptive statistics and correlation coefficients were used for analysis. **Results:** Mean SBP and DBP blood pressures were  $130.84 \pm 14.98$  and  $78.59 \pm 10.61$  mmHg, respectively. Overall social support, health beliefs, and self-care behaviors were all in high level. It was found that social support positively correlated with health beliefs ( $r = 0.218, P < 0.01$ ), health belief was positively correlated with self-care behaviors ( $r = 0.406$ ), and self-care behavior was negatively correlated with diastolic blood pressure ( $r = -0.277$ ), significantly with  $P < 0.01$  for all correlations. **Conclusion:** Social support, health beliefs, and self-care behaviors of hypertensive patients in Meuang district, Nakhonnayok province were at high level. The correlations among these factors suggest that appropriate social support and health beliefs promotion could lead to more effective self-care behaviors of hypertensive patients and a better blood pressure control.

**Keywords:** Self-care behavior, hypertension, health beliefs, social support

### บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานานและจะไม่แสดงอาการในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคแล้ว หรือบางรายกว่าจะรู้ว่าตนเองเป็นโรคก็เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หลอดเลือดสมองตีบ ไตวายเรื้อรังและประสาทตาเสื่อม

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มียารักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาเพียงเพื่อควบคุมอาการและรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน ซึ่งอาจได้รับการรักษาโดยการช้ยาลดระดับความดันโลหิตร่วมกับการพิจารณาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่อาจเป็นสาเหตุการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง<sup>2</sup> จากข้อมูลสถิติสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup> พบว่าปี พ.ศ. 2550 – 2555 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเท่ากับ 1,025.44,

1,150.39, 1,230.16, 1,349.39, 1,433.61 และ 1,570.63 ตามลำดับ และอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.64, 3.90, 3.62, 3.89, 5.71 และ 5.73 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลของจังหวัดนครนายก พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2550 – 2555 เท่ากับ 1,619.66, 1,831.15, 1,878.44, 1,942.83, 2,000.53 และ 2,073.07 ตามลำดับ และอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.21, 2.40, 1.99, 3.17, 7.90 และ 4.32 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงของทั้งประเทศและจังหวัดนครนายกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี พ.ศ. 2555 ของจังหวัดนครนายก พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของโรคความดันโลหิตสูงมีค่ามากที่สุดคือ 2,073.07 รองลงมาคือโรคเบาหวาน (1,351.27) โรคหัวใจขาดเลือด (566.60) และโรคหลอดเลือดสมอง (515.12) จะเห็นได้ว่าจังหวัดนครนายกมีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และได้ข้อมูลที่อาจช่วยให้สามารถหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกหรือยับยั้งพฤติกรรมทางลบต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยได้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น อาจสามารถอธิบายได้ด้วยหลายทฤษฎี ซึ่งทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ก็คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)<sup>4,5</sup> ซึ่งมีแนวคิดว่าการที่บุคคลหนึ่งจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ นั้น เป็นผลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการรับรู้และประเมินถึงผลดีและผลเสีย แล้วนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติในสิ่งอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของตนเอง โดยการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ภาวะความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ทั้งนี้ยังมีปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรม โดยผ่านการรับรู้ดังกล่าว มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยได้นิยามพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้คล้ายคลึงกัน คือ การ

รับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ตามนัด การจัดการความเครียด และการควบคุมน้ำหนัก และงานวิจัยดังกล่าวต่างก็พบผลการศึกษาสอดคล้องกันว่า ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง<sup>6-13</sup>

นอกเหนือจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ เงิน แรงงาน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด เนื่องจากช่วยทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความเครียด มีกำลังใจ รู้สึกว่ามีคนรัก ห่วงใย เอาใจใส่ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมโรคได้<sup>14</sup> มีงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>8,13,14</sup> และมีบางงานวิจัยได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง<sup>15</sup> ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนแต่พบผลการศึกษที่สอดคล้องกันว่า ทั้งการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ซึ่งเป็นตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่างก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังไม่มีความชัดเจน เนื่องจากตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม คือการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและการเปรียบเทียบผลดีผลเสียระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นตามแนวคิดนี้ การสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรการรับรู้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่จะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ดังกล่าว ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ายังไม่มียานวิจัยใดที่ทำการศึกษาคำความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบอุบัติการณ์สูงในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครนายก การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทาง

สังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และมีสมมติฐานการวิจัยว่า 1) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพ 2) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิต ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Study) โดยตัวแปรที่ศึกษา คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิต การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครนายกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก 19 แห่ง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน (กรกฎาคมถึงกันยายน 2556) จำนวน 200 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยใช้โควตาตามจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง นครนายก ที่มารับการรักษาที่สถานพยาบาลในเขตอำเภอเมือง 20 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครนายกจำนวน 50 คนและที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 19 แห่ง แห่งละ 7 - 9 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อน

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 24 ข้อ จำแนกเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5-เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีการกลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบก่อนนำไปคำนวณคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อม ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด มีลักษณะเป็น

มาตราประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-ไม่เคยทำเลย ไปจนถึง 4-ทำเป็นประจำ ซึ่งมีการกลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบก่อนนำไปคำนวณคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรวม และส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของ/การเงิน/แรงงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-ไม่เป็นความจริง ไปจนถึง 4-จริงมากที่สุด รวมทั้งสิ้น 22 ข้อ การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้ขอบเขตที่แท้จริง ดังนี้ สำหรับข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด, 1.51 - 2.50 หมายถึง น้อย, 2.51 - 3.50 หมายถึง ปานกลาง, 3.51 - 4.50 หมายถึง มาก และ 4.51 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด ส่วนข้อคำถามที่เป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ คะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง น้อย, 1.51 - 2.50 หมายถึง ปานกลาง, 2.51 - 3.50 หมายถึง มาก และ 3.51 - 4.00 หมายถึง มากที่สุด

ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>9-12,16-18</sup> ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ เกสัชกรรม สังคมและเภสัชกรรมคลินิก รวมจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลองค์กรักษ์ อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 30 คน นำผลที่ได้มาปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง หลังจากนั้นแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง พบว่าค่าความเชื่อมั่น (Internal consistency reliability) ของแบบสอบถามในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.838 (ค่าอำนาจจำแนกรายข้อมีค่าตั้งแต่ 0.221 - 0.556), 0.690 (ค่าอำนาจจำแนกรายข้อมีค่าตั้งแต่ 0.171 - 0.408) และ 0.897 (ค่าอำนาจจำแนกรายข้อมีค่าตั้งแต่ 0.323-0.673) ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเก็บข้อมูลขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยได้แก่ พยาบาล เกสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลนครนายก รวม 20 แห่ง ได้รับการชี้แจงและอบรมวิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจาก

ผู้วิจัยก่อนการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลค่าความดันโลหิต ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในวันนั้น

ก่อนดำเนินการ งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติแล้วโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เลขที่อนุมัติ 014/2555, 21 พฤศจิกายน 2555) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก (เลขที่อนุมัติ 6/2556, 17 มิถุนายน 2556)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้ ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลสำหรับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมรวม ความเชื่อด้านสุขภาพรวม พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม และค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure พบว่ามีการกระจายเป็นปกติ มีเพียงบางมิติย่อยของความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่มีการกระจายไม่เป็นแบบปกติ จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีการกระจายเป็นปกติและไม่ปกติตามลำดับ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 13.0

## ผลการศึกษา

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 200 ชุด และได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวนทั้งสิ้น 200 ชุด (ตารางที่ 1) ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.7) โดยเฉลี่ยมีอายุประมาณ 60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.3) และมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 28.8) กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 5,887 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.5) เกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 79.0) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นโรคโรครมาไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 62.1) ค่าเฉลี่ยความดัน systolic และ diastolic จากการตรวจในวันเก็บข้อมูลเท่ากับ  $130.84 \pm 14.98$  และ  $78.59 \pm 10.61$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลตัวเอง (ร้อยละ 59.6) ร้อยละ 92.5 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อสอบถามว่ากลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับค่าความดันโลหิตสูงปกติหรือไม่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.0) ตอบว่าไม่ทราบ และร้อยละ 90.6 มาตรวจตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ (n = 198)		
ชาย	54	27.3
หญิง	144	72.7
2. อายุ (n = 195)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี	105	53.8
60 ปีขึ้นไป	90	46.2
อายุเฉลี่ย ( $\bar{x} \pm SD$ )		59.22 $\pm$ 12.31
3. ระดับการศึกษาสูงสุด (n = 199)		
ไม่ได้เรียน	12	6.0
ประถมศึกษา	138	69.3
มัธยมศึกษา / ปวช.	35	17.6
อนุปริญญา / ปวส.	9	4.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	2.5
4. อาชีพปัจจุบัน (n = 198)		
ไม่ได้ทำงาน	39	19.7
เกษตรกร	57	28.8
กิจการส่วนตัว / ค่าขาย	23	11.6
รับจ้าง	37	18.7
ข้าราชการบำนาญ	2	1.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	5.6
แม่บ้าน	29	14.6
5. รายได้ (n = 198)		
ไม่มีรายได้	18	9.1
มีรายได้	180	90.9
≤5,000 บาท/เดือน	107	53.5
5,001-10,000บาท/เดือน	54	27.0
≥10,001 บาท/เดือน	14	7.0
ไม่ระบุ	25	12.5
รายได้เฉลี่ยเฉพาะผู้ที่มีรายได้ ( $\bar{x} \pm SD$ )		5,887.60 $\pm$ 6,202.62
6. ประวัติการสูบบุหรี่ (n = 200)		
ไม่เคยสูบบุหรี่	158	79.0
เคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบไปแล้ว	30	15.0
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	12	6.0
7.จำนวนปีที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n = 190)		
≤ 5 ปี	118	62.1
6 – 10 ปี	58	30.5
11 – 15 ปี	8	4.2
≥16 ปี	6	3.2
จำนวนปีที่ เป็นโรคเฉลี่ย ( $\bar{x} \pm SD$ )		5.58 $\pm$ 4.21
8. ความดันโลหิต ( $\bar{x} \pm SD$ ) (mmHg)		
Systolic (min = 95; max = 200)	130.84 $\pm$ 14.98	
Diastolic (min = 42; max = 111)	78.59 $\pm$ 10.61	
9. บุคคลที่ดูแลในปัจจุบัน (n = 198)		
ลูกหลาน	60	30.3
ญาติพี่น้อง	10	5.1
ดูแลตัวเอง	118	59.6
อื่นๆ	10	5.1
10. การได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่เคย	15	7.5
เคย	185	92.5
แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์	176	94.6
บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน	57	30.6
บุคคลที่มีประสบการณ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง	51	27.4
โทรทัศน์	70	37.6
วิทยุ	34	18.3
หนังสือพิมพ์	29	15.6
แผ่นพับ	57	30.6
สื่อออนไลน์ หรือ อินเทอร์เน็ต	8	4.3
11. ความรู้เกี่ยวกับค่าปกติของความดันโลหิตสูง		
ไม่รู้	70	65.0
รู้	30	35.0
12.การมารับการตรวจและพบแพทย์ตามนัด (n = 191)		
ตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง	173	90.6
มาตรวจเป็นบางครั้ง	17	8.9
อื่น ๆ	1	0.5

**ค่าความดันโลหิต การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง**

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic จากการตรวจในวันที่เก็บข้อมูลเท่ากับ  $130.84 \pm 14.98$  และ  $78.59 \pm 10.61$  มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (ตารางที่ 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านข้อมูลข่าวสารมีระดับมาก โดยการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 3.22$ ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ/การเงิน/แรงงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 2.37$ ) และอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	แปลผล
<b>การสนับสนุนทางสังคม<sup>a</sup></b>			
ด้านอารมณ์	3.02	0.56	ระดับมาก
ด้านการประเมินค่า	2.96	0.49	ระดับมาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.97	0.60	ระดับมาก
ด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน	2.37	0.82	ระดับปานกลาง
โดยรวม	2.87	0.47	ระดับมาก
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>b</sup></b>			
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค	4.20	0.53	ระดับมาก
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค	3.99	0.47	ระดับมาก
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค	4.32	0.45	ระดับมาก
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรค	3.44	0.97	ระดับปานกลาง
โดยรวม	4.06	0.40	ระดับมาก
<b>พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง<sup>c</sup></b>			
การรับประทานยา	3.42	0.38	ระดับมาก
การรับประทานอาหาร	2.96	0.42	ระดับมาก
การออกกำลังกาย	2.86	0.81	ระดับมาก
การจัดการความเครียด	3.24	0.57	ระดับมาก
โดยรวม	3.16	0.29	ระดับมาก

<sup>a</sup> คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 1 - 4; <sup>b</sup> คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 1 - 5

กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับมาก (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรคมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.32$ ) และความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรคมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.44$ ) และอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองนั้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับมาก โดยมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีที่สุด ( $\bar{X} = 3.42$ ) รองลงมาคือพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด ( $\bar{X} = 3.24$ ) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $\bar{X} = 2.96$ ) ตามลำดับ

**ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร**

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตแสดงดังตารางที่ 3 โดยพบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.218, P\text{-value} < 0.01$ ) ความเชื่อด้านสุขภาพสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.406, P\text{-value} < 0.01$ ) และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า Diastolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.277, P\text{-value} < 0.01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ระหว่างพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและค่า Systolic blood pressure

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	2	3	4	5	$\bar{x} \pm SD$
1. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.218*	0.131	-0.024	0.034	63.10 ± 10.40
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ		0.406*	-0.134	-0.251*	97.48 ± 9.69
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง			-0.043	-0.277*	53.72 ± 4.85
4. Systolic blood pressure				0.503*	130.84 ± 14.98
5. Diastolic blood pressure					78.59 ± 10.61

\*  $P\text{-value} < 0.01$

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แยกย่อยเป็นรายด้าน (ตารางที่ 4) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขนาดของความสัมพัทธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรคกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมีค่ามากที่สุด ( $r = 0.346, P\text{-value} < 0.01$ ) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ( $r = 0.275, P\text{-value} < 0.01$ ) ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขนาดของความสัมพัทธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่ากับความเชื่อด้านสุขภาพมีค่ามากที่สุด ( $r = 0.315, P\text{-value} < 0.01$ ) รองลงมาคือความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารกับความเชื่อด้านสุขภาพ ( $r = 0.224, P\text{-value} < 0.01$ ) ส่วนการสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน ไม่พบความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองรายด้านกับค่า Diastolic blood pressure พบว่าด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า Diastolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขนาดของความสัมพัทธ์ระหว่างการ

รับประทานยากับค่า Diastolic blood pressure มีค่ามากที่สุด ( $r = -0.236, P\text{-value} < 0.01$ ) รองลงมาคือความสัมพันธ์ระหว่าง ออกกำลังกายกับค่า Diastolic blood pressure ( $r = -0.182, P\text{-value} = 0.019$ ) ส่วนพฤติกรรมจัดการความเครียดไม่พบความสัมพันธ์กับค่า Diastolic blood pressure ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรต้น รายด้านและตัวแปรตาม

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม
	พฤติกรรมจัดการตนเอง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค <sup>๑</sup>	0.206**
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค	0.246**
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค	0.275**
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค	0.346**
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม</b>	<b>0.406**</b>
	ความเชื่อด้านสุขภาพ
ด้านอารมณ์ <sup>๒</sup>	0.190**
ด้านการประเมินค่า	0.315**
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.224**
ด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน	-0.020
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม</b>	<b>0.218**</b>
	ค่า Diastolic blood pressure
การรับประทานยา <sup>๓</sup>	-0.236**
การรับประทานอาหาร <sup>๓</sup>	-0.148*
การออกกำลังกาย	-0.182*
การจัดการความเครียด	-0.059
<b>พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม</b>	<b>-0.277**</b>

\* P-value < 0.05; \*\* P-value < 0.01; <sup>๑</sup> สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

## อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิต รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครนายกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ การเงิน แรงงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เกือบทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรคซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับมาก

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของฟิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์<sup>10</sup> ซึ่งศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพ การ

สนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่าระดับความคิดเห็นต่อความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมและในด้านการรับประทานอาหาร ด้านขับถ่าย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับประทานยา ด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับมาก และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอีกหลายเรื่อง ซึ่งในภาพรวมก็พบผลการศึกษที่สอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก<sup>6-13</sup>

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากอาจเนื่องจากเหตุผลหลายประการ กล่าวคือ *ประการแรก*กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุเฉลี่ย  $59.22 \pm 12.31$  ปี) ซึ่งมีวุฒิภาวะในการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่ รวมทั้งมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง (จำนวนปีที่เป็นโรคเฉลี่ย  $5.58 \pm 4.21$  ปี) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงภาวะต่างๆ ของโรคความดันโลหิตสูงที่ตนเป็นอยู่ และเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรค เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย

เหตุผล*ประการที่สอง* อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 94.6 ได้รับความรู้จากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 37.6 ได้รับความรู้จากโทรทัศน์ นอกจากนี้ ยังมีแหล่งอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลที่มีประสบการณ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสื่ออื่น ๆ โดยการได้รับความรู้ดังกล่าวมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น ปัจจัยร่วมอันได้แก่ ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และแรงจูงใจหรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคคลอื่นส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค<sup>๕</sup> สาเหตุ*ประการที่สาม* อาจมาจากสภาพที่วากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีความรุนแรงของโรค ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากผู้ป่วยมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อควบคุมโรค ความตั้งใจดังกล่าวนี้เป็นแรงจูงใจหรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค<sup>๕</sup>

ประการสุดท้ายอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.218, P\text{-value} < 0.01$ ) **สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1** และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า (1) เมื่อมีคนคอยเอาใจใส่ห่วงใย ให้กำลังใจ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นคนที่มีความสำคัญ (2) เมื่อมีคนให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือชี้แนะเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และบอกให้ทราบถึงผลการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย (3) เมื่อมีคนคอยให้คำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค ตลอดจนจัดหาเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน รับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค รับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคเพิ่มขึ้น และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคน้อยลง ซึ่งตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นปัจจัยร่วม (Modifying factors) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคเมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค โดยจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลก็พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับมาก อาจเนื่องจาก *ประการแรก* ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.6) มารับการตรวจตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง ทำให้ได้รับการดูแลและคำแนะนำจากแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อควบคุมโรคทั้งในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด *ประการที่สอง* อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงซึ่งผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.406, P\text{-value} < 0.01$ ) **สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2** และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แยกย่อยเป็นรายด้าน ก็พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีอุปสรรคน้อย กลุ่ม

ตัวอย่างก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งมีแนวคิดว่า การที่บุคคลหนึ่งจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ นั้น เป็นผลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการรับรู้และประเมินถึงผลดีและผลเสีย แล้วนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติในสิ่งอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของตนเอง โดยการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ภาวะความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และสอดคล้องกับผลการศึกษาของงานวิจัยหลายเรื่องที่ผ่านมา<sup>6-13</sup> ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับระดับความดันโลหิต พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า Diastolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.277, P\text{-value} < 0.01$ ) **สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3** ที่ตั้งไว้ ซึ่งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า Diastolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ดีจะทำให้ระดับความดันโลหิตล่างลดลงสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แนะนำโดย JNC7 และ JNC8<sup>19,20</sup> และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษาครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับค่า Systolic blood pressure ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ก็พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ ( $r = -0.043, P\text{-value} > 0.05$ ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้เป็นเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร (Bivariate analysis) ผู้วิจัยไม่ได้ทำการควบคุมปัจจัยรบกวนอื่นที่อาจส่งผลต่อค่า Systolic blood pressure ซึ่งอาจจะรบกวนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองได้

นอกจากพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (ตารางที่ 3) ยังพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.251, P\text{-value} < 0.01$ ) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับค่าความดันโลหิตพบว่า มีเพียงด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า Diastolic blood pressure ( $r = -$

0.320,  $P$ -value < 0.01) และค่า Systolic blood pressure ( $r = -0.203$ ,  $P$ -value < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีอุปสรรคน้อยลง (กล่าวคือมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมโรคเพิ่มขึ้นนั่นเอง เนื่องจากเป็นข้อความเชิงลบ การรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย เมื่อกลับคะแนนแล้วจะทำให้คะแนนเพิ่มขึ้น) ผู้ป่วยก็จะมีค่า Diastolic blood pressure และ Systolic blood pressure ลดลง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาศัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น ซึ่งพบว่าขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่ามากที่สุด

จากการดำเนินการวิจัยและผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติดังนี้ 1) ควรมีการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค 2) บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือชี้แนะเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และบอกให้ทราบถึงผลการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ตลอดจนเพิ่มช่องทางการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่ผู้ป่วย 3) สมาชิกในครอบครัวควรให้ความเอาใจใส่ ห่วงใยให้กำลังใจ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคนที่มีคุณค่า รวมทั้งกระตุ้นเตือนด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการไปพบแพทย์ตามนัด

นอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป ดังนี้ 1) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่การที่เป็นรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) และเป็นเพียงการศึกษาศัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ทำให้ยังมองไม่เห็นภาพของปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดนี้ รวมทั้งศึกษาปัจจัยทำนายความคงอยู่ (Maintenance) ของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยองค์ความรู้ในส่วนนี้จะมีประโยชน์ไม่เพียงแต่การนำไปสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้น แต่จะทำให้ทราบช่วงเวลา (Duration) ของการให้โปรแกรมด้วย 2) ควรมีงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกมากขึ้น

เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดดังต่อไปนี้ 1) งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ที่ละ 2 ตัวแปรเท่านั้น ไม่ได้ศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตวิทยา ดังนั้นในการตีความหมายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต รวมทั้งการนำผลการศึกษาไปใช้จึงควรระมัดระวัง 2) ตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมดเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งอาจมีความกระตือรือร้น ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตอยู่แล้ว ดังนั้นจึงอาจทำให้ผลการศึกษามีอคติได้ นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ค่อนข้างสูง คือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้สูงอายุ อาจจะมีระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร เนื่องจากความผันแปรของการวัดมีน้อย นอกจากนี้การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นจึงควรระมัดระวัง และ 3) การที่ให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของสังคม แม้ว่าแบบสอบถามเพื่อวัดตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับมาจากงานวิจัยอื่นที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งได้ทดลองใช้แบบสอบถามแล้ว แต่เนื่องจากการวัดทั้งหมดขึ้นกับการตอบที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวต่าง ๆ และขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ สูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการแปลผล

### สรุปผลการศึกษา

ในภาพรวมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก มีการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า Diastolic blood pressure การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและการสร้างรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นหรือรักษาระดับพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วให้คงอยู่ และสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย บุคลากรโรงพยาบาลนครนายก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดนครนายกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก (19 แห่ง) ที่เอื้อเพื่อให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี



## References

1. Thai Hypertension Society. Hypertension. (Accessed on Mar. 5, 2014, at <http://www.thaihypertension.org>). (in Thai)
2. Thai Hypertension Society. Guidelines on the treatment of hypertension, 2012. 1<sup>st</sup> edition. Bangkok. Hua Num Printing, 2012. (in Thai)
3. Bureau of Non-communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Data on non-communicable diseases. (Accessed on Mar. 5, 2014, at <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>). (in Thai)
4. Intarakamhang U. Health behavior change. Bangkok. Institute of Behavioral Research, Srinakharinwirot University, 1998. (in Thai)
5. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education. 4<sup>th</sup> Edition. California. Jossey-Bass Publishers, 2008.
6. Srithailuan A. Health belief and self-care behavior to prevent complications of in patients with hypertension in Vajirapayaban hospital. Master degree thesis (Health education). Bangkok. Graduate school, Srinakharinwirot University, 1998. (in Thai)
7. Riounin R. Health beliefs and disease control behaviors among persons with hypertension in primary care unit of Li hospital, Lamphun province. Master degree independent study report (Adult nursing). Chiangmai. Graduate school, Chiangmai University, 2007. (in Thai)
8. Auttama S. Health beliefs and drug use behavior of persons with hypertension at Chiangdao hospital, Chiang Mai province. Master degree independent study report (Adult nursing). Chiangmai. Graduate school, Chiangmai University, 2006. (in Thai)
9. Buranasing K, Vicharn D. Health beliefs and self-care behaviors of patients with hypertension in Ongkharak district, Nakhonnayok province. Bachelor's degree research project. Nakhonnayok. Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University, 2012. (in Thai)
10. Purateeranrath P. Health beliefs and social support with self-care of essential hypertension patients at Surin hospital, Surin province. *Med J Srisaket Surin Burirum Hosp* 2011;26(3):449-462.
11. Samoh M, Ruechutakul P, Chuengchao C. Health beliefs and self-care of hypertension patients Tumbol Puyud Amphoe Muang Changwat Pattani. *J Edu Prince of Songkla University Pattani Campus* 2009;20(1):53-66. (in Thai)
12. Boonyasopun U, Perngmark P, Thongtamlung J. Perceived susceptibility to hypertension and preventive behaviors among transitional aged women in Thachang district, Suratthani province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2011;3(1):47-60. (in Thai)
13. Seetisan P, Suwannarat A, Jailungkar J. Factors associated with self-care behaviors among uncontrolled hypertension patients in Dokkhamtai hospital, Dokkhamtai district, Phayao province. *Lanna Pub Health J* 2013;9(2):120-136. (in Thai)
14. Laloon P, Madhyamankura N, Malarat A. Self-care behavior of hypertensive patients at out-patient department of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *J Med Health Sci – Faculty of Medicine Srinakharinwirot University* 2013;18(3):160-169. (in Thai)
15. Thongnoi W. The application of the Health Belief Model with social support to improve preventive behavior for cerebrovascular disease among hypertension patients in Tumbon Nonpayom Chonnabot district. *Res Develop Health Syst J* 2012;5(1):37-49. (in Thai)
16. Sunsern R, Rattanagreethakul S, Lawang W, et al. Evidence, problems and health care needs for hypertension patients at Baan-bung district, Chon-buri province. *J Nurs Edu* 2011;4(1):2-16. (in Thai)
17. Leelajarus S, Aurathai P. Construct validity of social support questionnaire in Thai women diagnosed with hypertension. *J Pub Health Nurs* 2011;25(3):1-17. (in Thai)
18. Thianpramook A. Associations between social support and self-care in hypertension patients. Khon Kaen. Khon Kaen university, 1991. (in Thai)
19. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
20. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults, report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014;311(5):507-520.
21. Thai Hypertension Society. Guidelines on the treatment of hypertension. (Accessed on Jul. 5, 2014, at [www.thaihypertension.org](http://www.thaihypertension.org)) (in Thai)

### Editorial note

Manuscript received in original form on December 5, 2014;  
accepted in final form on April 20, 2015