กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [49-65]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนหนาแน่นแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์

Factors Associated with Hypertension Prevention Behaviors among Residents of Overcrowded Communities in Mueang Municipality, Surin Province

พรพิมล เพชรกลั่น*, ธันวดี รู้รอบ, พรรณนิภา ยางศรี, ธีรศักดิ์ พรหมพันใจ
Pornpimol Petklan*, Tanwadee Rurob, Phannipha Yangsri, Teerasak Prompanjai
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima
*Corresponding author: Petklan.p@gmail.com
(Received: Mar 17, 2025/ Revised: Jun 13, 2025/ Accepted: Nov 24, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 216 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD =15.53) ส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 52.31 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.81 และครอบครัวไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ร้อยละ 89.81 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตที่เหมาะสม เป็น 2.08 เท่า เมื่อเทียบกับผู้มีรายได้ต่ำกว่า (AOR = 2.08, 95%CI: 1.08–3.38) ผู้ที่วัดความดันโลหิตใน 1 ปีที่ผ่านมา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตที่เหมาะสม เป็น 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยตรวจวัด (AOR =3.27, 95%CI: 1.26–8.49) และผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตที่เหมาะสม เป็น 2.22 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับต่ำกว่า (AOR = 2.22, 95%CI: 1.15–4.31) ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนหนาแน่นและแออัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูล การบริการสุขภาพ เน้นการให้ความรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจ และจัดหน่วยบริการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น พัฒนาทักษะ อสม. และประชาชนในพื้นที่ ให้สามารถตรวจวัดและประเมินผลด้วยตนเองได้

คำสำคัญ: ชุมชนหนาแน่นและแออัด, พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

The study was a cross-sectional analytical study. The objective was to investigate factors associated with hypertension prevention behaviors among residents of dense and overcrowded communities in Mueang municipality, Surin province. The sample consisted of 216 participants who were people aged more than 15 years living in dense and overcrowded communities in Mueang Surin municipality. The participants were selected using systematic random sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using multiple logistic regression. The results showed that 58.33% of participants were female, with a mean age of 48 years (SD = 15.53). Less than 5,000 baht was the monthly income for 52.31% of participants. Furthermore, 79.81% had no underlying disease, and 75% of participants reported that their families had no record of hypertension. Finally, 89.91% of participants had measured their blood pressure level within the past year. After statistical analysis, the results revealed several factors significantly associated with hypertension prevention behaviors ($p < 0.05$). Specifically, participants with a monthly income of 5,000 baht or more were 2.08 times more likely to have appropriate hypertension prevention behaviors compared to those with lower incomes (AOR = 2.08, 95%CI: 1.08–3.38). Participants who had their blood pressure measured within the past year were 3.27 times more likely to engage in appropriate hypertension prevention behaviors compared to those who had never done so (AOR = 3.27, 95%CI: 1.26–8.49). Furthermore, participants with high motivation were 2.22 times more likely to exhibit appropriate hypertension prevention behaviors compared to those with lower motivation levels (AOR = 2.22, 95%CI: 1.15–4.31). Therefore, public health agencies should implement proactive health promotion activities in densely-populated and overcrowded communities, particularly targeting low-income residents to improve their access to health service information. These interventions should emphasize knowledge enhancement, strengthen motivation, and support basic health screening services for community residents. Moreover, programs should develop the skills of village health volunteers and residents so they can perform self-measurement and self-assessment.

Keywords: Overcrowded Communities, Hypertension Prevention Behaviors, Associated Factors

บทนำ

จากรายงานข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี พ.ศ.2567 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.4 ล้านคน พบมากในกลุ่มอายุ 30–79 ปี อาศัยในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วย ร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 21 เท่านั้นที่ทราบและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะพบภาวะความดันโลหิตสูงเป็น 1 ใน 3 ของปัจจัยเสี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะ เนื่องจากผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่รู้ตัวว่าป่วย ไม่ตระหนักในการป้องกัน ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จึงเข้ารับรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็น “ฆาตกรเงียบ”[1] ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีพ.ศ.2561–2565 โดยพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 13.13 14.21 14.22 14.48 และ15.43 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[2] จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562–2563 พบความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ76.8 พบผู้ป่วยสูงสุดในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 27.2 27.5 และ 24.3 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 24.2 ตามลำดับ[3] สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นเมือง ความเครียด ความเร่งรีบ ทำให้รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ดื่มสุราและสูบบุหรี่ ทำให้ความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เขตสุขภาพที่ 9 พบว่ามีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2566 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,248.78 1,248.78 1,385.95 1,335.06 และ 1,402.82 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และปีพ.ศ. 2566 อัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.36 สูงเป็นอันดับสองของประเทศ จังหวัดที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือจังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 3.11[4] จังหวัดสุรินทร์มีการขยายตัวความเป็นเมืองด้านโครงสร้างพื้นฐาน เศษฐกิจและสังคมสภาพที่อยู่อาศัยที่หลากหลาย ได้แก่ หมู่บ้านจัดสรร ชุมชนการเคหะ และชุมชนหนาแน่น แออัด ในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา สำรวจข้อมูลสุขภาพประชาชนในชุมชนหนาแน่น แออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 41.17 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.65 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.59 และขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 67.64 โรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.76 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.18 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.18 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2567 ผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 10.52 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 31.57 ปัญหาที่พบคือประชาชนไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง[5] จากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงคือ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ รายได้ ปัจจัยนำ ความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากสื่อ[6] ตามแนวคิด PRECEDE MODEL อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพบุคคลเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ[7]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาเน้นศึกษาปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานระดับบุคคลทั่วไปเท่านั้น ขาดการศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมชุมชนหนาแน่น แออัด ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดนโยบาย มาตรการ และจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมตามบริบทของชุมชนหนาแน่น แออัด เพื่อลดความชุก

โรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนชุมชนหนาแน่น แออัด ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 216 คน ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม–30 มิถุนายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยในชุมชนหนาแน่น แออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างแบบ multiple logistic regression[8] ดังต่อไปนี้

$$n_1 = \frac{P(1-P)\left(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}\right)^2}{B(1-B)(P_0 - P_1)^2}$$

n_1 คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นก่อนทำการปรับขนาดตัวอย่าง

P คือ สัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับดี = (1-B) P_0 + BP_1

P_0 คือ สัดส่วนผู้ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่ออยู่ในระดับปานกลางและต่ำที่มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับดี เท่ากับ 0.25

P_1 คือ สัดส่วนผู้ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่ออยู่ในระดับสูงที่มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับดี เท่ากับ 0.55

B คือ สัดส่วนผู้ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่ออยู่ในระดับสูง เท่ากับ 0.25

$Z_{(1-\alpha)}$ คือ ค่าสถิติจากการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

$Z_{(1-\beta)}$ คือ ค่าสถิติการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการเท่าสอบที่ 0.90 เท่ากับ 1.28

เมื่อแทนค่าในสูตรข้างต้น จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 138 คน ซึ่งต้องทำการปรับขนาดตัวอย่างตามการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)[8] ใช้สูตรดังนี้

$n_p = n_1/(1-p^2_{1,2,3,...,p})$

โดย n_p คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างหลังการปรับค่า

$p^2_{1,2,3,...,p}$ คือ ค่ากำลังสองของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อน ($p^2_{1,2,3,...,p}$ = 0.6)

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ทั้งหมด 216 คน

เกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย 1) อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนหนาแน่นแออัด ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ไม่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 3) การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจและมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครย้ายที่อยู่ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย 2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ขึ้นทะเบียนและรับยาต่อเนื่องในสถานพยาบาล และ 3) ออกจากการศึกษาทุกกรณี

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องตามแนวคิด “PRECEDE MODEL”[7] แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ความรู้ ทัศนคติและแรงจูงใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom[9]

ตอนที่ 2 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ตอนที่ 3 แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[11]

การแปลผล

1. เกณฑ์ของ Bloom[9] แบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ คือ 1) ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) 2) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และ 3) ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80)

2. เกณฑ์ของ Best[10] ดำเนินการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66 คะแนน) และ 3) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00 คะแนน)

3. เกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[11] แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับพฤติกรรมไม่ดี (12.00–35.99 คะแนน) 2) ระดับพฤติกรรมพอใช้ (36.00–41.99 คะแนน) 3) ระดับพฤติกรรมดี (42.00–47.99 คะแนน) และ 4) ระดับพฤติกรรมดีมาก (48.00–60.00 คะแนน)

ในกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบ่งพฤติกรรมการป้องกันเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับไม่เหมาะสม (12.00–41.99 คะแนน) และ 2) ระดับเหมาะสม (42.00–60.00 คะแนน)

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าระหว่าง 0.5–0.1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มประชาชนในชุมชนหนาแน่นและแออัด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และแบบทดสอบความรู้ ผ่านการทดสอบมีค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ไม่ได้เสนอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย แต่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) การทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารระดับจังหวัด และระดับชุมชน 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล และ 3) ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การเก็บข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูล: ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานและจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สสจ.สุรินทร์ รพ.สุรินทร์ ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ เทศบาลเมืองสุรินทร์และประธานชุมชน

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา กรณีตัวแปรแจงนับ นำเสนอข้อมูล ความถี่ ร้อยละ กรณีตัวแปรต่อเนื่อง นำเสนอข้อมูล ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกตินำเสนอ ค่ามัธยฐาน (median) ค่าต่ำสุด (min) และค่าสูงสุด (max)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (1 ตัว) และตัวแปรตาม (1 ตัว) โดยใช้สถิติ simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์อย่างหยาบด้วยค่า crude odds ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และค่า *p*-value ทั้งนี้จะเลือกตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.25 ($p < 0.25$)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นหลายตัวแปรและตัวแปรตาม ด้วยสถิติ multiple logistic regression ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (backward elimination) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า adjusted odds ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่น 95% และค่า *p*-value (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05)

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD =15.53) อายุเฉลี่ย 48.15 ปี (SD = 15.53) สถานภาพคู่ ร้อยละ 64.81 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.26 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.50 รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 47.69 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 18.50–22.99 kg/m^2 (สมส่วน) ร้อยละ 58.33 และขนาดรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 55.09 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.81 และครอบครัวหรือญาติสายตรงไม่มีประวัติป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 อีกทั้งในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเคยได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ร้อยละ 89.81 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	41.67
หญิง	126	58.33
อายุ (ปี)		
อายุน้อยกว่า 30 ปี	31	14.35
อายุ 30.0–59.9 ปี	126	58.33

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
อายุ 60 ปีขึ้นไป	59	27.32
$\bar{X}$ = 48.15, SD = 15.53, median = 49, min = 16, max = 81		
สถานภาพในปัจจุบัน		
โสด	44	20.37
แต่งงาน/คู่/อยู่ด้วยกัน	140	64.82
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	32	14.81
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	21	9.72
ประถมศึกษา	107	49.54
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	21.76
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	12.50
อนุปริญญา/ปวส.	7	3.24
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	3.24
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน/แม่บ้าน พ่อบ้าน	58	26.85
เกษตรกร	3	1.39
รับจ้าง	81	37.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	62	28.70
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	1.85
นักเรียน/นักศึกษา	5	2.32
อื่น ๆ	3	1.39
รายได้ของครอบครัว/เดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	103	47.69
5,001–10,000 บาท/เดือน	75	34.72

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
10,001–20,000 บาท/เดือน	33	15.28
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	5	2.31
ความเพียงพอของรายได้ภายในครอบครัว		
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	83	38.43
เพียงพอ	133	61.57
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
<18.50 (ผอม หรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	35	16.20
18.50–22.99 (สมส่วน)	91	42.13
23.00–24.99 (ภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนระดับที่ 1)	42	19.45
≥25 (โรคอ้วน หรือโรคอ้วนระดับที่ 2)	48	22.22
$\bar{X}$ = 22.74, SD = 4.77, median = 22.06, min = 15.24, max = 47.61		
ขนาดรอบเอว		
น้อยกว่า 80 เซนติเมตร	119	55.09
80–89 เซนติเมตร	63	29.17
≥ 90 เซนติเมตร	34	15.74
$\bar{X}$ = 79.36, SD = 11.65, median = 78, min = 42, max = 120		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	165	76.39
มี	51	23.61
ญาติสายตรงป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	162	75.00
มี	54	25.00
การตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา		
ไม่เคยตรวจ	22	10.19
เคยตรวจ	194	89.81

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ด้านปัจจัยนำ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.94 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.34 และมีแรงจูงใจในการป้องกันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.07 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำ **ด้านปัจจัยเสริม** กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.72 **ด้านปัจจัยเอื้อ** กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการและการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.37 **ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 65.28 และมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่เหมาะสม ร้อยละ 34.72 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
ปัจจัยนำ		
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับต่ำ	25	11.57
ระดับปานกลาง	68	31.48
ระดับสูง	123	56.95
$\bar{X}$ = 7.49, SD = 1.78, min = 1, max =10		
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับต่ำ	1	0.46
ระดับปานกลาง	126	58.34
ระดับสูง	89	41.20
$\bar{X}$ = 14.20, SD = 2.39, min = 9, max =20		
ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	56	25.93
ระดับสูง	160	74.07
$\bar{X}$ = 31.59, SD = 3.95, min = 23, max = 40		
ปัจจัยเสริม		
ระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม		

ตารางที่ 2 ลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	21	9.72
ระดับปานกลาง	129	59.72
ระดับสูง	66	30.56
$\bar{X}$ = 26.17, SD = 6.20, min = 12, max = 40		
ปัจจัยเอื้อ		
ระดับการเข้าถึงบริการและการสื่อสารสุขภาพ		
ระดับต่ำ	98	45.37
ระดับปานกลาง	78	36.11
ระดับสูง	40	18.52
$\bar{X}$ = 13.12, SD =5.39, min = 5, max =25		
พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่เหมาะสม	75	34.72
ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสม	141	65.28
$\bar{X}$ = 43.54, SD = 6.30, min = 22, max =59		

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดี่ยว (univariate Analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.25$) ได้แก่ เพศ สถานภาพในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว การเคยตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					0.096

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
ชาย	53 (58.89)	37 (41.11)	1		
หญิง	88 (69.84)	38 (30.16)	1.62	0.92, 2.85	
อายุ (ปี)					0.931
น้อยกว่า 35 ปี	25 (56.82)	19 (43.18)	1		
อายุ 35.0–59.9 ปี	75 (66.37)	38 (33.63)	1.50	0.73, 3.06	
อายุ 60 ปีขึ้นไป	41 (69.49)	18 (30.51)	1.73	0.76, 3.91	
สถานภาพในปัจจุบัน					0.242
โสด	24 (54.55)	20 (45.45)	1		
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	96 (68.57)	44 (31.43)	1.82	0.90, 3.63	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	21 (65.63)	11 (34.37)	1.59	0.62, 4.07	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.897
ต่ำกว่าประถมศึกษาหรือประถมศึกษา	84 (65.63)	44 (34.37)	1		
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	57 (64.77)	31 (35.23)	0.96	0.54, 1.70	
อาชีพ					0.440
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน/ แม่บ้าน	40 (65.57)	21 (34.43)	1		
รับจ้าง	49 (60.49)	32 (39.51)	0.80	0.40, 1.60	
ไม่ได้รับจ้าง (อาชีพอื่น ๆ)	52 (70.27)	22 (29.73)	1.24	0.60, 2.56	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					0.025
น้อยกว่า 5,000 บาท	75 (72.82)	28 (27.18)	1		
5,000 บาทขึ้นไป	66 (58.41)	47 (41.59)	1.92	1.15, 3.93	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
ความเพียงพอของรายได้ภายในครอบครัว					0.957
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	54 (65.06)	29 (34.94)	1		
เพียงพอ	87 (65.41)	46 (34.59)	1.01	0.57, 1.80	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)					0.716
น้อยกว่า 23	81 (64.29)	45 (35.71)	1		
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	60 (66.67)	30 (33.33)	1.11	0.63, 1.96	
รอบเอว					0.939
น้อยกว่า 90 เซนติเมตร	119 (65.38)	63 (34.62)	1		
≥ 90 เซนติเมตร	22 (64.71)	12 (35.29)	0.97	0.45, 2.09	
โรคประจำตัว					0.020
ไม่มีโรคประจำตัว	101 (61.21)	64 (38.79)	1		
มีโรคประจำตัว	40 (78.43)	11 (21.57)	2.30	1.10, 4.81	
ญาติสายตรงป่วยโรคความดันโลหิตสูง					0.804
ไม่มี	105 (64.81)	57 (35.19)	1		
มี	36 (66.67)	18 (33.33)	1.08	0.57, 2.08	
การเคยตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา					0.003
ไม่เคยตรวจ	8 (36.36)	14 (63.64)	1		
เคยตรวจ	133 (68.56)	61 (31.44)	3.81	1.52, 9.57	
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					0.174
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	56 (60.22)	37 (39.78)	1		
ระดับสูง	85 (69.11)	38 (30.89)	1.48	0.84, 2.60	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					0.793
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	82 (64.57)	45 (35.43)	1		
ระดับสูง	59 (66.29)	30 (33.71)	1.08	0.61, 1.90	
แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง					0.015
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	29 (51.79)	27 (48.21)	1		
ระดับสูง	112 (70.00)	48 (30.00)	2.17	1.16, 4.05	
แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม					0.062
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	92 (61.33)	58 (38.67)	1		
ระดับสูง	49 (74.24)	17 (25.76)	1.82	0.96, 3.45	
การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ					0.684
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	116 (65.91)	60 (34.09)	1		
ระดับสูง	25 (62.50)	15 (37.50)	0.86	0.42, 1.75	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (multivariate analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การตรวจวัดความดันโลหิตใน 1 ปี ที่ผ่านมา และระดับแรงจูงใจในการป้องกัน กล่าวคือ เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ ในสมการสุดท้าย พบว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 5,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 2.08 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีรายได้ต่ำกว่า (AOR = 2.08, 95%CI: 1.08–3.38) ผู้ที่เคยตรวจวัดความดันโลหิตใน 1 ปี ที่ผ่านมามีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยตรวจ (AOR = 3.27, 95%CI: 1.26–8.49) และผู้ที่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 2.22 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับต่ำกว่า (AOR = 2.22, 95%CI: 1.15–4.31) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ โดยใช้สถิติ multivariable logistic regression

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	AOR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)				
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						0.016
น้อยกว่า 5,000	75 (72.82)	28 (27.18)	1	1		
5,000 ขึ้นไป	66 (58.41)	47 (41.59)	1.92	2.08	1.08, 3.38	
การตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา						0.015
ไม่เคยตรวจ	8 (36.36)	14 (63.64)	1	1		
เคยตรวจ	133 (68.56)	61 (31.44)	3.81	3.27	1.26, 8.49	
แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						0.018
ระดับต่ำและปานกลาง	29 (51.79)	27 (48.21)	1	1		
ระดับสูง	112 (70.00)	48 (30.00)	2.17	2.22	1.15, 4.31	

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาในลำปาง พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันการป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายได้หรือสถานภาพทางเศรษฐกิจที่มั่นคงทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง[12] จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงลดลง เนื่องจากมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพหรือทรัพยากรที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น อาหารสุขภาพ พื้นที่ออกกำลังกาย ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม[13] และการศึกษาในประเทศจีน พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ลดลง[14] และมีความแตกต่างจากการศึกษาชุมชนแออัดในบังกลาเทศ ที่พบว่าผู้มีรายได้สูงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารแปรรูปที่มีไขมันและโซเดียมสูง มีภาวะเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle) ความชุกของโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีรายได้สูงทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ[15] และการเคยตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เคยตรวจวัดความดันโลหิต มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยตรวจ จากการศึกษาความชุกโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนแออัด ประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36 ไม่เคยตรวจวัดระดับความดันโลหิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 46 ไม่เคย

รับการรักษาหรือได้รับให้คำแนะนำในการป้องกัน ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง ไม่ทราบว่าตนเองป่วย จึงขาดการป้องกัน[16] ดังนั้นผู้ที่เคยตรวจวัดความดันโลหิต จึงมีการรับรู้สถานะเสี่ยงของตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนชุมชนหนาแน่นและแออัด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า แรงจูงใจมีบทบาทสำคัญในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจที่ดีเป็นแรงผลักดันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เช่น ลดบริโภคอาหารที่มีโซเดียม น้ำตาลและไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการอารมณ์และความเครียด เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง[17] และการศึกษาพฤติกรรมกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย พบว่าแรงจูงใจภายในของบุคคล การมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง[18]

ด้านปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การเข้าถึงบริการและการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนชุมชนหนาแน่นและแออัด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการได้รับข่าวสารจากสื่อ ทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น[6] เนื่องจากบริบทชุมชนหนาแน่นและแออัด ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.72 มีระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 45.37 มีระดับการเข้าถึงบริการและการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยดังกล่าวฯ ถือเป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งเกิดจากสิ่งแวดล้อมและสังคม จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE MODEL) อธิบายว่าการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เริ่มจากปัจจัยภายในบุคคลก่อน[19]

การศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้รับอิทธิพลจากแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ และการเข้ารับบริการสุขภาพหรือการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกปี ปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ประชาชนในชุมชนที่มีความหนาแน่นและแออัด มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนหนาแน่นแออัดให้ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ให้สามารถเข้าถึงบริการและข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. เน้นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจระดับบุคคลในการจัดการสุขภาพตนเอง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

3. สนับสนุนให้ประชาชนได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยจัดจุดบริการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนหนาแน่นแออัด และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ พัฒนาทักษะอสม. แกนนำด้านสุขภาพและประชาชนในการตรวจวัดและแปลผลระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

ควรศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ cohort study ติดตามกลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยตรวจวัดค่าระดับความดันโลหิตควบคู่กับสังเกตพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติจริง

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในช่วงเวลาสั้นๆ จึงไม่สามารถระบุได้ว่าตัวแปรที่ศึกษาเกิดก่อนผลลัพธ์หรือไม่ เนื่องจากเก็บข้อมูลปัจจัยและผลลัพธ์พร้อมกันทำให้เกิด reverse causality bias ควรมีการศึกษาในรูปแบบที่มีการติดตามข้อมูลไปข้างหน้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผอ.สคร.9 จ.นครราชสีมา สสจ.สุรินทร์ เทศบาลเมืองสุรินทร์ สสอ.เมืองสุรินทร์ ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ รพ.สุรินทร์ ประธานชุมชนและอสม.ที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2023 [cited 2023 November 2]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2561–2565) [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562–2563. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9.อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/nma/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. ผลสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนหมู่บ้านจัดสรรชุมชนหนาแน่นแออัดพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุรินทร์ ปี 2565.ประชุมราชการเพื่อสรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดสุรินทร์; 2566 สิงหาคม 11; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์:สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2566.
6. อัญชลี สามงามมี, เกษร สำเภาทอง, นนท์ธิยา หอมขำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2563;64(2):97–108.
7. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An Educational and Ecological Approach. 4th Edition. New York: McGraw-Hill, 2005.
8. 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.
9. Bloom B. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David Mckay; 1975.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือและโปรแกรม

ประเมิน HL และ HB [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/

12. รุจิรา ธรรมใจกูล, ณัฏฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดลำปาง.วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563;1(2):41–53.
13. Fan Z, Yang C, Zhang J, Huang Y, Yang Y, Zeng P, et al. Trends and influence factors in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among US adults from 1999 to 2018. PLoS One 2023;18(9): e0292159.
14. Luo T, Lin S, Zhang W, Li X, Wang Y, Zhou J, et al. Relationship between socioeconomic status and hypertension incidence among adults in southwest China: a population-based cohort study. BMC Public Health 2024;24(1): 1211
15. Mistry SK, Hossain MB, Parvez M, Gupta RD, Arora A. Prevalence and determinants of hypertension among urban slum dwellers in Bangladesh. BMC Public Health 2022;22(1):2063.
16. Rakesh PS, Renjini BA, Mohandas S, Menon J, Numpelil M, Sreedevi A, et al. Hypertension in urban slums of southern India: Burden, awareness, health seeking, control and risk factor profile. Indian Heart J 2023;75(4):258–62.
17. Wahyudi DT. Diet knowledge, Self-Efficacy and Motivation for Hypertension Prevention Behavior. IJNHS 2020;3(4):533–9.
18. เบญญลักษมิ์ หมุดดี, ญาณัชฌาน์ แก้วตา, สาวิตรี จีระยา. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2566;15(2):279–288.
19. นรลักขณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี.การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2562;12(1):38–48.