ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงาน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

รัชนีกร ผิวเฉียง[1], วรวุฒิ ชมภูพาน[2]

(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงานอายุ 35-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิจากประชากรทั้งหมด 1,962 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) โดยรายงานค่า ORadj พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ร้อยละ 54.32 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเปิดใจพูดคุยเมื่อเครียด (AOR = 0.39, 95% CI: 0.20-0.76, p-value = 0.006) การผ่อนคลายตนเอง (AOR = 0.38, 95% CI: 0.19-0.77, p-value = 0.007) การนอนหลับดี (AOR = 0.37, 95% CI: 0.17-0.82, p-value = 0.014) การไม่สัมผัสควันบุหรี่ (AOR = 0.32, 95% CI: 0.15-0.70, p-value = 0.004) การไม่ดื่ม (AOR = 0.09, 95% CI: 0.01-0.79, p-value = 0.029) และการไม่บริโภคยาดองหรือเครื่องดื่มชูกำลัง (AOR = 0.06, 95% CI: 0.01-0.48, p-value = 0.008) ส่วนปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กัน ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น

สรุปได้ว่า การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในกลุ่มวัยทำงาน หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมการจัดการความเครียดและการนอนหลับที่ดี ควบคู่กับการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น, พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

[1] นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชนก, E-mail: 65202501010@scphkk.ac.th

[2] ผู้ช่วยศาสตรจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

Corresponding author: วรวุฒิ ชมภูพาน, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

Factors Associated with Pre-hypertension among Work-Force Age in the Ban Yai Chan Health Promoting Hospital Service Area, Mueang District, Rayong Province: Cross-Sectional Analytical Study

Ratchaneekorn Phiwchiang[1], Worawut Chomphuphan[2]

(Received: 4th November 2025; Revised: 7th December 2025; Accepted: 18th January 2026)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to investigate early-stage hypertension and the factors associated with this condition among working-age adults aged 35-60 years residing in the service area of Ban Yai Chan Health Promoting Hospital, Mueang District, Rayong Province. A total of 324 participants were selected through Stratified random sampling from a population of 1,962 individuals. The research instruments included questionnaires on personal information, health literacy, and hypertension prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Multiple logistic regression, with the results presented as Adjusted odds ratios (OR_{adj}) and 95% confidence intervals (95% CI).

The results found that the majority of participants had early-stage hypertension, accounting for 54.32%. Significant factors associated with early-stage hypertension included open communication when feeling stressed (AOR = 0.39, 95% CI: 0.20-0.76, p-value = 0.006), self-relaxation (AOR = 0.38, 95% CI: 0.19-0.77, p-value = 0.007), good sleep quality (AOR = 0.37, 95% CI: 0.17-0.82, p-value = 0.014), avoidance of cigarette smoke (AOR = 0.32, 95% CI: 0.15-0.70, p-value = 0.004), abstaining from alcohol consumption (AOR = 0.09, 95% CI: 0.01-0.79, p-value = 0.029), and avoidance of fermented or energy drinks (AOR = 0.06, 95% CI: 0.01-0.48, p-value = 0.008). Demographic factors including gender, age, income, occupation, and education level showed no statistically significant association with early-stage hypertension.

In conclusion, effective stress management, adequate sleep, and avoidance of risky behaviors play essential roles in preventing Pre-hypertension among the working-age population. Public health agencies should promote stress management and healthy sleep habits alongside campaigns to reduce alcohol consumption and avoid exposure to cigarette smoke to prevent hypertension in the long term.

Keywords: Pre-hypertension, Behaviors to prevent hypertension, Health literacy

[1] Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 65202501010@scphkk.ac.th

[2] Asst.Prof., Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

Corresponding author: Worawut Chomphuphan, E-mail: Worawut@scphkk.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ค่าความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของโลก [1] โดยองค์การอนามัยโลก [2] กำหนดเกณฑ์ภาวะความดันโลหิตสูงคือค่าความดันโลหิตตัวบน ≥ 140 หรือ ตัวล่าง ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นคือ 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท [3] ซึ่งถือเป็นระยะก่อนป่วย ที่สามารถพัฒนาไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงได้ หากไม่มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี 2023 พบว่าทั่วโลกมีประชากรกว่า 1.28 พันล้านคน มีภาวะความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย [2] ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค [4] รายงานพบกว่าร้อยละ 20 ของประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดระยอง การคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 35.10 แต่กลุ่มเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 27.60 [5] หลังการคัดกรองพบปัญหากลุ่มวัยทำงานไม่สามารถเข้ารับบริการได้ครบตามกำหนด เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา กลุ่มวัยทำงานหมายถึงผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี [6] ซึ่งมีภาระงานสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น เช่น ความเครียดจากการทำงาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ [7] งานวิจัยหลายฉบับระบุว่าพฤติกรรมเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในกลุ่มวัยทำงาน [8-9] อีกทั้ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy:) ยังมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [10-11] ในการศึกษานี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินความสามารถของกลุ่มวัยทำงานในการดูแลและป้องกันตนเองจากภาวะดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในกลุ่มวัยทำงานของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในจังหวัดระยองที่มีลักษณะเศรษฐกิจและสังคมเฉพาะ การศึกษาครั้งนี้ จึงจำเป็นในการระบุปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยทำงานได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในประชากรวัยทำงาน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนอายุ 35-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 1,962 ราย โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2568

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตร Hsieh, et al. [12] การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สำหรับการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์หลายปัจจัยกับตัวแปรตาม โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามหมู่บ้านเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรอย่างเหมาะสม ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2}\sqrt{\frac{\rho(1-\rho)}{B}} + Z_{1-\beta}\left[\rho_1(1-\rho_1)+\rho_2(1-\rho_2)\frac{(1-B)}{B}\right]^{1/2}\right\}^2}{\left[(\rho_1-\rho_2)^2(1-B)\right]}$$

โดย n = จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมดวิเคราะห์การถดถอยพหุลอจิสติก

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 จึงมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 (β = 0.20) จึงมีค่าเท่ากับ 0.842

ρ = ค่าสัดส่วนตัวแปร หาได้จาก (1-B) ρ_1 + Bρ_2 มีค่าเท่ากับ 0.316

ρ_1 = สัดส่วนของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี กำหนดเท่ากับ 0.25

ρ_2 = สัดส่วนของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี กำหนดเท่ากับ 0.75 Aekplakorn และคณะ [8] รายงานว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 25.7 โดยเป็นการกำหนดค่าประมาณเพื่อสะท้อนความแตกต่างของความชุกของโรคระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำและปัจจัยเสี่ยงสูง

B = สัดส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ดี มีค่าเท่ากับ 0.131

จากนั้นนำขนาดตัวอย่างมาปรับตามวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) ตามสูตรการคำนวณของ Hsieh, et al. 1998

$$n_p = \frac{n_1}{(1-\rho^2_{2\,1,2,3,\ldots,p})}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการถดถอยโลจิสติก โดยใช้ค่า ρ พิจารณา Multicollinearity และความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล กำหนดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่าง = 290.7 ≈ 291 คนหลังคำนวณได้ 291 คน ผู้วิจัยเผื่อการถอนตัว ร้อยละ 10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้สูตร เพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

เมื่อกำหนด $n_{adj} = \frac{n}{(1-d)}$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

d = สัดส่วนที่สูญหายจากการติดตาม

แทนค่า $n_{adj} = \frac{291}{(1-0.1)}$ = 323.33 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ปรับในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 324 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ประชาชนวัยทำงานอายุ 35-60 ปีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านยายจั่น 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามและบันทึกคำตอบ ตามความสมัครใจ 4) ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น หรือการพูด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยมีเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือโรคประจำตัวเรื้อรังที่ส่งผลต่อ ความดันโลหิต เช่น CKD หรือ COPD 3) ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านยายจั่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามอ้างอิงแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพตามโมเดลส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) ของ Pender [13] เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ในชุมชนเขตภาคเหนือตอนล่าง ปรับแบบสอบถาม ให้เหมาะสมกับบริบทของประชากรวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดระยอง แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 9 ข้อ และวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที โดยแบ่งกลุ่มตัวแปรตามเป็น “มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น” และ “ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น” 2) แบบสอบถามความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของ Sorensen, et al. [14] ซึ่งประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 มิติ (การเข้าถึง, การเข้าใจ, การประเมิน, การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ) รวม 24 ข้อ ใช้มาตรา 4 ระดับแบ่งเป็น 2 กลุ่ม “ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา” (24-62 คะแนน) และ “เพียงพอและเป็นเลิศ” (63-96 คะแนน) 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 18 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมด้านอาหาร, การออกกำลังกาย, อารมณ์, การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้มาตรา 4 ระดับ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม “พฤติกรรมไม่ดีและพอใช้” (18-54 คะแนน) และ “พฤติกรรมดี” (55-72 คะแนน) [15]

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าเฉลี่ย 0.87 และค่า ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมแนวทางเดียวกัน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) วิธี Enter method เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น รายงานค่า AOR พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% CI กำหนดนัยสำคัญที่ p-value <0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่

HE671145 ลงวันที่ 22 มกราคม 2568 การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากประชากรวัยทำงานอายุ 35-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยายจั่น อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 324 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และมีอัตราการตอบแบบสอบถามครบถ้วนร้อยละ 100 แสดงถึงความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมแนวทางเดียวกัน

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.13 ปี ส่วนใหญ่สมรส มีอาชีพรับจ้าง รายได้เพียงพอ ต่อการดำรงชีวิต ระดับการศึกษามัธยมศึกษา และมีโรคประจำตัวบางส่วน เช่น เบาหวานและไขมันในเลือดสูง

2. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นของประชากรวัยทำงาน

พบว่าร้อย 54.32 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น (Prehypertension) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น

ผลการวิเคราะห์ด้วยการถดถอย โลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา บทบาทในครอบครัว และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
เพศ						
ชาย	97 (29.94%)	58 (17.90%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
หญิง	79 (24.38%)	90 (27.78%)	1.91	0.96	0.44-2.09	0.920

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
อายุ						
35-47	110 (33.95%)	98 (30.25%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
48-60	50 (15.43%)	66 (20.37%)	1.48	1.18	0.74-1.86	0.487
Mean = 45.13 Median = 44.00 Max = 60.00 Min = 35.00 S.D. = 7.39 IQR = 11(50-39)						
สถานภาพสมรส						
โสด	14 (4.32%)	12 (3.70%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
คู่ (สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน)	159 (49.07%)	131 (40.43%)	0.96	1.06	0.46-2.45	0.883
หม้าย	1 (0.31%)	3 (0.93%)	3.50	0.20	0.14-2.90	0.237
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2 (0.62%)	2 (0.62%)	1.17	0.83	0.09-7.32	0.867
อาชีพ						
ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ หรือข้าราชการ	20 (6.17%)	13 (4.01%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
อาชีพรับจ้าง	144 (44.44%)	127 (39.20%)	2.12	1.74	0.88-5.09	0.093
ทำสวน ทำไร่ ทำนา	11 (3.40%)	7 (2.16%)	1.19	1.09	0.31-4.54	0.799
นักศึกษา	1 (0.31%)	1 (0.31%)	0.44	0.61	0.18-10.8	0.618

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
ครอบครัวมีรายได้ทั้งหมด (เฉลี่ยต่อเดือน)						
<15,000	132 (40.74%)	102 (31.48%)	1(Ref.)	1(Ref.)	-	-
15,001-30,000	28 (8.64%)	28 (8.64%)	0.77	0.81	0.42-1.55	0.520
>30,000	14 (4.32%)	20 (6.17%)	0.54	0.68	0.30-1.56	0.350
Mean = 12,466.67 Median = 10,000.00 Max = 45,000.00 Min = 600.00 S.D. = 7,573.19						
IQR = 7,000 (15,000-8,000)						
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	140 (43.21%)	123 (37.96%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
มัธยมศึกษา	21 (6.48%)	15 (4.63%)	0.81	1.30	0.63-2.69	0.484
ปวช. หรือ ปวส.	8 (2.47%)	5 (1.54%)	0.71	1.50	0.47-4.82	0.497
ปริญญาตรี	7 (2.16%)	5 (1.54%)	0.81	1.07	0.31-3.77	0.894
บทบาทในครอบครัว						
เป็นผู้นำครอบครัว	53 (16.36%)	35 (10.80%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ผู้อาศัย	123 (37.96%)	113 (34.88%)	1.03	1.03	0.50-2.12	0.929
ประวัติการเจ็บป่วยทั่วไป (ไม่รวมโรคเรื้อรังที่มีผลต่อความดันโลหิต)						
มีอาการเจ็บป่วยทั่วไป ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	23 (7.10%)	12 (3.70%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ไม่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไป	153 (47.22%)	136 (41.98%)	1.39	0.57	0.21-1.55	0.268

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper Tension	No Hyper Tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
ต้องดูแลผู้ป่วยในครอบครัว						
ดูแลผู้ป่วย	0 (0.00%)	1 (0.31%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	N/A	N/A
ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย	176 (54.32%)	147 (45.37%)	-	-	N/A	N/A

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น จำแนกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ “ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา” “เพียงพอและเป็นเลิศ” ครอบคลุม 4 มิติ ของความรอบรู้ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับ “เพียงพอและเป็นเลิศ” เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ ด้านสุขภาพกับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05)แสดงว่าระดับความรอบรู้ที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะดังกล่าวในกลุ่มวัยทำงาน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						
ไม่เพียงพอ	24	15	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(7.41%)	(4.63%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	152	133	1.40	0.58	0.13-2.48	0.462
	(46.91%)	(41.05%)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึง						
ไม่เพียงพอ	34	22	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(10.49%)	(6.79%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	142	126	1.37	0.74	0.27-2.05	0.562
	(43.83%)	(38.89%)				

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ						
ไม่เพียงพอ	17	14	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(5.25%)	(4.32%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	159	134	1.02	1.22	0.40-3.73	0.725
	(49.07%)	(41.36%)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมิน						
ไม่เพียงพอ	31	20	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(9.57%)	(6.17%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	145	128	1.37	1.10	0.48-2.55	0.817
	(44.75%)	(39.51%)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้						
ไม่เพียงพอ	23	20	1	1	-	-
และเป็นปัญหา	(7.10%)	(6.17%)	(Ref.)	(Ref.)		
เพียงพอและเป็นเลิศ	153	128	0.96	1.50	0.52-4.32	0.452
	(47.22%)	(40.12%)				

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์พบว่า กลุ่มผู้มีพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในระดับดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่ดี/ปานกลาง ไม่มีความแตกต่าง ในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Adjusted OR = 0.49 , 95% CI: 0.03-7.13, p-value = 0.603) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ศึกษา	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						
ระดับไม่ดี	175	145	1	1	-	-
และปานกลาง	(54.01%)	(44.75%)	(Ref.)	(Ref.)		
ระดับดี	1(0.31%)	3(0.93%)	3.62	0.49	0.03-7.13	0.603

ปัจจัยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์โดยใช้การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่าพฤติกรรม บางประการมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ได้แก่ การเปิดใจพูดคุยเมื่อเครียด (Adjusted odds ratio (AOR) = 0.39, 95% CI: 0.20-0.76, p-value = 0.006), การผ่อนคลายความเครียด (AOR = 0.38, 95% CI: 0.19-0.77, p-value = 0.007), การนอนหลับเพียงพอ (AOR = 0.37, 95% CI: 0.17-0.82, p-value = 0.014), การไม่อยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ (AOR = 0.32, 95% CI: 0.15-0.70, p-value = 0.004), การไม่ดื่มสุรา (AOR = 0.09, 95% CI: 0.01-0.79, p-value = 0.029) และการไม่ดื่มยาดองหรือเครื่องดื่มชูกำลัง (AOR = 0.06, 95% CI: 0.01-0.48, p-value = 0.008) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยพฤติกรรมที่นำมาวิเคราะห์ กลุ่ม Hypertension group และ No Hypertension group

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
1. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น มะม่วงสุกหรือมะขามหวาน						
เสี่ยงหรือมี	131	118	1	1	-	-
ปัญหา	(40.43%)	(36.42%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	45	30	0.74	0.88	0.05-1.70	0.709
	(13.89%)	(9.26%)				
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวาน						
เสี่ยงหรือมี	133	118	1	1	-	-
ปัญหา	(41.04%)	(36.42%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	43	30	0.79	1.68	0.86-3.28	0.126
	(13.27%)	(9.26%)				
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลมหรือน้ำผลไม้สำเร็จรูป						
เสี่ยง	116	101	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(35.80%)	(31.17%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	60	47	0.90	1.25	0.68-2.32	0.476
	(18.52%)	(14.57%)				

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
4. ท่านรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก แฮม หรือเบคอน						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	106 (32.69%)	97 (29.94%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	70(21.60%)	51(15.74%)	0.80	0.95	0.51-1.76	0.871
5. ท่านทานอาหารที่มีรสมันหรือไขมันสูง						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	106 (32.69%)	91 (28.10%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	70 (21.60%)	57 (17.59%)	0.95	0.98	0.56-1.71	0.938
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
6. ท่านออกกำลังกาย						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	74 (22.84%)	50 (15.43%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	102 (31.48%)	98 (30.25%)	1.42	0.60	0.28-1.29	1.292
7. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดินเร็วหรือการปั่นจักรยาน						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	68 (20.99%)	52 (16.98%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	108 (33.33%)	96 (29.63%)	1.16	1.27	0.57-2.85	0.558
8. ท่านออกกำลังกาย โดยมีระยะอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	51 (15.74%)	35 (10.80%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	125 (38.58%)	113 (34.81%)	1.32	0.72	0.38-1.36	0.313
9.ท่านออกกำลังกายและบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อติดตามการเฝ้าระวังภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	54 (16.67%)	49 (15.12%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	122 (37.65%)	99 (30.56%)	0.89	1.33	0.68-2.59	0.405

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
พฤติกรรมการทำงานและการจัดการความเครียด						
10. ท่านทำงานที่ต้องใช้แรงกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่อง จนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	115 (35.49%)	95 (29.32%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	61 (18.83%)	53 (16.36%)	1.05	0.86	0.48-1.56	0.628
11. เมื่อท่านมีปัญหาจนเกิดความเครียด ท่านจะเล่าให้คนที่ท่านไว้วางใจฟัง						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	147 (45.37%)	100 (30.86%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	29 (8.95%)	48 (14.81%)	2.43	0.39	0.20-0.76	0.006
12. ท่านมีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	134 (41.36%)	116 (35.80%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	42 (12.96%)	32 (9.88%)	0.88	1.16	0.59-2.29	0.668
13. เมื่อท่านเครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ท่านรู้สึกยากที่จะผ่อนคลายลงได้						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	48 (14.81%)	18 (5.56%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	128 (39.51%)	130 (40.12%)	2.71	0.38	0.19-0.77	0.007
14. ท่านมีปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	159 (49.07%)	114 (35.19%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	17 (5.23%)	34 (10.49%)	2.79	0.37	0.17-0.82	0.014
พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ						
15. ท่านสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบ						
เสี่ยงหรือมีปัญหา	116 (35.80%)	76 (23.46%)	1 (Ref.)	1 (Ref.)	-	-
ปกติ	60 (18.52%)	72 (22.22%)	1.83	0.58	0.27-1.23	0.157

พฤติกรรม	Pre-hyper tension	No hyper tension	OR_{crude}	$OR_{adjusted}$	95% CI	p-value
16. ท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่						
เสี่ยง	161	110	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(49.69%)	(33.95%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	15	38	3.71	0.32	0.15-0.70	0.004
	(4.63%)	(11.73%)				
17. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
เสี่ยง	28	1	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(8.64%)	(0.31%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	148	147	27.81	0.09	0.01-0.79	0.029
	(45.68%)	(45.37%)				
18. ท่านดื่มยาดองหรือเครื่องดื่มชูกำลัง						
เสี่ยง	32	1	1	1	-	-
หรือมีปัญหา	(9.88%)	(0.31%)	(Ref.)	(Ref.)		
ปกติ	144	147	32.67	0.06	0.01-0.48	0.008
	(44.44%)	(45.37%)				

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นน้อยกว่าเพศชาย ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Aekplakorn et al. [16]

สำหรับกลุ่มอายุ 48-60 ปี พบว่าอัตราความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มอายุ 35-47 ปี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Alfaqeeh et al. [17]

ในกรณีของอาชีพรับจ้าง ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alfaqeeh et al. [17]

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นแตกต่างจากกลุ่มที่มีความรอบรู้ไม่ดีในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) การไม่พบความแตกต่างนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ค่อนข้างดีและได้รับข้อมูลสุขภาพอย่างทั่วถึง ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่ม นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีอาจไม่ได้เกิดจากแค่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม การปรับพฤติกรรมสุขภาพอาจทำได้ยากหากไม่มีปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมหรือความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ [14]

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพบางประการ ได้แก่ การเปิดใจพูดคุยเมื่อเครียด การผ่อนคลายความเครียด การนอนหลับเพียงพอ การไม่อยู่ใกล้ควันบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการไม่บริโภคยาดองหรือเครื่องดื่มชูกำลัง มีความสัมพันธ์เชิงปกป้องต่อภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ระบุไว้โดย Whelton, et al. [1] ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด และสอดคล้องกับ Vasan, et al. [18] ที่ชี้ว่าแม้ระดับความดันโลหิตเพียงสูงกว่าปกติเล็กน้อยก็เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจในอนาคต การจัดการพฤติกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงมีความสำคัญ การจัดการความเครียดและการนอนหลับที่เพียงพอช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และระดับฮอร์โมนคอร์ติโซล ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตคงที่การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ช่วยลดผลกระทบจากสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ที่ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง ส่วนการไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มชูกำลัง ช่วยลดการกระตุ้นหัวใจและภาวะ ความดันเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยพฤติกรรมบางประการอาจมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ไม่เพียงพอ หรืออิทธิพลจากปัจจัยร่วม เช่น พันธุกรรม ภาวะโรคร่วม หรือสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่เอื้อให้เกิดการปรับพฤติกรรม [19-20]

ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การนอนหลับคุณภาพ การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ควรดำเนินควบคู่กับการติดตามและคำปรึกษาต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืนในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-60 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผลการศึกษาพบว่าการจัดการความเครียด การนอนหลับเพียงพอ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และการงดสุราสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน เช่น การอบรมจัดการความเครียด การให้ความรู้การนอนหลับและการรณรงค์ ลดการบริโภคแอลกอฮอล์พร้อมพัฒนาสื่อสุขภาพ ที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้มีการศึกษาต่ำ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ในระยะยาว รวมถึงวิจัยประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002; 288(15): 1882-8.

2. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. JAMA. 2003; 289(19): 2560-72.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2567. ระยอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง; 2567.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2566.
7. Hall JE. The kidney, hypertension, and obesity. Hypertension. 2003; 41(3 Pt 2): 625-33.
8. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Goldstein A, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC Public Health. 2024; 24(1): 3149.
9. Lee HY, Shin J, Kim GH, Park S, Ihm SH, Kim HC, et al. Status of hypertension control and associated factors among adults: Korea National Health and Nutrition ExaMination Survey 2018-2020. Clin Hypertens. 2022; 28(1): 1-9.

10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12): 2072-8.
11. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013; 13: 658.
12. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998; 17(14): 1623-34.
13. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1987.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
16. Aekplakorn W, Abbott-Klafter J, Khonputsa P, Tatsanavivat P, Chongsuvivatwong V, Chariyalertsak S, et al. Prevalence and management of prehypertension and hypertension by geographic regions of Thailand: the Third National Health Examination Survey, 2004. J Hypertens. 2008; 26(2): 191-8.
17. Alfaqeeh M, Alfian SD, Abdulah R. Factors Associated with Hypertension Among Adults: A Cross-Sectional Analysis of the Indonesian Family Life Survey. Vasc Health Risk Manag. 2023; 19: 827-36.
18. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med. 2001; 345(18): 1291-7.

19. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 2000; 15(3): 393-403.

20. Sorensen G, Barbeau E, Stoddard AM, Hunt MK, Kaphingst K, Wallace L. Promoting behavior change among working-class, multiethnic workers: results of the healthy directions--small business study. Am J Public Health. 2005; 95(8): 1389-95.