นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

Factors influencing health-promoting behaviors among people at risk of hypertension in a rural community, Ubon Ratchathani Province

วานิช สุขสถาน วท.ม. (อนามัยครอบครัว)
วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Wanich Suksatan, M.Sc. (Family Health)
College of Nursing and Health,
Suan Sunandha Rajabhat University

Received: July 11, 2018
Revised: November 10, 2018
Accepted: November 22, 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลและคาดทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 302 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 64.90 ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพล และสามารถคาดทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ (Beta = .402) อายุ (Beta = -.084) แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = .162) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ (Beta = -.088) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 32.0 (Adjusted R^2 = 0.320) ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลอนามัยชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและส่งเสริมการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต โดยเน้นการรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นต่อไป

Abstracts

This cross-sectional study aimed to investigate health-promoting behaviors among people at risk of hypertension in a rural community. In total, 302 people at risk of hypertension aged over 35 years old were selected using stratified sampling method. Data were analyzed using Chi-square test and Stepwise-multiple regression analysis. Results indicated that 64.90% of participants had overall health promotion behaviors at moderate level. According to multiple regression model, the significant predicting variable (p<0.01) included

perception of health benefits (Beta = .402), age (Beta = -.084), social support (Beta = .162), and perception of self-efficacy (Beta = -.088). These factors could predict 32% (adjusted R^2 = 0.320) of health-promoting behaviors among those at risk of hypertension. These findings suggest that nurses and other health care providers should promote hypertension preventive behavior among people with prehypertension by focusing on perception of health benefits, social support, and perception of self-efficacy of self-care to prevent hypertension. This will enhance health-promoting behaviors among people at risk of hypertension in a rural community.

คำสำคัญ	Key words
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ,	*health-promoting behaviors,*
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง,	*people at risk of hypertension,*
การรับรู้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ	*perception of health benefits*

บทนำ

สถานการณ์ทั่วโลกในปัจจุบันพบว่า มีผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็พบว่า มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.6 พันล้านคน[1] โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคนี้สูงถึงเกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน[2] ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนี้ ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50.0 ด้วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต และโรคหัวใจ ปัจจุบันพบว่า โรคไม่ติดต่อ (NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีทางการแพทย์ และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ หรือทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม[3] นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ[4] จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคพบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือดและโรคอ้วน[5-7]

สำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายและการเจ็บป่วย ถึง 2 ใน 3 ของสาเหตุการตายทั้งหมด[8] โดยในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ถึง 349,090 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 75.2 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด และก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสียสุขภาวะในปี พ.ศ. 2556[9] และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยประชากรไทยมีภาระโรคในสัดส่วนที่สูงที่สุดจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 1.5 ล้าน DALYs

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง แบ่งการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ 219 ตำบล ปี พ.ศ. 2561 มีประชากรทั้งหมด 1,433,379 คน และพบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2561 จำนวน 176,402 คน และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,323 คน ของประชากรทั้งหมด[10] และ

อำเภอเขมราฐ เป็นหนึ่งใน 25 อำเภอ ที่มีประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปี 2557-2559 จำนวน 3,753, 5,835 และ 5,854 คน คิดเป็นร้อยละ 4.73, 7.31 และ 8.02 มีผู้ป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 41, 115 และ 191 คน คิดเป็นอัตรา 1,092, 1,970 และ 3,262 ต่อแสนประชากรซึ่งเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[11]

จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข และสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เป็นประเด็นปัญหาสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ช่วยลดปัญหาการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตได้ เพื่อชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL[12] ในขั้นตอนที่ 4 มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ ประชาชนในอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป

ตัวอย่างคือ ประชาชนในอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ได้รับการตรวจประเมินว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ชาย ≥90 ซม. และหญิง ≥80 ซม.) มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 120/80-139/89 มิลลิลิตรปรอท และมีดัชนีมวลกายมากกว่า 23.5 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.2 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.90[13] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบชนิดเลือกตอบและคำถามปลายเปิด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และการประกอบอาชีพ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแบบสอบถามของสุกัญญา บุญวรสถิต และคณะ[14] ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแบบสอบถามของสุนันท์มนัส บุญโล่ง[15] ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 38 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแบบสอบถามของสุนันท์มนัส บุญโล่ง[15] ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับสวัสดิการสุขภาพและสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย สิทธิบัตรประกันสุขภาพ/บัตรทอง เบิกจ่ายตรง/สิทธิเบิกได้ และสิทธิอื่นๆ มีข้อให้เลือกตอบ 2 ระดับ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแบบสอบถามของสุกัญญา บุญวรสถิต และคณะ[14] ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแบบสอบถามของสุกัญญา บุญวรสถิต และคณะ[14] Health promoting lifestyle profile II ที่แปลโดย นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์[16] ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มีข้อให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 43 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าความตรงของแบบสอบถาม (content validity index) ได้ค่าความตรงของแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.84 และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 1 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.80 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.92 และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน (IRB) จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA.1-024/201 วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษาด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบท จำนวน 302 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.20 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.82±4.82 ปี (Mean±SD) อยู่ในสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 40.4 ระดับการศึกษาสูงสุด จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,942.82 บาท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.62 และได้รับสวัสดิการสุขภาพและสังคม สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 100

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 64.90 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.58, 61.59, 60.93, 60.27, 58.28 และ 56.95 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้าน (n = 302)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	22	7.28	196	64.90	84	27.82
ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย	34	11.26	176	58.28	92	30.46
ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย	46	15.23	186	61.59	70	23.18
ด้านโภชนาการ	22	7.28	192	63.58	88	29.14
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	42	13.9	182	60.27	78	25.83
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	36	11.92	184	60.93	82	27.15
ด้านการจัดการกับความเครียด	28	9.27	172	56.95	102	33.78

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับค่า Beta ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ (.402, -.084, .162, -.088) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 32.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) (n = 302)

ปัจจัยทำนาย	B	Beta	SE (b)	t	*p*-value
การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ	.297	.402	.054	9.227	<.001*
อายุ	-.247	-.084	.087	-3.827	<.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.117	.162	.097	4.241	<.001*
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ	-.100	-.088	.060	-2.089	<.001*
Constant = 53.450					

*significant at $p<0.01$, $R^2 = 0.320$

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าทั้ง 4 ปัจจัย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 32.0 (R^2 = .320, p<.01) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือ การรับรู้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ[17] การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น จะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง โดยการลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของตน ซึ่งองค์ประกอบของความเชื่อ

ด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณีพงษ์[18] ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้านคาง หมู่ที่ 3 ตำบลบางกระบือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี พบว่า เมื่อใส่โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าไป ให้ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยต่อมาคือ อายุ อธิบายได้ว่า คนอายุน้อยมีพฤติกรรมโดยรวมดีกว่าคนอายุมาก เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า คะแนนระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง อาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 42.82 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 68 ปี ความสัมพันธ์ทางลบของอายุกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจเชื่อมโยงได้กับความสัมพันธ์ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.54 มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา และกลุ่มการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา อายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป อายุจึงมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา บุญวรสถิต และคณะ[14] พบว่า อายุสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ ในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา และการศึกษาของกิตติพัฒน์ สางห้วยไพร[19] พบว่า อายุสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกองทัพเรือ

ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สาม ที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในการช่วยกระตุ้นความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ[20] เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[21-22] เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา สูตรสุคนธ์[23] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลภูมิพล จำนวน 370 คน พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลภูมิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสินีนาฏ โคตรบรรเทา และคณะ[24] ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 400 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยสุดท้ายของการศึกษานี้คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ กาญจนพังคะ และคณะ[25] พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิผล ทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนันทา ศรีศิริ[26] พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิผล ทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การดูแลตนเอง และการกำกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำไปจัดบริการสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันหิตสูง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดโอกาสในการเป็นโรคความดันหิตสูงในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ และควรตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต เพื่อยืนยันองค์ประกอบจากข้อมูลที่หลากหลาย และนำมาหาข้อสรุปภาพรวมในบริบทของประเทศไทย ที่สามารถทำให้เป็นมาตรฐานและยอมรับในระดับสากลได้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ และทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control. Non communicable disease trends. Bangkok: War Veterans Organization of Thailand; 2010. (in Thai)
2. World Health Organization. Hypertension fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. Disease Control Journal 2017;43:379-90. (in Thai)
4. World Health Organization. A global brief on hypertension. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. Kannel WB, Wilson PW F. Cardiovascular risk factors and hypertension. In: Joseph L Izzo, Henry R Black, editors. Hypertension primer the essential of high blood pressure. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 293-8.
6. Karnjanapiboonwong A, Sanchaisuriya P, Srivanichakorn S. Data system for surveillance of cardiovascular disease, diabetes and related risk factors in Thailand during 2010-2015. Disease Control Journal 2017;43:220-32. (in Thai)
7. Nitikul K. Risk factors of cardiovascular disease prevention among diabetic patients receiving healthcare services in Kuannieng Hospital, Songkhla Province. Disease Control Journal 2017;43:196-206. (in Thai)
8. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014.
9. International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disability-Adjusted Life Years (DALYs) in 2014. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2015. (in Thai)
10. Health Data Center, Ministry of Public Health. Population classified by gender, age group in 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 6]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (in Thai)

11. Ubonratchathani Provincial Health Office, Human Resource and Service Quality Development Section. Manual of family health. Ubonratchathani: Ubonratchathani Provincial Health Office; 2017.
12. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
13. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. 6th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
14. Boonvarasatit S, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors Influencing health-promoting behaviors among prison officers in Department of Corrections, Nakhon Ratchasima Province [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2015. 91 p. (in Thai)
15. Bunlong N. Factors related to health promoting behaviors of health personnel in general hospital, Phangnga Province [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2009. 116 p. (in Thai)
16. Seeherunwong A, Suwonnaroop N. An analysis of validity and reliability of the health-promoting lifestyle profile. Thai Journal of Nursing Council 2004;19:44-63. (in Thai)
17. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. Am J Public health 1974;64:205-16.
18. Khuneepong A. The effectiveness of health promotion program on preventive behaviors affecting complications of hypertensive patients, Pathum Thani Province. VRU Research and Development Journal Science and Technology 2017;12:55-65.
19. Sanghuaiprai K. Factors affecting health promotion behaviors of officers working at Royal Thai Navy Hospitals [dissertation]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2008. 170 p.
20. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.
21. Green W, Kreuter W. Health program planning an educational and ecological approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2005.
22. House S. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
23. Sootsukon S. Factors relating hypertension protective health behaviors of out-patients seeking care at Bhumibol Adulyadej Hospital [dissertation]. Bangkok: Kasetsart University; 2011. 123 p.
24. Kohtbantau S, Witayapichetsakul S, Salout A, Suksawang P. A causal relationship model of practice toreduce hypertension risk of people in Bansuan Municipality, Muang District, Chonburi Province. The Public Health Journal of Burapha University 2014;9:85-96.
25. Kanganapangka P, Suntayakorn C, Wannapornsiri C, Siripornpibul T. Effects of self efficacy promotion program on health behaviors and levels of blood pressure of the patients with hypertension. Naresuan University Journal 2009;17:63-73. (in Thai)
26. Srisiri S. Application of self-efficacy program for changing health behaviors among elderly people with hypertension, Health Center 19 Wong Sawang, Bangkok Metropolitan. Journal of Faculty of Physical Education 2012;15 (special):308-15. (in Thai)