



ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท
และผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

Health Beliefs and Health Behaviors among Phu Tai
and Thai Isan Older Persons with Hypertension

วุดมพิงษ์	เชื่อนมอก	พม.บ*	Wuttipong	Cheumnok	M.N.S.*
ทศพร	คำผลศิริ	ปร.ด**	Totsaporn	Khampolsiri	Ph.D.**
เดชา	ทำดี	ปร.ด**	Decha	Tamdee	Ph.D.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย เป็นผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท 70 รายและผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน 70 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้เท่ากับ .81 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Mann - Whitney U test และ independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 90.50$, S.D. = 10.20 และ $\bar{x} = 92.14$, S.D. = 7.36 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 75.92$, S.D. = 5.18 และ $\bar{x} = 75.58$, S.D. = 5.81 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การควบคุมอาหารและน้ำหนักร่างกาย การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับเหมาะสมมากทั้งสองกลุ่ม 2) ความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานโดยรวมและรายด้านพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .621$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานโดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .827$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการความเครียดและการไปตรวจตามนัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$ และ $.042$ ตามลำดับ) แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆไม่แตกต่างกัน

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, จังหวัดนครพนม
 * Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom Province, udda018@gmail.com
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor. Faculty of nursing, Chiang Mai University



ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท ผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this descriptive comparative research study was to compare the health beliefs and health behaviors of hypertensive Phu Tai and Thai Isan older people. Subjects were 140 older persons; the first 70 of which were Phu Tai and the other 70 were Thai Isan. The samples were selected using stratified random sampling. The data were collected using: Demographic Data Questionnaire, Health Beliefs of Persons with Hypertension Questionnaire, and Health Behavior of Persons with Hypertension Questionnaire. Reliability was tested by Cronbach's alpha coefficient and was found to be .81 for health beliefs. However, with test-retest method the reliability of the health behavior questionnaire was .99. The data were analyzed using descriptive statistics Mann-Whitney U test and independent t-tests.

The results revealed that: 1) The overall health beliefs scores of Phu Tai and Thai Isan older people were at a high level ($\bar{x} = 90.50$, S.D. = 10.20 and $\bar{x} = 92.14$, S.D. = 7.36 respectively). Both groups reported high levels of perceived susceptibility to complications, perceived severity to complications, perceived benefit of health behaviors and perceived barriers of health behaviors. The overall of health behavior score of Phu Tai and Thai Isan older people were at a high level ($\bar{x} = 75.92$, S.D. = 5.18 and $\bar{x} = 75.58$, S.D. = 5.81) respectively. Both groups engaged in good levels of diet and weight control behaviors, exercises behaviors, stress management behaviors, avoidance of risk factors, drug use behavior, and follow up behaviors. 2) There was no statistical difference in the overall and each dimensions of health beliefs between Phu Tai and Thai Isan older persons ($p = .621$). There was no difference in the overall health behaviors between Phu Tai and Thai Isan older persons ($p = .827$). However, differences in stress management behaviors and follow up behaviors were found to be statistically significant ($p = .004$ and $.042$ respectively), but other health behaviors were not different.

The results of this study could be used as a basic data for health care providers to promote health beliefs and health behaviors among Phu Tai and Thai Isan older people with hypertension.

Keywords: Health Beliefs, Health Behaviors, Phu Tai Older Persons, Thai Isan Older Persons, Hypertension



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในปี 2013 พบจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกสูงถึง 970 ล้านคนและในปีค.ศ. 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2013) โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65 เป็นโรคความดันโลหิตสูงจากประชากรทั้งหมด (Nwankwo, Yoon, Burt, & Gu, 2013) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 41 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุดในอัตรา 8,957.5 รายต่อประชากรแสนคน (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนการป่วยถึง 278,132 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากสถิติดังกล่าวพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากการสะสมของเส้นใยคอลลาเจนและเนื้อเยื่อพังผืด รวมทั้งการทำหน้าที่ของเส้นใยอีลาสตินและกล้ามเนื้อเรียบเสียไป ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น เลือดที่ส่งออกจากหัวใจไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้น้อยลงและเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนได้เพียงพอหัวใจจึงบีบตัวมากขึ้นทำให้ความดันซิสโตลิก (systole) เพิ่มขึ้น (Mukhtar, & Jackson, 2013) โดย จะพบค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท (isolation systolic hypertension [ISH]) ขณะที่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท (WHO, 2013) หากไม่สามารถควบคุมและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะหัวใจวาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย และโรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) จากรายงานพบว่าโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่โรคหลอดเลือด

สมองและโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งทำให้พิการจนถึงการเสียชีวิต (WHO, 2013) ดังนั้น การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับปกติหรือมีความดันโลหิตซิสโตลิก ≤ 150 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆโดยแนวทางหลักในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติมี 2 วิธี ได้แก่ การใช้ยาและการไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การควบคุมอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมและควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย ลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจัดการกับความเครียด (James et al., 2014) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำต่างๆจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Conner, Norman, & Bell, 2002). การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการมาตรวจตามนัด หากจะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต้องคำนึงถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยน เช่น อายุ เพศ ความแตกต่างระหว่างสถานะทางสังคมและชาติพันธุ์ และปัจจัยด้านการรับรู้ ซึ่งเป็นตัวกำหนดและเป็นข้อมูลในการเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพและสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Conner et al., 2002) แนวคิดที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ คือ แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) เชื่อว่าความเชื่อของบุคคลเป็นสิ่งที่ส่งสมมาเป็นระยะเวลานาน การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลว่ามี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้



บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในความรุนแรงที่เกิดขึ้นนำไปสู่การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จากการศึกษาของรัตนาวรรณ (2550) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาหรือการควบคุมโรคและการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ โดยมีปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ ซึ่งการรับรู้ตามแนวคิด เบคเกอร์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส ออกเป็นความรู้สึกนึกคิด โดยใช้ความรู้เดิมช่วยตีความหมายและตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1974) เช่นการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับประทานยาระดับมากทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยามากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคน้อย (สุมาลี วัจนานทร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์, 2551) และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (มยะชิน สามาะ, 2552) และปัจจัยอื่นร่วม เช่น อายุ เพศ ศาสนา สภาพสังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติเผ่าพันธุ์ เช่น ผู้ที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันโดยผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพต่ำ (วันวิสา รอดกล่อม, นิสาพร วัฒนศัพท์, และปัทมา สุพรรณกุล, 2555) ดังนั้นความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์จึงทำให้เกิดความหลากหลายทางศิลปวัฒนธรรม ประเพณีและวิถีชีวิตที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่กำหนดความเชื่อ รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่นนั้นๆ (จุมพล วิเชียรศิลป์, 2556) ส่งผลให้เกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะยึดการรักษาตามความเชื่อ

และพิธีกรรมของชนเผ่า โดยมีรากฐานความเชื่อภายใต้การแพทย์อายุเวท โหราศาสตร์และคัมภีร์ทางพุทธศาสนา ที่ผสมผสานกันระหว่างภูมิปัญญาและวัฒนธรรม ประเพณีเข้าด้วยกัน (สุเทพ ไชยจันทร์, 2556) สำหรับประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีขนาดใหญ่ที่สุดคือ ชาวไทยอีสานและรองลงมาคือชนเผ่าผู้ไท ชาวไทยอีสานนับถือพุทธศาสนา มีอุปนิสัยจริงจังกับการดำเนินชีวิต เชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ การรับประทานอาหารส่วนใหญ่มีรสเผ็ดและเค็ม นิยมรับประทานข้าวเหนียว ผัก ปลาและเนื้อสัตว์ โดยมีปลาร้าเป็นส่วนประกอบหลักในการปรุงอาหาร (จุมพล วิเชียรศิลป์, 2556) ส่วนใหญ่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของผี ดังนั้นการรักษาโรคจึงยังพบการใช้วิธีการทางไสยศาสตร์และยาสมุนไพร โดยเฉพาะในชนบทอีสาน จึงจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะรักษาด้วยสมุนไพรเป็นหลัก ขณะที่ชนเผ่าผู้ไท เป็นชาติพันธุ์ที่สืบทอดเอกลักษณ์วัฒนธรรมประจำชนเผ่ามาเป็นระยะเวลาช้านาน นับถือผีมาก่อนการนับถือพุทธศาสนา (ทวีศิลป์ สืบวัฒนะ, 2526) นิยมรับประทานข้าวปุ้นน้ำนัวหรือขนมจีนที่ปรุงรสด้วยปลาร้าและกะปิ (ยุพิน สมคำพี้, 2554) ผู้สูงอายุชาวผู้ไทส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจผลเสียจากการปรุงรสด้วยการใส่เครื่องปรุงประเภทปลาร้า (วาสุกรี เขวงกุล, 2554) ร่วมกับมีประเพณีดูดเหล้าอูซึ่งส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (ยุพิน แวงสุข, ชัยปดินทร์ สาสิทธิ์, และไพโรจน์ แก้วมณีชัย, 2547) เชื่อว่าโรคเกิดจากสิ่งที่ไม่เหนือธรรมชาติหรือผี ขวัญออกจากร่างกายและการรับประทานอาหารต้องห้าม (การชะล่า) (ทวีศิลป์ สืบวัฒนะ, 2526) การรักษาโรคเดิมใช้การรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านเช่น การเสี่ยงทาย การเป่า สมุนไพรและการเหยา สำหรับโรคความดันโลหิตสูงจะรักษาด้วยสมุนไพร (ธัญญลักษณ์ ไชยสุข, 2551) จะเห็นได้ว่าความเชื่อมีความสำคัญในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการแสวงหาการรักษาโรคภายใต้ความเชื่อด้านสุขภาพและเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี (สุเทพ ไชยจันทร์, 2556) ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละภูมิภาคแต่ละเชื้อชาติจะกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายใต้บริบทความเชื่อ วัฒนธรรมและ



ประเพณีของแต่ละท้องถิ่น

จากการศึกษาความรู้เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูง ที่ผ่านมาพบศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มชนเผ่าที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเล่าตามตำนานเกี่ยวกับความเชื่อทั่วไป ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสองชนเผ่าส่วนใหญ่จะพบพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารแต่ด้านอื่นยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจน เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไปอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และความเชื่อของแต่ละคนนั้นก็ไม่เหมือนกันหากจะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการปฏิบัติภายใต้ความเชื่อของสองกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความแตกต่างของวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อดั้งเดิมในการรักษาโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 2 ชนเผ่าโดยคาดว่าผลวิจัยที่ได้จะเป็นผลต่อบุคคลากรด้านสาธารณสุขที่จะได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนก่อนให้การดูแลเพื่อให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้าน
2. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้าน

คำถามการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้านเป็นอย่างไร
2. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพราะความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตามความเชื่อหรือการรับรู้ที่กล่าวมา และพฤติกรรมสุขภาพของคอนเนอร์ (Conner et al., 2002) ประกอบด้วย การรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการตรวจตามนัด หากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ผู้สูงอายุผู้ไทและชาวไทยอีสานซึ่งมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อดั้งเดิมด้านการรักษา ย่อมส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ การแสวงหาการรักษาและการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต จากความแตกต่างของวัฒนธรรมประเพณีของชนเผ่า อาจมีผลต่อการเกิดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่เหมือนหรือแตกต่างกันไปสู่แนวทางการดูแลตามวิถีชีวิตความเชื่อในบริบทของแต่ละชาติพันธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นผู้สูงอายุชาติพันธุ์ผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการคำนวณโดยใช้สูตรของของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) $n=10k + 50$ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 70 ราย โดยคัดเลือกจากวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะชาติพันธุ์ เลือกอำเภอบางแบบเฉพาะเจาะจงได้ผู้สูงอายุชาติพันธุ์ผู้ไท อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม และผู้สูง



อายุชาวไทยอีสานอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี
กลุ่มตำบลและหมู่บ้านโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งสัดส่วน
หมู่บ้านละเท่าๆกันจำนวน 11 - 12 ราย โดยมีคุณสมบัติ
ดังนี้ มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ผ่านการประเมิน
แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai
2002 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และ
สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีเป็น
โรคความดันโลหิตสูงของศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2552)
- 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงของเอกรัตน์ ปิ่นประพาพันธ์
(Pinprapapan, Panuthai, Vannarit, & Srisuphan,
2013)

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
จำนวนกลุ่มชาติพันธุ์ละ 10 ราย รวม 20 ราย ดังนี้ แบบ
วัดความเชื่อด้านสุขภาพโดยตรวจสอบความสอดคล้อง
ภายในทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
ได้เท่ากับ .81 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพโดยการทดสอบ
ซ้ำระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของ
ความคงที่ของเพียร์สันเท่ากับ .99

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการเก็บ
ข้อมูล** หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมและการพิทักษ์
สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัย
รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขออนุญาตศึกษาจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมและอุบลราชธานี
เข้าพบสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเขตพื้นที่ เพื่อขอรับข้อมูล
รายชื่อของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีเชื้อสายผู้ไท
และไทยอีสาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประสานกับผู้สูงอายุโดยการเข้าพบที่บ้านอธิบาย
วัตถุประสงค์ ประโยชน์ในเข้าร่วมและลงชื่อยินยอมการ
เข้าร่วมการศึกษา อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและ

อ่านคำถามโดยไม่อธิบายเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างเลือก
ตอบและบันทึกแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 45-60
นาที/คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ กล่าวขอบคุณและ
มอบของที่ระลึกกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความเชื่อด้าน
สุขภาพโดยใช้สถิติ Mann - Whitney U test และเปรียบเทียบ
พฤติกรรมสุขภาพโดยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.3) โดยมีอายุเฉลี่ย 72 ปี
สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา
ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท
ต่อเดือน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายและใช้สิทธิในการ
รักษาเป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ได้รับวินิจฉัย
โรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปี ได้รับความรู้เกี่ยวกับ
โรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่พบโรค
ร่วม ดัชนีมวลกายระหว่าง 25 - 29.9 ค่าความดันโลหิต
ระหว่าง 120 - 139 / 80-89 มิลลิเมตรปรอท รักษาแพทย์
แผนปัจจุบันมากที่สุด รองลงมาใช้การรักษาแบบผสม
ผสาน สำหรับผู้สูงอายุชาวไทยอีสานส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง (ร้อยละ 61.4) อายุเฉลี่ย 73 ปี สถานภาพสมรสคู่
จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มี
รายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือนแต่เพียงพอต่อรายจ่าย
ใช้สิทธิในการรักษาเป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับ
วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 5-10 ปี ได้รับความ
รู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ไม่มีโรคร่วมและ มีโรคร่วมเท่าๆกัน ได้แก่ โรคเบาหวาน
และโรคไต ร้อยละ 44.3 ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.9
ค่าความดันโลหิตระหว่าง 120-139/80-89 มิลลิเมตร
ปรอท รักษาแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุ
ชาวไทยอีสานที่เป็นความดันโลหิตสูง**



ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท ($\bar{x} = 90.50$, S.D. = 10.20) และผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน ($\bar{x} = 92.14$, S.D. = 7.36) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดย

รวมของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน ($\bar{x} = 75.92$, S.D. = 5.18 และ $\bar{x} = 75.58$, S.D. = 5.81 ตามลำดับ) และรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน (n=140)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ช่วง คะแนน	ผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท (70)		ผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน (70)		p- Value
		\bar{x} (S.D.)	ระดับ	\bar{x} (S.D.)	ระดับ	
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	7 – 28	23.0 (5.92)	สูง	24.48 (3.85)	สูง	.406
2. การรับรู้ความรุนแรง	6 – 24	22.47 (2.95)	สูง	23.22 (1.41)	สูง	.383
3. การรับรู้ประโยชน์	6 – 28	22.75 (2.38)	สูง	23.42 (1.12)	สูง	.158
4. การรับรู้อุปสรรค	7 – 24	22.27 (4.72)	สูง	21.00 (4.75)	สูง	.083
โดยรวม	26 –104	90.50(10.20)	สูง	92.14 (7.36)	สูง	.621

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน independent t-test (n=140)

พฤติกรรมสุขภาพ	ช่วง คะแนน	ผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท (70)		ผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน (70)		p- value
		\bar{x} (S.D.)	ระดับ	\bar{x} (S.D.)	ระดับ	
การควบคุมอาหารและน้ำหนักร	8-24	18.90 (3.19)	เหมาะสมมาก	19.37 (2.36)	เหมาะสมมาก	.152
การออกกำลังกาย	6-18	14.78 (2.62)	เหมาะสมมาก	14.87 (2.65)	เหมาะสมมาก	.824
การจัดการความเครียด	4-12	10.75 (1.44)	เหมาะสมมาก	9.98 (1.66)	เหมาะสมมาก	.004*
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	2-6	5.61 (.78)	เหมาะสมมาก	5.47 (1.00)	เหมาะสมมาก	.350
การรับประทานยา	7-21	20.35 (1.39)	เหมาะสมมาก	20.11 (2.04)	เหมาะสมมาก	.413
การไปตรวจตามนัด	2-6	5.51 (.84)	เหมาะสมมาก	5.77 (.62)	เหมาะสมมาก	.042*
โดยรวม	29-87	75.92 (5.18)	เหมาะสมมาก	75.58 (5.81)	เหมาะสมมาก	.827

p<.05



ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูง อายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูง
อายุชาวไทยอีสานโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ($p = .621$) (ตารางที่ 1) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพโดย
รวมของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน
ไม่แตกต่างกัน ($p = .827$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า
พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดและการไป
ตรวจตามนัดของผู้สูงอายุ 2 กลุ่มแตกต่างกัน ($p = .004$
และ $.042$ ตามลำดับ) ส่วนรายด้านอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่าง
กัน (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไท และผู้สูงอายุชาวไทยอีสาน

ผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานมี
ระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ใน
ระดับสูง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองส่วนใหญ่ มี
ระยะเวลาป่วยระหว่าง 5 ถึง 10 ปีขึ้นไป ได้รับประธา
นยาและรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก
ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจาก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ส่วนใหญ่มารับการรักษา
ตามนัดอย่างต่อเนื่องทำให้ได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ
ผู้ป่วยคนอื่นๆ เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะทำให้
โรคคุกคามต่อชีวิตจะหลีกเลี่ยงสิ่งนั้นๆ และเลือกปฏิบัติ
ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย จึงนำไปสู่การรับรู้ที่ดี
ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม ส่งผลให้มีความ
ดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการศึกษาทั้งสองกลุ่ม
สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา เรื่องอื่น (2550) พบ
ว่าการมีประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วยเป็นเวลา
มากกว่า 1-3 ปีจะเกิดความรู้ความเข้าใจโรคความดัน
โลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จึงทำให้ความ
เชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของนัยนา
เมธา (2544) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค
ความดันโลหิตสูงจากแพทย์และพยาบาล ทำให้ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker,
1974) คือการได้รับคำแนะนำการให้ความรู้และได้รับการ
สอนจากเจ้าหน้าที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าถึงสิ่งที่
คิดว่าดีหรือสิ่งที่คิดว่าก่อโทษต่อร่างกายทำให้ความเชื่อ
ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งสอง
กลุ่มสอดคล้องกับการศึกษาของพิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์
(Purateeranrath, 2012) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมและรายด้านอยู่
ในระดับมาก

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้ สูงอายุชาวไทยอีสาน

ผู้สูงอายุชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานมี
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะ
สมมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จึง
ทำให้ใส่ใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตนเพื่อ
ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและสังเกตอาการ
ผิดปกติได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสา
รอดกล่อม และคณะ (2555) ที่พบว่า เพศหญิงมี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเพศชายและการมี
ระยะเวลาการป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไปและได้รับความรู้
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น
หลัก ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้นำไปสู่การพัฒนาด้าน
ความคิด ความเชื่อเกิดความคิดที่มีเจตคติที่ดีในการ
ดูแลสุขภาพและเกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม
ตามมา (เนาวรัตน์ จันทานนท์ บุขราคม, สิงห์ชัย, และ
วิวัฒน์ วรวงษ์, 2554) การรับประธาณยาและการรักษา
แพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ โดยเชื่อว่าการไปตรวจ
ตามนัดอย่างสม่ำเสมอทำให้สามารถควบคุมและป้องกัน
การเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเข้ารับการตรวจตามนัดเป็น
ประจำทุกเดือน ผลการศึกษาทั้งสองกลุ่มสอดคล้องกับ
การศึกษาของวาสุกรี เขวงกุล (2554) พบว่า ผู้สูงอายุไป
ตรวจวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มีแพทย์นัดและรับ
ประธาณยาความดันโลหิตมากที่สุด และการศึกษาของ
ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัธมารกุล, และ อนันต์
มาลารัตน์ (2554) พบว่า ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคความ
ดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับข้อมูล
เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ดีทำให้พฤติกรรมการดูแล



ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเหมาะสมมาก การเข้าถึงแหล่งการเรียนรู้เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (ขวัญดาว กล้ารัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์, และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2556) ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่มจึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมากทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสา รอดกล่อมและคณะ (2555) พบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีความเชื่อด้านสุขภาพต่ำเช่นเดียวกับการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2552) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และการศึกษาของรัตนา เรืองอิน (2550) พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะต้องมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคได้ดี

เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างทั้งสอง มีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไปทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจากตัวเอง และรับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถึงแม้ว่า ทวีศิลป์ สืบวัฒนะ (2526) จะกล่าวถึงความเชื่อของชนเผ่าว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชนเผ่าผู้ไทเกิดจากการกระทำของผี แต่กลุ่มตัวอย่างโดยทั้งสองกลุ่มมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง จึงให้ข้อมูลว่าความดันโลหิตสูงเกิดจากพฤติกรรมบริโภคไม่ได้เกิดจากการกระทำของผี ได้เลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าใช้วิธีทางไสยศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่ว่าการรับรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยจะปฏิบัติพฤติกรรมตามความเชื่อของตนเองถ้าบุคคลมีการรับรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางที่ดีและถูกต้องก็จะส่งผลให้เกิดทางพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการ

ศึกษาของอินทัย เหล่าเที่ยง (2550) ที่พบว่าหากมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ในยุคสมัยปัจจุบันมีการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมประเพณีระหว่างผู้ไทและไทยอีสาน เนื่องจากปัจจุบันวิถีชีวิตของชนเผ่าผู้ไทที่เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมการติดต่อแลกเปลี่ยนเพื่อดำรงชีพในสังคมของตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมดั้งเดิมอย่างมาก (สุภิตา ไชยสวัสดิ์, 2542) ตลอดจนการกำหนดวิธีการรักษาหรือตัดสินใจเลือกการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงพบว่าชนเผ่าเลือกที่จะรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวาสุกรี เชวงกุล (2554) พบว่าผู้สูงอายุชาวผู้ไทมีการไปตรวจตามแพทย์นัดมากที่สุดและมีความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงจึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของอินทัย เหล่าเที่ยง (2550) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่เป็นเบาหวาน จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่าง และการมีระบบบริการด้านสุขภาพที่ทั่วถึง ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบการบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความก้าวหน้าและการให้บริการในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรักษาโรค และเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงการรักษาได้รับการดูแลแบบเท่าเทียมกัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ทำให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่พบว่ามี ความแตกต่างกันใน 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า ชนเผ่าผู้ไทและชาวไทยอีสาน ถึงแม้จะมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท แต่ควมมีภาระค่าใช้จ่ายต่างกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประเมินความเพียงพอของรายได้ต่างกัน ส่งผลให้เกิดความเครียดต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนิตกร ภูสุวรรณ (2557) ที่พบว่าระดับการศึกษา รายได้และความพอเพียงของรายได้และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันทำให้มีระดับความเครียดที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าชนเผ่าผู้ไทมีอุปนิสัยเป็นคนที่รัก



ความอิสระ จิตใจดีและใจเย็นเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจส่วนมากจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่ไว้วางใจ และมีวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์เป็นประจำ ส่วนชาวไทยอีสานเป็นคนที่มิอุปนิสัยจริงจังกับการดำเนินชีวิต และเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่ไว้วางใจเพียงบางครั้ง จึงทำให้มีวิธีการจัดการความเครียดแตกต่างกัน พฤติกรรมด้านการไปตรวจตามนัดที่พบว่ามีความแตกต่างกันใน 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุผู้ไทส่วนใหญ่ไปตรวจตามนัด ทำให้มีความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพและได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จึงเห็นประโยชน์ของการไปตรวจตามนัด ขณะที่ชาวไทยอีสานไปตรวจตามนัดน้อยกว่า อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง มีค่าความดันโลหิต

และดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงคิดว่าตนเองหายและทำให้ไม่ได้ไปตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อวางแผนให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามความเชื่อแต่ละชาติพันธุ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรอง / การประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- เกรียงไกร หัวบุญศาล. (2554). *ภูไทหรือผู้ไท: ชนเผ่าไทยแห่งสิบสองจุไทยในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://www.oknation.net/blog/kriengkrai/2011/08/27/entry-1>
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาจันทร์, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 7(3), 93-103.
- จรัส พยัคฆราชศักดิ์. (2534). *อีสาน2: อีสานปัญหา หมอยากลางบ้าน โหราจารย์พื้นเมือง*. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- จุมพล วิเชียรศิลป์. (2556). *ประวัติศาสตร์ความเป็นมาของชาวภูไท (ชาวภูไท/ผู้ไท) และไทยลาว*. (ออนไลน์) สืบค้นจาก <http://gi.bru.ac.th/gis/dr/files/16/21.pdf>
- ทวีศิลป์ สืบวัฒนะ. (2526). *ภูไท*. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการโครงการส่งเสริมหนังสือตามแนวพระราชดำริ.
- ธัญญลักษณ์ ไชยสุข. (2551). *หมอเหยา วิธีการดูแลสุขภาพของชาวผู้ไท: ภาษาผู้ไท เพื่อสุขภาพ - ผู้ไท-ไทย-อังกฤษ*. สืบค้นจาก <http://www.phutai.thai-isan-lao.com/Phutai-language.html>
- นัยนา เมธา. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- นิติกร ภูสุวรรณ. (2557). ความเครียดของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสกลนคร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์: ในการประชุมวิชาการ มหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 10* (น.165-171). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(6), 749-758
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัธมารุกร, และอนันต์ มารัตน์. (2011). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 18(3), 160-169.
- พิสิษฐ์ บุญไชย. (2541). *ความรู้ความเชื่อ ในการใช้สมุนไพรรักษาสุขภาพของชาวไทย จังหวัดยโสธร*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- มยุราชิน สาเมาะ. (2552). ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 20(1), 53-66.
- ยุพิน แวงสุข , ชัยบดินทร์ สาลีพันธ์, และไพโรจน์ แก้วมณีชัย. (2547). ภูมิปัญญาชาวบ้านภูเก็ตในการทำเหล้าไห (อ). ปทุมธานี : สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.
- ยุพิน สมคำพี่. (2554). โครงการวิจัยภูมิปัญญาการผลิตข้าวปุ้นน้ำนัวของชาวเรณูนคร. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 3(5), 120-130.
- รัตนา เรืองอินทร์. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน*. (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันวิสา รอดกล่อม, นิสภาพ วัฒนศัพท์, และปัทมา สุพรรณกุล. (2555). การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 76-88.
- वासกรี เขวงกุล. (2554). *วิถีชีวิตชาวไทยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกรณีศึกษา อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม*. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 14(3), 206-210.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ. (2552). ผลของการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ของผู้ ป่วยความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 36 (3), 125-136.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สุเทพ ไชยจันทร์. (2556). *ผู้ใหญ่มากจน*. กรุงเทพมหานคร: ตาตา.
- สุกิตา ไชยสวัสดิ์. (2542). *การผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมของชาวไทยที่อยู่กับชาวไทยลาว ศักยภาพบ้านคำกั้ง ตำบลเหล่าใหญ่ อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยคดีศึกษา เน้นมนุษยศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



สุรเดช ดวงทิพย์สิริกกุล, ธีระ ศิริสมุด, เอกชัย เพียรศรีวัชรรา, วิมล บ้านพวน, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง, และยศ ติระวัฒนานนท์. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: วัชรินทร์ พี.พี.

สุมาลี วัจนการ, ชูติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). ข้อมูลสถิติการเจ็บป่วย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.

อโณทัย เหล่าเที่ยง. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Becker, M.H. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354-385.

Conner, M., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. England: Open University Press.

Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health psychology*, 21(2), 194-201.

Gochman, D. S. (1997). Provider determinants of health behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research II*. (pp 397-417). Location: Springer US.

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J... & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507-520.

Mukhtar, O., & Jackson, S. H. (2013). The Hypertension in the very elderly trial—latest data. *British journal of clinical pharmacology*, 75(4), 951- 954.

Nwankwo, T., Yoon, S. S., Burt, V., & Gu, Q. (2013). Hypertension among adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. *NCHS data brief*, 133, 1-8.

Pinprapapan, E., Panuthai, S., Vannarit, T., & Srisuphan, W. (2013). Casual model of adherence to therapeutic regimens among Thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(3), 268-280.

Purateeranrath, P. (2012). Health beliefs and social support with self-care of Essential Hypertension Patients at Surin hospital, Surin Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 26(3), 449-462.

World Health Organization. (2013). *Health services - statistics*. World Health Statistics 2013, Retrieved from <http://www.who.int/research/en>