



การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Marshall H. Becker ในการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมือง จังหวัดพิษณุโลก ทศพล ดวงแก้ว* และพัชรินทร์ สิริสุนทร

An Application of Marshall H. Becker's Health Belief Model [HBM] in the Study of Hypertension Patients in Urban Communities in Phitsanulok

Thotsaphon Duangkaew* and Patcharin Sirasoonthorn

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก 65000

Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Social Sciences, Naresuan University, Phitsanulok 65000

*Corresponding author. E-mail address: potae.ices@gmail.com

Received: 30 May 2016; Accepted: 11 October 2016

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ประการแรก ได้แก่ เพื่อนำเสนอผลสรุปของการวิจัย เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Marshall H. Becker ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประการที่สอง เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ระบาดวิทยาทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประการสุดท้าย เพื่อเสนอแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย ผู้เขียนต้องการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในเขตเมืองแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม บริบททางสังคม และการนำเครื่องมือทางสังคมศาสตร์ใหม่ๆ อาทิ แผนระบาดวิทยาทางสังคมมาใช้เพื่อจัดการกับความเสี่ยงทางวัฒนธรรมสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยผสมผสาน ประกอบด้วย (1) การศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพื้นที่ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นชุมชนเขตเมืองที่พบปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสมน้อยที่สุด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพแบบปลายปิด กับผู้ป่วยที่คัดเลือกตัวอย่างตามตารางของทาโร ยามานะ จำนวน 56 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) การศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การใช้แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 10 ราย ที่คัดเลือกจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมได้ และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เขียนบรรยายแบบเล่าเรื่อง และนำเสนอเป็นรายประเด็นของการศึกษา และ (3) การวิเคราะห์ระบาดวิทยาทางสังคม โดยบูรณาการผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผ่านตัวแปรอายุและภาวะแทรกซ้อนของโรค ก่อนสังเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในรูปของแผนที่ทางสังคม เพื่อแสดงระบาดวิทยาทางสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า (1) ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ย 4.48 (S.D. = .327) มากที่สุด (2) ด้านระบาดวิทยาทางสังคม โดยการจำแนกตามช่วงอายุ และภาวะแทรกซ้อน พบการกระจุกตัวของผู้ป่วยในสองพื้นที่ คือ ชุมชน “น้ำค้าง” และ “สีนวล” (3) แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมือง ควรพิจารณาระบาดวิทยาทางสังคม ร่วมกับการวิเคราะห์บริบททางสังคม ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม อาทิ ความหลากหลายของอาหารที่มีในท้องถิ่น และบทเรียนที่ถอดจากประสบการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมจัดการและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ชุมชนเมือง พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This article had 3 objectives. First, it aimed to present the conclusive findings of the research named “the study of hypertension patients according to Marshall H. Becker's health belief model in urban communities in Phitsanulok”. Second, it aimed to present social epidemiology among hypertension patients. Finally, it aimed to propose practical guidelines for controlling high blood pressure in target population. The authors highlighted the crucial of using holistic approach concerning cultural risk factors, social context and the application of new social research tools called “Social Epidemiology Social Geographical Mapping (SESGM)” for the study of situation and health behaviors of the target patients. Mixed method included: (1) quantitative research was applied to collect data from 56 samples who had been identified by using Taro Yamane sampling table. First, the authors adopted Becker's Health Belief Model (HBM) for developing research tools. The descriptive statistical analysis was applied. The quantitative findings

were presented in forms of frequencies, percentage, median and standard deviation. (2) Then, qualitative research was carried out to collect data from 10 middle level and controlling blood pressure cases. These cases were individually interviewed by using interview guideline. The data was analyzed by using content analysis and narrative technique. (3) Finally, SESGM was synthesized based on social factors including age and complication symptoms.

Findings included: 1) Most patients perceived severity at an average of 4.48 (S.D. =.428), 2) The social epidemiology revealed the highest concentration on areas of “Namkhang” and “Si-Nuan”, 3) The authors suggested that a practical guideline for controlling high blood pressure for these hypertension patients should be based on the consideration of socio-cultural context, self-care and social epidemiology. These included consumption behaviors such as food controlling based on varieties of food available in patients’ habitat, self-care behaviors such as exercise, emotion and stress management. They suggested that the good practical guidelines for hypertension patients in urban community should be based on good practice developing from experiences of hypertension patients, health behaviors and socio-cultural context.

Keywords: Hypertension Patient, Health Belief Model, Urban Community, Health Behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ.2556 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า โลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงประมาณพันล้านคน และเกือบทุกปี โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการตายที่คร่าชีวิตประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้พบว่า ประชากรในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งรวมถึงประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.5 ล้านคน หรือประชากร 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควรของคนไทย (Phangjunan & Pantuwet, 2013)

จากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ.2555 ประเทศไทย มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวน 602,548 ราย ซึ่งเพศหญิงมีการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย โดยมีจำนวนถึง 379,047 และเพศชายมีจำนวน 223,501 ราย ต่อมาในปี พ.ศ.2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปรายงานการป่วยของประชากรไทยว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลทั้งหมดพบว่า มีสาเหตุการป่วยมาจากโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และเมื่อจำแนกอัตราผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลรายภาค พบว่า ภาคเหนือมีอัตราการป่วยสูงที่สุด หรือเป็นอันดับแรกของประเทศไทย (Thepsitta, 2013)

สำนักงบประมาณได้เปิดเผยพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ตามมาตรา 23 ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในกำกับว่า ใน

งบประมาณจำนวน 123,543,058,600 บาท รัฐต้องสูญเสียไปเพื่อการตรวจรักษา และการรักษา ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งงบประมาณดังกล่าวได้กลายเป็นต้นทุนค่ายาจำนวนมาก โดยพบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก โดยผู้ป่วย 1 คน มีมูลค่าการใช้ยาโดยประมาณไม่ต่ำกว่า 1,000 บาท/คน/เดือน และเฉลี่ย 1 คน มีการใช้ยาประมาณ 6.7 รายการ/คน/เดือน และยังพบว่า ร้อยละ 75 เป็นยาสำเร็จรูปที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ และอีกร้อยละ 25 เป็นยาที่ประเทศไทยต้องนำเข้าวัตถุดิบ เพื่อร่วมผลิตยาในประเทศอีกด้วย ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศไทยมีความจำเป็นต้องใช้ยาจำนวนมาก เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งหนึ่งในกลุ่มของโรคเรื้อรังข้างต้น คือ “ความดันโลหิตสูง” (Bureau of the Budget, 2016; Thai Health Promotion Foundation, 2009)

จากการรายงานข้อมูลสถิติ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนประจำปี พ.ศ.2558 ของจังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้นถึง 59,217 ราย (Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2015a; Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2015b) ซึ่งในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งขึ้นทะเบียนไว้กับเครือข่ายบริการสุขภาพเทศบาลนครพิษณุโลก จำนวน 1,273 ราย (Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2015a; Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2015b) นับว่าเป็นพื้นที่ที่มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่น้อยที่สุด และมีแนวโน้มจะลดลง พื้นที่ดังกล่าว จึงมีความน่าสนใจในการศึกษา โดยผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดแบบแผน



ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Marshall H. Becker สำหรับอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามปัจจัยต่าง ๆ 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ (Janz & Becker, 1984) ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาเชิงลึกในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองเหล่านี้ (Primary Health Care Center, Buddhachinaraj Hospital, 2015) จากเหตุผลข้างต้น ทำให้คณะผู้วิจัยเลือกพื้นที่ดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสุขภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรมภายใต้บริบทของสังคมเมือง

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ได้ถูกประยุกต์ใช้ในการศึกษาประเด็นด้านสุขภาพในมิติที่หลากหลาย ตัวอย่างงานเขียนของ Li, Lei, Wang, He, and Williams (2016) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ในกลุ่มชายรักชาย (MSM) ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเลือกกรณีศึกษาในกลุ่มชายรักชายในสังคมจีน ผลการศึกษา พบว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงอันตรายสูงสุด จึงมีพฤติกรรมการป้องกันไปในแนวทางที่ดี โดยงานวิจัยชิ้นนี้ สะท้อนมิติของความเชื่อทางสุขภาพของกลุ่มชายรักชายที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ ยังพบงานเขียนของ Newell, Modeste, Marshak, and Wilson (2009) ซึ่งศึกษาเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) กับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชากรผิวสีที่อาศัยอยู่ในกรุงลอนดอน สหราชอาณาจักร โดยเปรียบเทียบประชากรผิวสีซึ่งมีสถานที่กำเนิดแตกต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ แคริเบียน (Caribbean) แอฟริกา (Africa) และสหราชอาณาจักร (United Kingdom) ผลการศึกษาว่า อันที่จริงที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่พบว่า มีเพียงร้อยละ 25.3 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้นที่รับรู้ถึงความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนสภาพปัญหาของการนำองค์ความรู้ในการป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ในขณะที่มีประชากรร้อยละ 68.6 มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้สามารถ

พยากรณ์การอุบัติใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรผิวสีได้ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังนี้กลับมีข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่า มีลักษณะกระจุกตัวเฉพาะประชากรผิวสีที่มาร่วมกิจกรรมกับคริสตจักรเท่านั้น ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดของวิธีวิทยา ที่สัมพันธ์กับอคติบางประการของผู้วิจัย

สำหรับการศึกษาด้านสังคมวิทยาการแพทย์ในประเทศไทย พบว่า มีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงหลายครั้ง อาทิ การศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ Kadgosem (2014) ที่ศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลังจากการทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การศึกษาของ Thongnoi (2011) ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย เกิดจากความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรค หรือความต้องการเผชิญกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ชนิดนี้เป็นผลมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ ซึ่งประกอบการบรรยายวิถีทัศน์และการใช้สื่อที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อของบุคคล จนทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีโอกาสร้อยต่อการเป็นโรค

อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมักสะท้อนเพียงมิติทางด้าน “เชื้อโรค” และ “การรักษาโรค” ที่ขาดการบูรณาการหรือค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วย ภายใต้บริบททางสังคมหนึ่งๆ ดังนั้น การใช้เครื่องมือทางสังคมศาสตร์ เพื่อทำความเข้าใจกับหลากหลายของผู้ป่วยในแต่ละบริบททางสังคม จึงช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษา “ระบาวิทยาทางสังคม” แบบเชิงพรรณนา งานเขียนของ Sirasoonthorn (2015) เสนอ กรณีศึกษาตัวแปรทางสังคม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ และสถานทางสังคม มีผลต่อระบาวิทยาทางสังคม ตัวอย่างเช่น

สถานภาพทางสังคมทำให้คนรวยป่วยเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจมากกว่าคนจน บุคคลที่มีสถานภาพสังคมต่ำกว่ามักป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคติดเชื้อต่างๆ มากกว่างานเขียนของ Chongthawonsatid (2014) ได้ยกตัวอย่างกรณี ผู้หญิงที่มีเศรษฐกิจสังคมต่ำมีความชุกในการสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และมีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่มีเศรษฐกิจทางสังคมสูง ซึ่งในบทความนี้ ผู้วิจัยเลือกนำเสนอตัวแปรระบาดวิทยาทางสังคม ได้แก่ อายุ และภาวะแทรกซ้อน ผ่านแผนภาพระบาดวิทยาทางสังคม

การนำเสนอแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Marshall H. Becker มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในมิติทางด้านสังคมศาสตร์ เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองของจังหวัดพิษณุโลก จึงสะท้อนสภาพปัญหาเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ที่มีส่วนกำหนดความสำเร็จของกระบวนการจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตชุมชนเมือง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Marshall H. Becker ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อนำเสนอแผนที่แสดงระบาดวิทยาทางสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อเสนอแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความนี้เป็นผลการวิเคราะห์สรุปจากการวิจัยซึ่งใช้การศึกษาเชิงผสมผสาน ประกอบด้วย (1) การศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งมีประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 56 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยตารางของทาร์ยามาเน (Taro Yamane) (Yamane, 1967) เก็บข้อมูล

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Marshall H. Becker ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญที่นำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลผ่านการสนทนากับกลุ่มตัวอย่างทีละราย แล้วจึงวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนพื้นที่ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 10 ราย โดยการระบุจำนวน กระทำเมื่อข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ เข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีภาวะโรคแทรกซ้อนมากกว่า 2 โรค มีความทรงจำที่ดี และไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการจัดการความเครียด สภาพปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยใช้แนวสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงการรักษาความลับ และการให้ความเคารพต่อสิทธิความเป็นส่วนตัวส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย ตามเงื่อนไขของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยการบันทึกเสียง และสังเกตอาการของกลุ่มเป้าหมายขณะสนทนา ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เป็นธรรมชาติ ไม่บีบบังคับให้เกิดความไม่สบายใจ แล้วจึงตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความถูกต้อง โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล จากนั้นทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เขียนบรรยายแบบเล่าเรื่อง และนำเสนอเป็นรายประเด็น โดยวิธีการเลือกประเด็นที่มีจุดร่วมกัน และจุดขัดแย้งกันตามประเด็นของการศึกษา และ (3) การวิเคราะห์ระบาดวิทยาทางสังคม ใช้การสังเคราะห์เชิงบูรณาการ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตีความและอธิบายผ่านบริบททางสังคม โดยกำหนดตัวแปรอายุและภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อสร้างเป็นแผนภาพระบาดวิทยาทางสังคม



ผลการวิจัย

ผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชุมชนพันปี อำเภอเมือง พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลด้านสังคมประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระบาดวิทยาสังคม และแนวทางควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยมีสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านสังคมประชากร

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลด้านความเครียด 2) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 3) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลเฉพาะบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพันปี จำนวน 56 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.1 อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 76.8 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.8 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.8 รายได้ส่วนใหญ่ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 500-700 บาทต่อเดือน) ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.8 ด้านสถานภาพทางสังคม ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 94.6 และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100

ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.5 รูปแบบการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ได้แก่ ประเภเตนเร็ว ร้อยละ 21.4 โดยออกกำลังกายครบทั้ง 7 วัน ร้อยละ 41.1 ส่วนรสชาติของอาหารที่ชื่นชอบคือ รสหวาน ร้อยละ 25.0 ประเภทของการปรุงอาหาร คือ ต้ม นึ่ง ตุ่น ร้อยละ 64.3 ผู้ให้ข้อมูลมีน้ำหนักโดยเฉลี่ยในช่วง 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 46.4 มีภาวะแทรกซ้อนของโรค คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 51.8 มีค่าความดันโลหิตสูงวัดครั้งสุดท้ายอยู่ในระดับอ่อน SBP 120-139, DBP 80-89 ร้อยละ 39.3

ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41 ส่วนกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 26.8 ชื่นชอบดื่มสุราขาว (เหล้าขาว) ร้อยละ 23.2 มีความถี่ในการดื่ม 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 17.9

ด้านความเครียด พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 55.4 และมีผู้ให้ข้อมูลที่มีความเครียด ร้อยละ 44.6 ซึ่งมักเป็นปัญหาด้านครอบครัว ร้อยละ 30.4 วิธีการที่ใช้จัดการความเครียด ได้แก่ การปรึกษากับผู้ที่ตนเองไว้วางใจ ร้อยละ 26.8

ตอนที่ 1.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อที่ 4 อาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ร้อยละ 92.9 และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อที่ 1 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.5 โดยระดับความรู้ของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หรือมีช่วงคะแนนระหว่าง 2-3 คะแนน ร้อยละ 60.71 มากที่สุด

ตอนที่ 1.3 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูล จำแนกออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า อาหารของผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ โดยลักษณะการเลือกรับประทานอาหารประเภทต่างๆ ขึ้นอยู่กับบริบทและการเข้าถึงแหล่งอาหาร อาทิ เข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย เป็นผักหรือผลไม้ที่สามารถปลูกไว้รับประทานเองที่บ้านได้ หาได้ตามฤดูกาล เช่น แตงกวา มะเขือพวง ผักกาดขาว ถั่วฝักยาว กะหล่ำปลี ดอกอัญชัน กระเทียม ผักบุ้ง ฝรั่ง มะละกอ กุ้ง ส้มเขียวหวาน ชมพู มะม่วงสุก แตงโม หรือเป็นอาหารประเภทผัก ผลไม้ หรือเนื้อสัตว์ที่มีจำหน่ายในชุมชน ส่วนกระบวนการปรุงอาหาร นิยมการปรุงอาหารที่ง่าย ไม่ซับซ้อน หรือรับประทานอาหารตามที่สมาชิกในครอบครัวจัดหาให้ ในส่วนของรสชาติอาหาร นิยมรสจืด

บริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมของการรับประทานอาหารของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เลือกบริโภคอาหารทั้งผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ที่เรียบง่ายตามสภาพทางเศรษฐกิจ หากพิจารณาแล้วสามารถจำแนกวัฒนธรรมการบริโภคของผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ให้ข้อมูลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดี จะไม่นิยมบริโภคผัก ผลไม้ตามฤดูกาล และเนื้อสัตว์ที่อาจมาจากต่างถิ่น ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักบริโภคผัก ผลไม้ตามฤดูกาล หรือเนื้อสัตว์ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้าหรือตลาดสด

ราคาย่อมเยา และสอดคล้องกับระดับรายได้ แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีวัฒนธรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน แต่จุดร่วมสำคัญ คือ เป็นการบริโภคที่มีเป้าหมาย เพื่อการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดตระหนักถึงความเสี่ยงทางวัฒนธรรมการบริโภค อาหาร กับระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในส่วนของกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการสร้างเสริมกำลังกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลนิยมออกกำลังกายที่ใช้แรงเคลื่อนไหวไม่มากจนเกินไป และปฏิบัติได้ภายในบ้านของตนเองหรือในบริเวณชุมชน เช่น เดินช้า เดินเร็ว ลุกนั่ง หมุนตัว ตัดคอ ปั่นจักรยานลม ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิค เปตอง วิ่ง รำไม้พลอง โดยจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 1 ชั่วโมงต่อวัน และมักกระทำเป็นประจำทุกวันบริเวณสวนสาธารณะใกล้บ้าน

บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูล ในประเด็นเรื่องออกกำลังกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี มีโอกาสออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายมากกว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี แต่โอกาสการมีพฤติกรรมออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และความใส่ใจของบุตรหลาน ส่วนเหตุผลของการเข้าไม่ถึงการออกกำลังกาย เกิดจากการประกอบอาชีพและความยากจน เนื่องจากต้องเร่งทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวและเกิดความเหนื่อยล้าจากการกิจประจำวัน

พฤติกรรมด้านการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเครียดจากปัญหาด้านครอบครัว ปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามลำดับ โดยรูปแบบของการจัดการกับความเครียดและลักษณะของการปฏิบัติ ดำเนินไปเพื่อควบคุมอารมณ์และความเครียด มักจะพึ่งพาตนเองและปรึกษากับผู้ที่ไว้วางใจได้เพื่อแก้ไขปัญหากำลังเผชิญอยู่

บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ให้ข้อมูล สามารถแบ่งตามสถานภาพทางเศรษฐกิจออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดี ความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีความยากจน และสามารถจัดการให้สมดุลได้โดยเร็ว เมื่อเปรียบเทียบผู้ให้ข้อมูลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี ที่อยู่ภายใต้ความกดดันของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว เช่น เป็น “พ่อ” เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักมี

ความเครียดสูง เพราะค่านิยมและวัฒนธรรมแบบไทย จัดวางให้พ่อเป็นเสาหลักของครอบครัวในการหารายได้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่ เป็น “พ่อ” ที่มีรายได้น้อย มักมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยทำให้ศักยภาพในการทำงานลดลง หารายได้ได้น้อยลง ไม่สามารถแสดงบทบาทหัวหน้าครอบครัวได้ และกลายเป็นภาระของครอบครัว จึงมีความเครียดมากกว่าและต้องมีการจัดการความเครียดที่ซับซ้อนมากขึ้น

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การประพฤติดและการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และสมาชิกภายในครอบครัวเป็นอย่างดี และปฏิบัติตามอย่างระมัดระวัง ตลอดจนมีวินัยทั้งในด้านของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดไว้

บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของการดูแลตนเอง ในประเด็นนี้ค่อนข้างชัดเจนจากข้อมูลเชิงปริมาณ การอยู่ในครอบครัว หรือการมีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดี ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเองเป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ได้มากกว่า อีกทั้งยังมีเวลา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เข้าถึงแหล่งอาหารที่ดีมีประโยชน์ อุปกรณ์และกิจกรรมการออกกำลังกายได้มากกว่า และมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีกว่า ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่มีพื้นฐานและสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี มักจะไม่สามารถทำตามคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง หรือเข้ารับการรักษาได้อย่างเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดของเวลา และรายได้ ผิดนัดกับแพทย์เนื่องจากติดงานประจำ

จากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สะท้อนให้เห็นว่า “สถานภาพทางเศรษฐกิจ” ได้แก่ รายได้ ประเภทของงานที่ทำ และระยะเวลาที่ใช้ในการทำงาน เป็นอุปสรรคสำคัญของผู้ป่วยยากจนในชุมชนเมือง ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่ดี หรือแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง แม้ว่าจะรับรู้ถึงความเสี่ยง และความจำเป็นในการควบคุมระดับความดันโลหิตก็ตาม

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.44 (S.D. = .428) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 4.23 -4.60) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การขาดการออกกำลังกายมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย 4.60, S.D. = .528) ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของ



โรค มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.48 (S.D. = .327) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 4.37-4.58) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นแล้วไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดได้ (ค่าเฉลี่ย 4.58, S.D. = .496) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.39 (S.D. = .290) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 4.17-4.64) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย 4.64, S.D. = .553) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 3.17 (S.D. =

.851) อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 2.89-3.50) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้ารับตรวจโรคความดันโลหิตสูงใช้ระยะเวลานาน มีผลต่อการประกอบอาชีพและรายได้ (ค่าเฉลี่ย 3.50, S.D. = 1.128) ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.03 (S.D. = .636) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 3.71-4.42) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ครอบครัวและญาติของท่านมีการกระตุ้นเตือนเรื่องของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงอยู่เสมอ (ค่าเฉลี่ย 4.42, S.D. = .782)

ตารางที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	4.44	.428	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.48	.327	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	4.39	.290	มาก
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	3.17	.851	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4.03	.636	มาก

จากตารางที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) พบว่า ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมเรียงตามลำดับ มาก ที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.48 (S.D. = .327) อยู่ในระดับมาก รองลงมา ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.44 (S.D. = .428) อยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.39 (S.D. = .290) อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ระบาดวิทยาทางสังคม

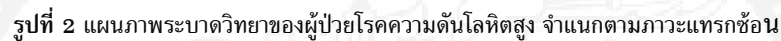
ผลการวิเคราะห์ระบาดวิทยาทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนพื้นที่ ตามตัวแปรด้านสังคม ประชากร ได้แก่ ช่วงอายุ ภาวะแทรกซ้อน ลักษณะทางกายภาพ และการกระเจกตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ามีโมเดลในเชิงปฏิบัติการ เพื่อช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้เพื่อการวางแผนเยี่ยมบ้าน ตลอดจนติดตามผลด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้ ข้อมูลด้านระบาดวิทยา ที่นำเสนอ ยังช่วยสะท้อนค่านิยมด้านความเสี่ยงทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ดังมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้



รูปที่ 1 แผนภาพระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามช่วงอายุ

จากรูปที่ 1 แสดงระบาดวิทยาทางสังคม จำแนกตามช่วงอายุกับบริบททางสังคมของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกระจายตัวบนแผนที่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยมีที่อยู่อาศัยกระจายตัวตามแนวนอน เมื่อพิจารณาบริเวณที่มีการกระจุกตัวของผู้ป่วย จะพบความชุกในพื้นที่ชุมชน “น้ำค่าง และสินवल” กล่าวคือมีจำนวนผู้ป่วย 23 ราย อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 5 ราย และช่วงอายุ

มากกว่า 60 ปี จำนวน 18 ราย เมื่อวิเคราะห์บริบททางสังคมของชุมชนพื้นที่ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ดังกล่าว มีการกระจุกตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ให้ข้อมูลในช่วงอายุอื่น ๆ



4.1 ด้านการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 4 แนวทางควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

4.2 ด้านการออกกำลังกาย

(1) ควรเลือกออกกำลังกายในระดับปานกลางที่ใช้พลังงานต่ำ ได้แก่ เดินเร็ว ลูกนั่ง หมุนตัว ดัดคอไปมา ปั่นจักรยาน และปั่นจักรยานลม

(2) ควรเลือกกิจกรรมที่ทดแทนการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ ทำความสะอาดบ้าน ดูแลสวน เปตอง และวิ่งระยะสั้น

(3) ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ประมาณ 30 นาทีต่อวัน และปฏิบัติอย่างต่ำ 1-2 วันต่อสัปดาห์

4.3 การควบคุมอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด

(1) ควรฝึกการควบคุมอารมณ์โกรธ ด้วยการค้นหาสาเหตุแห่งความขัดแย้งในใจด้วยตนเอง

(2) ควรจัดการกับความเครียด ด้วยการปรึกษาญาติพี่น้องที่ไว้ใจ ฝึกยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต และพักผ่อนด้วยการนอนหลับ

4.4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

(1) ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และสมาชิกในครอบครัวอย่างเคร่งครัด

(2) ควรปฏิบัติเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย หรือการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

อภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปราย ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Marshall H. Becker เพื่อทำความเข้าใจกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนพันปี อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งพบว่า สอดคล้องกับข้อเสนอของ Becker และงานวิจัยหลายชิ้น เช่น งานของ Inkong (2012) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาการเจ็บป่วยทางกาย และระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรปลูกยาสูบ โดยผลการศึกษาด้านการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้ในประเด็นดังกล่าวมากที่สุด จากทั้งหมด 5 ตัวแปร และพบลักษณะของความสอดคล้องร่วมกันระหว่างข้อค้นพบเชิงทฤษฎีและการศึกษาในประเด็นดังกล่าว กับ

ปัจจัยด้านการรับรู้ “ความรุนแรงของโรค” ที่ผู้ป่วยได้รับอิทธิพลมาจากคำแนะนำของแพทย์

สำหรับแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ส่วนใหญ่รับประทานผักที่สามารถหามาได้ง่าย มีประโยชน์ต่อร่างกายอยู่แล้ว จึงช่วยให้ซบถ่ายได้ดี ซึ่งผักผลไม้เหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถปลูกไว้ในบริเวณบ้าน มีการควบคุมไม่ใช้สารเคมี ได้แก่ แตงกวา มะเขือพวง ผักกาดขาว ถั่วฝักยาว กะหล่ำปลี คะน้า ดอกอัญชัน และผักบุ้ง ส่วนผลไม้มักหาซื้อได้จากตลาดสดใกล้ชุมชนที่มีผลไม้จำหน่ายตามฤดูกาล ดังนั้น การคงอยู่ของตลาดสด จึงมีความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยยากจน สำหรับผลไม้ที่นิยมปลูกไว้รับประทานเองที่บ้าน เช่น กล้วย มะละกอ ฝรั่ง ส้ม ชมพู แตงโม มะม่วง ด้านรสชาติอาหารส่วนใหญ่มักเป็นรสจัด ไม่เน้นการใช้เครื่องปรุงรส สอดคล้องกับการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ในงานเขียนของ Buranakitcharoen (2010) และ Nawicharoen (2010) กล่าวว่า ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม มีส่วนสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่สามารถควบคุมได้ โดยการปรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงการกินอาหารประเภททอด หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีการปรุงรสจัด และเลือกรับประทานถั่ว ผัก ผลไม้ต่างๆ และบริโภคอาหารที่ใช้เครื่องเทศแทนเกลือและผงชูรส

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ มักเป็นกิจกรรมที่ใช้แรงในการปฏิบัติไม่มาก มีความสะดวก มีขั้นตอนของกิจกรรมการปฏิบัติไม่ยุ่งยาก กระทำได้ด้วยตนเอง ทั้งภายในบ้าน บริเวณรอบบ้านและชุมชน ได้แก่ การเดินเร็ว ลูกนั่ง หมุนตัว ดัดคอไปมา ปั่นจักรยาน ปั่นจักรยานลม เปตอง เต้นแอโรบิค วิ่งเบาๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่มีลักษณะเคลื่อนไหวร่างกายใกล้เคียงกับการออกกำลังกาย ได้แก่ ทำความสะอาดบ้าน ดูแลสวน โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน และมักจะกระทำเป็นประจำทุกวัน ทั้งที่บ้านและสวนสาธารณะใกล้บ้าน พฤติกรรมดังกล่าวอนุมานได้ว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี และรักษาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kamran, Sadeghieh, Biria, Malepour, & Heydari (2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีวินัยในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชนบท



พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้และมีวินัยในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 24 เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย และการดื่มน้ำ (P < 0.01) ในประเด็นของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้ และตระหนักถึงประโยชน์ คุณค่า ความปลอดภัยของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ และยังสอดคล้องกับงานเขียนของ Phongpiboon (2013) ที่อธิบายว่า การออกกำลังกายเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดไขมันส่วนเกิน เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และโครงสร้างของร่างกายทำให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ความดันลดลงในผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง ควรการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ค่าความต้านทานของการไหลของเลือด (Total Peripheral Resistance) ลดลง ความต้านทานของเลือดนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากออกกำลังกาย ดังนั้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจึงช่วยลดความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ต่ำลง และทำให้การควบคุมความดันโลหิตนั้นง่ายขึ้น

พฤติกรรมด้านการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเครียด ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการปฏิบัติเพื่อการจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ดังกล่าวด้วยการนั่งเฉย ร้องไห้ ไม่พบปะผู้คน ปรึกษาญาติพี่น้องที่ไว้ใจ ยอมรับความจริงในชีวิต และพักผ่อนด้วยการนอน ดังนั้น พฤติกรรมดังกล่าว สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสาเหตุที่มีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 50-80 ปี โดยกลุ่มช่วงอายุดังกล่าว ให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาภายในครอบครัวเป็นหลัก แต่สภาพปัญหาดังกล่าว ไม่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการอธิบายสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมของ Phimchanawai (2009) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความเครียด โดยเฉพาะเครียดจากอารมณ์โมโหหรือวิตกกังวล หัวใจจะเต้นเร็วขึ้น และทำงานหนักขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย และจะส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนักจนกระทั่งกล้ามเนื้อหัวใจโต และนำไปสู่อาการต่างๆ ของโรคความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวกับหัวใจ นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบอีกด้วยว่า คนที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่มักจะเป็นโรคความ

ดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ตามชนบท ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากความเครียดในวิถีการทำงานของคนเมือง

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า บุคคลที่ส่งผลต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ แพทย์ และสมาชิกภายในครอบครัว การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่กระทำโดยการควบคุม และให้ความใส่ใจต่อการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต รวมถึงการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด สามารถอนุมานได้ว่า ผู้ป่วยดูแลรักษาสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Onoruoiza et al. (2015) ได้ศึกษาการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในฐานะของการแทรกแซงการไม่ปฏิบัติตามข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ จะช่วยแทรกแซงภาวะการไม่ปฏิบัติตามข้อมูลการรักษาโรคในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และยังสอดคล้องกับการอธิบายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของ Buranakitcharoen (2010) อธิบายว่า การรักษาโรคความดันโลหิตสูงควรมีวิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ กินยาให้สม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด การหลีกเลี่ยงความเครียด การเลิกสูบบุหรี่ การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ การเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Marshall H. Becker มีข้อจำกัดในการนำมาอธิบายด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบางมิติ ดังพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะรับรู้ในความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค และมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 ประเด็นหลักเป็นอย่างดี คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด แต่องค์ประกอบเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับประเด็นเชิงนโยบายบางประการ อาทิ การคงอยู่ของตลาดสด ทำให้การเข้าถึงแหล่งอาหารดี มีคุณภาพ ราคาไม่แพงทำได้ง่าย การมีสวนสาธารณะใกล้บ้าน ทำให้การเข้าถึงกิจกรรมการออกกำลังกายเกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน การมีแหล่งทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) สำหรับลูกหลาน และการมีบริการศูนย์สุขภาพชุมชนราคา

ถูก ทำให้ความเครียดเรื่องรายได้และความรับผิดชอบในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็น “พ่อ” ลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยนี้

1. ผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค มีการรับรู้อยู่ในระดับที่น้อยที่สุดจากปัจจัยทั้งหมด โดยในปัจจุบันข้างต้นมีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ความรู้สึกไม่สะดวกต่อการเข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์นัดตรวจอาการ” เนื่องจากต้องสูญเสียรายได้ เวลา และค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้ามารับการตรวจตามแพทย์นัดหมาย ดังนั้น ควรพิจารณานโยบายการโอนย้ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนพื้นที่ กลับมาอยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลกเช่นเดิม เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพเมือง โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก และยังเป็นการกระจายอำนาจการบริการทางด้านสุขภาพให้กับส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการบริการที่สะดวก รวดเร็ว มากยิ่งขึ้น

2. ผลการศึกษาระบาดวิทยาทางสังคม พบว่า พื้นที่ความรับผิดชอบของ “น้ำค่าง” และ “สินวล” มีการกระจุกตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ และภาวะแทรกซ้อน มากที่สุด ดังนั้น เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรเพิ่มความถี่ต่อการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและตรวจวัดระดับความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ

3. ผลการสังเคราะห์แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรักษาสุขภาพเป็นไปตามหลักการของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ควรคืนข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยรายใหม่ เช่น การรณรงค์การรับประทานอาหาร การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งต่อไป ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง” ควรต้องศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อสะท้อนให้เห็นถึง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงอายุอื่นๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการอธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และเลือกใช้วิธีการศึกษาเปรียบในบริบททางสังคมที่แตกต่างภายใต้เงื่อนไขเชิงนโยบายที่ซับซ้อนขึ้น เพื่อสะท้อนความแตกต่างของระบาดวิทยาทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

References

- Buranakitcharoen, P. (2010). *Essential hypertension*. Bangkok: Mo Chaoban.
- Bureau of the Budget. (2016). *Budget fiscal year act, 2016*. Retrieved from <http://www.bb.go.th/FILEROOM/CABBBI...>
- Chongthawonsatid, S. (2014). Social epidemiology in public health research. *Journal of Public Health*, 44(1), 93-105.
- Inkong, L. (2012). *The relationships between related factors, health belief perception, using pesticide behaviors, illness symptoms and level of blood cholinesterase among tobacco agricul tourist*. (Master's thesis). Naresuan University, Phitsanulok.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Kadgoserm, T. (2014). *Effects of the health belief model on health behavior and blood pressure level among patients with hypertension*. (Master's thesis). Naresuan University, Phitsanulok.



- Kamran, A., Sadeghieh, A. S., Biria, M., Malepour, A., & Heydari, H. (2014). Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(6), 922–927.
- Li, X., Lei, Y., Wang, H., He, G., & Williams, A. B. (2016). The health belief model: a qualitative study to understand high-risk sexual behavior in Chinese men who have sex with men. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 27(1), 66–76.
- Nawicharoen, R. (2010). *High blood pressure* (3rd ed.). Bangkok: Amarin Sukkhaphap.
- Newell, M., Modeste, N., Marshak, H. H., & Wilson, C. (2009). Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. *Ethnicity & Disease*, 19(winter), 35–41.
- Onoruoiza, S. I., Musa, A., Umar, B. D., & Kunle, Y. S. (2015). Using Health Beliefs Model as an Intervention to Non-Compliance with Hypertension Information among Hypertensive Patient. *Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*, 20(9), 11–16.
- Phangjunan, T., & Pantuwet, N. (2013). *The subject matter of campaign in world hypertension day, 2015*. Retrieved from <http://www.odpc9.ddc.moph.go.th/PR/58-Hypertension.pdf>
- Phimchanawai, P. (2009). *The controlling of hypertension*. Bangkok: Feel Good.
- Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2015a). *The cause of death according to the disease*. Retrieved from <http://61.19.22.108/death/web/index.php...>
- Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2015b). *The information of diabetes and hypertension system, Phitsanulok provinces: HT registration on 2015*. Retrieved from <http://61.19.22.108/ncd/web/index.php?r...>
- Phongpiboon, S. (2013). *The manual of prevention and treatment of chronic non-communicable diseases through exercise such as Diabetes, Hypertension, Obesity, Coronary Heart Disease for Health Officials* (2nd ed.). Nonthaburi: Department of Health.
- Primary Health Care center, Buddhachinaraj Hospital. (2015). *Lists of the high blood pressure patient, Phan-Pi, Muang district Phitsanulok*. N.P.: n.p.
- Sirasoonthorn, S. (2015). *Knowledge, power and health: from theory to practice*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Thai Health Promotion Foundation. (2009). *The situation of drug system report in 2009*. Retrieved from <http://www.thaidrugwatch.org...>
- Thepsitta, K. (March 25, 2013). *Disease surveillance summary report in 2012*. Retrieved from <http://www.boe.moph.go.th/Annual...>
- Thongnoi, W. (2011). *The application of health belief model with social support to improve preventive behavior for cerebrovascular disease among hypertension patients in Tumbon Nonpayom, Chonnabot district, Khon Kean province*. (Master's thesis). Khon Kaen University, Khon Kaen.
- Yamane, T. (1967). *Statistic; an introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.