

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ภัทรพล มากมี¹ พิษณุรักษ์ กันทวิ² วิภพ สุพธนะ² ธนุศิลป์ สลีอ่อน²

¹ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

² อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุกำลังเป็นปัญหาสุขภาพหลักในระดับประเทศและชุมชน การส่งเสริมเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง จึงเป็นเป้าหมายหลักของการส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง และสืบค้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิด Precede Proceed Model ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม - กันยายน 2561 จำนวน 757 คน วิธีการการคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้แบบหลายขั้นตอน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีอายุเฉลี่ย 69 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.8 ส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกายในระดับเกินน้ำหนักเกินร้อยละ 46.1 และร้อยละ 47.2 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางร้อยละ 69.3 ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.8 และปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.4 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กันเชิงบวก โดยเฉพาะปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีขนาดความสัมพันธ์กันสูงสุด ($r=0.266$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายแบบยืดเหยียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.05 พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=-0.102$) การใช้ยา ($r=-0.078$) และการจัดการความเครียด ($r=-0.159$) และพบว่าผู้ที่ดื่มสุรา มีปัจจัยเชิงบวกกับการสูบบุหรี่ ($r=0.109$) การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด($r=0.079$)และการเคลื่อนไหวออกแรง ($r=0.147$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = -0.104$) โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ มากที่สุด ดังนั้นการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่ออกแบบ ควรคำนึงถึงปัจจัยนำการรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยเสริมได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ และคำนึงถึงความแตกต่างกันของสถานะสุขภาพส่วนบุคคล ขั้นตอนและวิธีการส่งเสริมสุขภาพตามความเหมาะสมเช่น กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : พฤติกรรมดูแลตนเอง/ ความดันโลหิตสูง/ ผู้สูงอายุ/ แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

Corresponding author: ภัทรพล มากมี, อีเมล: phataraphon.mar@mfu.ac.th, โทร: 0898604253

Received: June 14, 2019; Revised: June 24, 2019; Accepted: July 5, 2019

An Investigation of Factors Relationship with Self-Care Behaviors in Elderly Patients with Hypertension in Doi-Louang District, Chiang-Rai Province

Phataraphon Markmee¹, Phitsanuluk Kantawee², Wipob Suthana², Thanusin Saleeon²

¹ Lecturer in Faculty of Public Health, Naresuan University

² Lecturer in Department of Public Health, School of Health Sciences, Mae Fah Luang University

Abstract

Hypertension in elderly patients has been the major health problem in both country level and community level. The objectives of this cross-sectional analytical study were to ascertain self-care behavior and to examine factors correlation to the self-care behavior in hypertension elderly patients with hypertension based on the Precede Proceed Model in Chiang-Rai Province, Thailand in January – September 2018. Data was collected from 757 by multi-stage sampling and questionnaires were developed based on a precede framework. Spearman Rank correlation statistic was used to examine the correlation. The results showed that the mean age of 757 participants was 69 years, 57.6% were female, 59.8% reported a family history of hypertension, 46.1% had overweight or higher level, and 47.2% had comorbidity. Most of them had low to moderate level of perceived risk (69.3%), 40.8% had low-level social support and 70.5% were high accessibility to medication. Predisposing, reinforcing, and enabling factors were positive relationship, especially between reinforcing and enabling were higher correlation ($r = 0.266$). Food nutrition and stretching exercise were positive correlation to predisposing, reinforcing, and enabling factors by statistically significant level at < 0.05 . Current smoking had negative relationship with food nutrition ($r=-0.102$), medication ($r=-0.078$) and stress management behaviors ($r=-0.159$). Current dinking had positive relationship with current smoking ($r=0.109$), stretching ($r=0.079$), and movement of exercise($r=0.147$), and had negative relationship with food nutrition behaviors ($r = -0.104$). Age was highly associated with other factors. We recommend to create the new education or health promoting programs by concerning predisposing, enabling, and reinforcing factors, and personal factors such as age groups.

Keywords: Self-care behaviors/ Hypertension/ Elderly/ Precede-proceed model

Corresponding author: Phataraphon Markmee, Email: phataraphon.mar@mfu.ac.th, Tel: 0898604253

บทนำ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹ พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าประชากร 1 ใน 3 ของวัยผู้ใหญ่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย จะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ละปีประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ความชุกของการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูงกับอายุที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความชุกสูงสุดภายในประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สูงถึง 60-80% ในประเทศที่พัฒนาแล้ว² สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558)³ พบว่า สถานการณ์การป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบจากข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-พ.ศ.2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 259 เป็น 1,349 ซึ่งถือว่ามียอดการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง จึงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย⁴ และจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราที่สูงขึ้น จากร้อยละ 39.70 ในปี 2557 จนถึง ร้อยละ 42.96 ในปี 2561 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁵ ผลกระทบของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะก่อให้เกิดโรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมองและไตล้มเหลวเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการ⁶ ความดันโลหิตที่เป็นเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ไม่ควรเกิน 150/90 มิลลิเมตรปรอท⁷ และการรักษาทางการแพทย์โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยที่แนะนำ ไม่ควรเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁸ ระบบบริการเดิมของไทยที่เน้นแก้ปัญหาผู้ป่วยปัญหาเฉพาะหน้า และการตัดสินใจทุกอย่างขึ้นกับแพทย์ อาจใช้ได้ดีกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เมื่อนำมาใช้กับกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคม รวมทั้ง

ระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนาน ทำให้บุคลากรการแพทย์ต้องแบกรับภาระหนักขึ้น โดยเฉพาะแพทย์และบุคลากรในส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิอันเสมือนด่านหน้า แม้มีความตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมแต่ขาดสภาพแวดล้อมสนับสนุน ก็ปฏิบัติจริงได้ยาก แนวทางการสร้างระบบบริการในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีหลากหลายรูปแบบ ตามสภาพพื้นที่⁹

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่จำเป็นมากเพราะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้โดยผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ที่เหมาะสมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาหลังจากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้ตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุควร ปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด¹⁰ ด้วยแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factor) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม PRECEDE-PROCEED MODEL¹¹ เป็นกรอบแนวทางการแก้ไขปัญหาเชิงสาเหตุที่ครอบคลุมปัจจัยต่างที่ส่งผลต่อ คุณ ภาพ ชีวิต การใช้ แนว คิด PRECEDE FRAMEWORK ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนที่ 3 ได้แก่การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Phase 3: Education & ecological assessment) เป็นแนวทางที่สำคัญโดยเฉพาะขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา ในการที่จะใช้วางแผนการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการป่วยเป็นความดันโลหิตสูง¹² โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่มีทรัพยากรที่จำกัด ทั้งด้านบุคคล เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ไม่สามารถสร้างและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในทุกพฤติกรรมพร้อม ๆ กันได้ และการศึกษาปัจจัย

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน จะเป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพทั้งในพฤติกรรมภาพรวมหรือพฤติกรรม เป้าหมาย เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของการป่วยด้วยความดันโลหิตสูง เช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและภาวะไตวายเรื้อรัง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย เป็นอำเภอที่มีขนาดเล็กที่สุดใน จังหวัดเขียงราย มีโรงพยาบาลประจำอำเภอที่เป็น โรงพยาบาลชุมชนประเภทไม่รับผู้ป่วยนอน ขาดแคลน แพทย์ในการดูแลและ มีสถานบริการที่เป็นเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 แห่ง การส่งเสริมพฤติกรรมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3๐2๕ จึงมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร การสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นของพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการออกแบบโปรแกรมที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอคลองหลวงจังหวัดเขียงราย และความสัมพันธ์ภายในพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในแต่ละพฤติกรรม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานะ สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย

2. ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงที่ เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึง บริการ และปัจจัยเสริม ด้านแรงสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัด เขียงราย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่ม สุรา มีสัมพันธ์กันในแต่ละพฤติกรรม ของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย

วิธีการวิจัย
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิง วิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) โดย รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่เก็บข้อมูล ในเขตอำเภอคลองหลวงจังหวัด เขียงราย จำนวน 1,149 ราย (คิดเป็นร้อยละ 42 ของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ) โดยได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน ว่าเป็นโรคความดันโลหิต สูงและรับยาต่อเนื่องทั้งสถานบริการทั้งภาครัฐและ เอกชน อาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลองหลวง มากกว่า 6 เดือนนับจากวันที่สำรวจข้อมูลและ ยินยอมให้ข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 757 คน ขนาดตัวอย่างและ การคัดเลือกตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม OpenEpi ผ่านเว็บไซต์¹³ (Population size (for finite population correction factor or fpc) (N) = 1,149/Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p):50%+/-5, Confidence limits as % of 100(absolute +/- %) (d):5%, Design effect (for cluster surveys-DEFF) = 2) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 660 ตัวอย่าง การคัดเลือกโดย ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเริ่มต้นจากการกลุ่มตัวอย่างแบบ ชั้นภูมิ โดยใช้สัดส่วนของผู้ป่วยตามเขตพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่งและเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลคลองหลวง จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบอย่างง่ายเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พัฒนาจากการศึกษาของ จิรวรรณ เจนจบ¹⁴

ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ การประเมินความเครียด¹⁵ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูล ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความเสี่ยงที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงบริการและปัจจัย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 3 เป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการรักษา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดำเนินการโดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทำการทดลองใช้สอบถามผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ต่อจากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วย KR-20 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค (0.87) แรงสนับสนุนทางสังคม (0.86) การเข้าถึงบริการ (0.80)

การแปลผล

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ การประเมินผล เป็นระดับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-9 คะแนน ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้รับเป็นประจำ 2 คะแนน ได้รับบางครั้ง 1 คะแนน และไม่ได้รับ 0 คะแนน โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-24 คะแนน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ เห็นด้วยมากที่สุด 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 1 คะแนน และไม่เห็นด้วย 0 คะแนน จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก (Positive Statement)

โดยมีการประเมินผล เป็นระดับการเข้าถึงบริการ โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-21 คะแนน โดยทุกปัจจัยแบ่งระดับโดยใช้อิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาเป็นตัวกำหนด

การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง แบ่งเป็นทั้งหมด 6 พฤติกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การประเมินพฤติกรรมการใช้ยา เป็นแบบเลือกตอบการปฏิบัติตนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก และลักษณะเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีช่วงคะแนน 0-36 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-29 คะแนน การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก และลักษณะเชิงลบ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ แบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 3 ระดับ โดยกำหนดช่วงคะแนน 0-45 คะแนน ประเมินพฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 12 ข้อ จำนวนแต่ละข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะข้อความทางบวก และลักษณะเชิงลบ แบ่งระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียด 3 ระดับ มีช่วงคะแนน 0-36 ทั้ง 3 พฤติกรรม แบ่งระดับโดยใช้อิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาเป็นตัวกำหนด พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นความถี่ในการปฏิบัติตนเอง ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมวิจัย ในการเตรียมพื้นที่ ในการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ ใช้ผู้ช่วยนักวิจัยในระดับพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาล จำนวน 5 คนที่ผ่านการอบรม รายละเอียดในการสัมภาษณ์ความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการเก็บข้อมูล จำนวน 1 วัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Spearman rank Test งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เลขที่ 114/2560

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 69 ปี มากกว่ากึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา ส่วนใหญ่

รายได้ครัวเรือนต่ำกว่า 1 หมื่นบาท ร้อยละ 59.80 มีญาติสายตรงเป็นความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษา เป็นสิทธิบัตรทองทุกประเภท เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุ ระบุว่าประจำที่โรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนระดับที่ 1-2 ถึงร้อยละ 46.1 โดยมีดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ย 23 และมีระดับความเครียดระดับปานกลางถึงเครียดมากถึงร้อยละ 14.7 ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	321	42.40
	หญิง	436	57.60
อายุ (ปี) (Mean ± SD)		69.10 ± 6.80	
	60-69	456	60.20
	70-79	212	28.00
	80+	89	11.80
สถานภาพสมรส			
	โสด	41	5.40
	สมรส	502	66.31
	หย่า/แยกกันอยู่	19	2.50
	หม้าย	195	25.80
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	317	41.90
	ประถมศึกษา	404	53.40
	มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) หรือสูงกว่า	32	4.70
รายได้ครัวเรือน			
	น้อยกว่า 10,000 บาท	643	84.90
	10,000-20,000 บาท	77	10.20
	20,001-30,000 บาท	26	3.40
	มากกว่า 30,000 บาท	11	1.50
มีญาติสายตรงเป็นความดันโลหิตสูง			
	ใช่	453	59.80
	ไม่ใช่	304	40.20

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ		
ใช่	357	47.20
ไม่ใช่	400	52.80
มีภาวะความพิการ		
ใช่	62	8.20
ไม่ใช่	695	91.80
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
สิทธิบัตรทองทุกประเภท	697	92.10
บัตรประกันสังคม	13	1.70
สวัสดิการข้าราชการ	33	4.40
สิทธิอื่น เช่น ประกันสุขภาพเอกชน หรือไม่มีสิทธิใด ๆ	14	1.80
สถานบริการที่รับยาประจำ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	279	36.90
โรงพยาบาลของรัฐประจำอำเภอ	471	62.20
โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด	5	0.70
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน	2	0.30
ดัชนีมวลกาย (Mean ± SD)	22.95 ± 4.41	
ผอม (น้อยกว่า 18.50)	102	13.50
ปกติ (18.51-22.99)	306	40.40
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	122	16.10
อ้วนระดับ 1 (25.00-29.99)	180	23.80
อ้วนระดับ 2 (มากกว่า 30.00)	47	6.20
ระดับภาวะความเครียด (Mean ± SD)	2.07 ± 2.68	
เครียดน้อย (คะแนน 0-4)	646	85.3
เครียดปานกลาง (คะแนน 5-7)	72	9.5
เครียดมาก (คะแนน 8-9)	20	2.7
เครียดมากที่สุด (คะแนน 10-15)	19	2.5

ปัจจัยนำได้แก่ระดับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 69.3 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.90 ปัจจัยเสริมได้แก่ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.8) และปัจจัยเอื้อได้แก่การเข้าถึงบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.5 โดยพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรม การเข้ายาสวนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.6 ระดับพฤติกรรมกรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 49.1 พฤติกรรมกรมการออกกำลังกายแยกความถี่

ในการปฏิบัติ พบว่า มีพฤติกรรมกรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็นสม่ำเสมอจนถึงไม่เคยปฏิบัติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน โดยปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 44.9 มีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังค้ำขึ้น การก้มเอามือแตะพื้น การเหยียด และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 2-3 วัน เป็นประจำเพียง ร้อยละ 37.3 และกิจกรรมออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาแบบทางการ ด้วยความ

แรงระดับปานกลาง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที ส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้งถึงไม่เคยปฏิบัติถึงร้อยละ 85.9 ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่

ร้อยละ 54.6 และยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 11.6 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มปัจจุบันยังคงดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 20.1 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (Mean ± SD)	5.42±3.00	
ต่ำ (0-3 คะแนน)	332	43.90
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	192	25.40
สูง (7-9 คะแนน)	233	30.80
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (Mean ± SD)	15.20 ± 5.70	
ต่ำ (น้อยกว่า 15 คะแนน)	309	40.80
ปานกลาง (15-18 คะแนน)	209	27.60
สูง (19-24 คะแนน)	239	31.60
ระดับการเข้าถึงบริการ (ปัจจัยเสริม) (Mean ± SD)	12.07 ± 2.56	
ต่ำ (0-11 คะแนน)	223	29.50
สูง (12-14 คะแนน)	534	70.50
ระดับพฤติกรรมการใช้ยา (Mean ± SD)	30.39 ± 4.35	
สูง (30-36 คะแนน)	466	61.60
ต่ำ (น้อยกว่า 30 คะแนน)	291	38.40
ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean ± SD)	34.77 ± 4.93	
สูง (36-45 คะแนน)	350	46.20
ปานกลาง (27-35 คะแนน)	372	49.10
ต่ำ (น้อยกว่า 27 คะแนน)	35	4.60
ระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียด (Mean ± SD)	22.81 ± 5.78	
สูง (29-36 คะแนน)	134	17.7
ปานกลาง (22-28 คะแนน)	313	41.3
ต่ำ (น้อยกว่า 22 คะแนน)	310	41.0
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
การออกกำลังกายแบบปานกลางเช่นเล่นกีฬา		
สม่ำเสมอ	107	14.10
บางครั้ง	122	16.10
นาน ๆ ครั้ง	81	10.70
ไม่เคยปฏิบัติ	447	59.00
การออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวออกแรง ในการทำงาน/อาชีพ		
สม่ำเสมอ	340	44.90
บางครั้ง	104	13.70
นาน ๆ ครั้ง	86	11.40
ไม่เคยปฏิบัติ	227	30.00

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 757 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด		
สม่ำเสมอ	282	37.30
บางครั้ง	152	20.10
นาน ๆ ครั้ง	98	12.90
ไม่เคยปฏิบัติ	225	29.70
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	413	54.60
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	256	33.80
สูบบุหรี่	88	11.60
พฤติกรรมการดื่มสุรา		
ไม่เคย	397	52.40
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	208	27.50
ดื่มสุรา	152	20.10

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ correlation spearman rank test โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นมากที่สุด โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ เพศชาย ความพิการ ระดับความเครียด สถานภาพการสูบบุหรี่ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการจัดการความเครียด การออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวออกแรง การยืดเหยียดและการดื่มสุรา เมื่อแยกพฤติกรรมเป็นรายพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการเคลื่อนไหวออกแรง แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยส่วนบุคคล คือระดับภาวะความเครียดกับเพศชาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ

พฤติกรรมการใช้ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการจัดการความเครียด และระดับการออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยเสริม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดย Spearman's rho coefficient (n = 757)

ปัจจัย	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
(1) อายุ	1.000															
(2) เพศชาย	.094 ^b	1.000														
(3) มีความพิการ	.102 ^b	-.013	1.000													
(4) ดัชนีมวลกาย	-.386 ^b	-.001	-.069	1.000												
(5) คะแนนความเครียด	.156 ^b	-.083 ^a	.099 ^b	-.095 ^b	1.000											
(6) ปัจจัยนำ(การรับรู้ความเสี่ยง)	-.109 ^b	.081 ^a	.057	.043	-.043	1.000										
(7) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม)	.054	-.018	.020	-.050	-.037	.264 ^b	1.000									
(8) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการ)	-.040	.039	-.025	.043	-.150 ^b	.145 ^b	.266 ^b	1.000								
(9) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	-.031	-.157 ^b	-.011	-.039	-.117 ^b	.134 ^b	.108 ^b	.206 ^b	1.000							
(10) พฤติกรรมการใช้ยา	.011	-.047	.032	-.044	-.014	.056	.151 ^b	.103 ^b	.127 ^b	1.000						
(11) การจัดการความเครียด	-.086 ^a	-.001	-.035	.050	.033	.115 ^b	.068	.026	.062	.111 ^b	1.000					
(12) ออกกำลังกายระดับปานกลาง	-.027	.138 ^b	.000	-.012	-.085 ^a	.080 ^a	.052	.023	-.038	.027	.277 ^b	1.000				
(13) การเคลื่อนไหวออกแรง	-.126 ^b	.105 ^b	-.069	.057	-.101 ^b	.144 ^b	.058	.080 ^a	.021	.108 ^b	.288 ^b	.255 ^b	1.000			
(14) การยืดเหยียด	-.112 ^b	.004	-.092 ^a	.063	-.038	.209 ^b	.114 ^b	.133	.144 ^b	.155 ^b	.295 ^b	.152 ^b	.371 ^b	1.000		
(15) ปัจจัยสนับสนุนที่	.087 ^a	.164 ^b	-.033	-.084 ^a	.006	-.036	.004	.001	-.102 ^b	-.078 ^a	-.159 ^b	.022	.022	.005	1.000	
(16) ปัจจัยต้นตอสุรา	-.184 ^b	.291 ^b	-.078 ^a	.137 ^b	-.054	.040	-.099 ^b	.013	-.104 ^b	-.058	-.019	.045	.109 ^b	.079 ^a	.147 ^b	1.000

Correlation using Spearman's rho a = p-value < 0.05 b = p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากกรอบแนวคิด Precede Framework ใน Precede-Proceed Model¹⁶ การวินิจฉัยทางการศึกษาและนิเวศวิทยา เป็นขั้นตอนที่ 3 ของ Precede Framework ซึ่งต่อมาจากขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางไตและหลอดเลือดสมอง เป็นพฤติกรรมเป้าหมายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาจึงวินิจฉัยพฤติกรรมทั้ง 6 พฤติกรรมหลัก ประกอบด้วย การใช้ยา การรับประทาน อาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินการสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ การกำหนดพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายหลัก เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ที่หลากหลายในแต่ละพฤติกรรมเป้าหมาย งานวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ โดยพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับความต้องการการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และมีระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุที่เพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงของภาวะที่แทรกซ้อนลดลง และสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ลดลงไปด้วย เช่น การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการดื่มสุรา ดังนั้นปัจจัยด้านอายุ จึงเป็นปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองหลายพฤติกรรม และ พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สำคัญพบว่าเป็นการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรง การรับประทานอาหาร¹⁷

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์เชิงบวก เป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับทฤษฎี Precede Proceed Model¹⁶ โดยปัจจัยนำด้านการรับรู้ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง¹⁸ และมี

ความสัมพันธ์กับ การควบคุมความดันโลหิต¹⁹ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ma ในปี 2018²⁰ ที่พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตอนต้นและตอนกลาง ประกอบด้วยอายุ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำการรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยเอื้อการเข้าถึงบริการ พบว่า ปัจจัยเสริมกับปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ที่สูงสุดและมีค่าความสัมพันธ์ที่ใกล้เคียงกันกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมและปัจจัยนำ โดยทุกความสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์เชิงบวกในทุกคู่ โดยทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์²¹

พฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กันทั้งที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การยืดเหยียด การเคลื่อนไหวออกแรงในการทำงาน และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในการออกแบบโปรแกรมสุขภาพหรือโปรแกรมการลดหรือเลิกการดื่มสุรา อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่อาจเพิ่มขึ้น มีการสูบบุหรี่ที่ลดลง โดยกิจกรรมที่ออกแบบต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุยังมีการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเกินร้อยละ 20 และรับประทานอาหารไขมันสูงบางครั้งถึงประจำถึงร้อยละ 22 ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น²²

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การใช้ยาและการบริโภคอาหาร โดยพบกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภค

อาหารในระดับสูง พบว่าอัตราการไม่เคยสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แล้ว หรือสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มที่มีการจัดการความเครียดที่สูงพบในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับสูง พบมากที่สุดในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในทุก ๆ ประเภท แสดงว่าในกลุ่มที่มีการออกกำลังกายมีการจัดการความเครียดที่ดี ด้านการสูบบุหรี่ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง²³

ข้อจำกัดของงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง สามารถทราบเพียงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เท่านั้น ไม่สามารถบอกได้ว่ามีพฤติกรรมใดที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น พฤติกรรมการใช้ยากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่สามารถบอกได้ว่าพฤติกรรมใดเป็นสาเหตุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการสร้างโปรแกรมสุขภาพศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่ออกแบบ ควรคำนึงถึงปัจจัยนำการรับรู้ความเสี่ยง ปัจจัยเสริมได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงบริการ โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของสถานะสุขภาพส่วนบุคคล ขั้นตอนและวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ตามความเหมาะสมกับเช่น กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ งานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของแต่ละพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่นการสัมภาษณ์เชิงลึก ในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่ให้ทุน Program-Based สนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization; 2014.
- Nwankwo T, Yoon SS, Burt V, Gu Q. Hypertension among adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. NCHS data brief. 2013;133:1-8.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
- วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง : นโยบายสู่ การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
- กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2561.] เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- World Health Organization. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Organization Geneva: Switzerland; 2013.
- Nilsson PM. Blood pressure strategies and goals in elderly patients with hypertension. Experimental gerontology 2017;87:151-2.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท.; 2558.
- ปัทมา โกมทุบุตร. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารคลินิก 2551;24:316-24.
- มุกดา สอนประเทศ. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนนสัง จ.หนองบัวลำภู. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/Information/center/research-55>
- Gielen AC, McDonald EM, Gary TL, Bone LR. Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 2008;4:407-29.
- Tramm R, McCarthy A, Yates P. Using the Precede-Proceed Model of Health Program Planning in breast cancer nursing research. Journal of advanced nursing 2012;68(8):1870-80.

13. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. 2013 [update 2013 April 6; cited 2018 June 25]. Available form: www.OpenEpi.com.
14. จีรวรรณ เจนจบ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกตุกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
15. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน พ.ศ. 2561]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
16. Gielen AC, McDonald EM, Gary TL, Bone LR. Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 2008;4:407-29.
17. Li Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y, He J. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. *BMC health services research* 2009 ;9(1):181.
18. Lewis LM, Riegel BJ. Determinants of perceived health in older adults with hypertension. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2010;39(1):41-9.
19. Zhang X, Zhu M, Dib HH, Hu J, Tang S, Zhong T, Ming X. Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China. *International Journal of Cardiology* 2009;137(1):9-15.
20. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & Lung* 2018;47(2):136-41.
21. Yang SO, Jeong GH, Kim SJ, Lee SH. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2014;43(1):97-106.
22. Padiyar A. Nonpharmacologic Management of Hypertension in the Elderly. *Clinics in geriatric medicine* 2009;25(2):213-9.
23. Hu H, Li G, A rao T. Prevalence rates of self-care behaviors and related factors in a rural hypertension population: a questionnaire survey. *International Journal of Hypertension* 2013;1-9.