Received: 19/08/66 Revised: 05/11/66 Accepted: 15/11/66

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

Factors related to hypertension preventive behaviors according to 3E.2S. of the risk group, in a Sub-District, Kabinburi District, Prachinburi Province

พรทิพย์ ลยานันท์, จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ, อติวิชญ์ เข็มทอง[a]

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซ่า

[a]ผู้รับผิดชอบหลัก (e-mail: atiwit32097@gmail.com)

Pornthip Layanan, Jitrapun Pusapukdepop, Atiwit Khemthong[a]

Faculty of Public health, St.Theresa International College

[a]Corresponding author (e-mail: atiwit32097@gmail.com)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี มีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80-139/89 mmHg. เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ปฏิบัติถูกต้อง 4-5 ครั้ง/ สัปดาห์) แต่ยังไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย พบปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (X^2= 9.10, 34.46) ตามลำดับ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก (r=0.14) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความรุนแรงโรคมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก (r=0.14) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย (r=0.38, 0.22) ตามลำดับ และปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย (r=0.28) ส่วนปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=0.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ยังต้องมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเป็นประจำ ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น และทีมบริการสุขภาพสามารถพิจารณาเลือกปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละระดับ ไปปรับใช้สำหรับการจัดโครงการ หรือพัฒนาระบบสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, ความดันโลหิตสูง, 3อ.2ส., กลุ่มเสี่ยง

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the relationship of predisposing, enabling, and reinforcing factors influencing the hypertension preventive behaviors according to 3E.2S. The samples consisted of people aged 35-59 years old with their blood pressure of 120/80-139/89 mmHg. The research tool was a questionnaire. Data were analyzed by using Average, Chi-square, and Pearson Product Moment Correlation. The results showed that the overall practice of health behaviors according to 3E.2S. was at the high level (practiced correctly 4-5 times/week), but not practiced regularly. When studying the relationship of factors, the predisposing factor, the health behaviors under 3E.2S. principle (X^2 = 9.10, 34.46) respectively. The predisposing factor in terms of health belief model showed the Perceived Severity and the Perceived Susceptibility of hypertension were correlated at a low level (r=0.14). the Perceived Benefits and Barriers of the proper practice of health behaviors under the 3E.2S. principle were correlated at a low level (r=0.38, 0.22) respectively. The enabling factor was correlated at a low level (r=0.28). The reinforcing factor was correlated at a moderate level (r=0.59). Basing on the above findings, the risk group had the health behaviors under the 3E.2S. principle that still need to be promoted on a regular basis during the Coronavirus 2019 pandemic moving to endemic approach. In addition, the health service team can select factors that correlated with health behaviors at each level to be applied for project management or health system development on relevant issues.

Keywords: Preventive Behavior, Hypertension, 3E.2S., Risk Group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก พบเสียชีวิต 7.5 ล้านคน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี 2568[24] องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 17.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด[25] เพราะการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดเกิดการเสื่อมสภาพกลายเป็นหลอดเลือดตีบหรือเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้เลือดไม่สามารถลำเลียงสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายได้[4] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (เพศชาย ร้อยละ 26.7 และเพศหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 ในปี 2563[11] จากสถิติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดปราจีนบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงจำนวน 77,929 คน จากประชากร จำนวน 427,325 คน คิดเป็นร้อยละ 18.21 และอำเภอกบินทร์บุรีมีประชากร จำนวน 129,604 คน พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16,382 คน คิดเป็นร้อยละ 12.64[12] โดยพบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคืออำเภอกบินทร์บุรี จำนวน 1,490 คน คิดเป็นร้อยละ 2.25[12] และจากข้อมูลจากการคัดกรองโรคไม่ติดต่อประจำปีของตำบลแห่งหนึ่ง ปี พ.ศ. 2564 พบ มีประชากรที่มีอายุ 35-59 ปีในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 4,330 คน จากบริการตรวจคัดกรองเชิงรุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือประชากรอายุ 35-59 ปี มีค่าระดับความดันโลหิต 120/80-139/89 mmHg.[1] จำนวน 453 คน คิดเป็นร้อยละ 10.46 และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,156 คน จากจำนวนประชากรในตำบล จำนวน 7,054 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของอำเภอกบินทร์บุรี[12]

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 โดยรัฐบาลได้ประกาศการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน[20] และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือกลุ่ม 608 หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันหรือกลุ่มคนที่มีการทำงานของปอดไม่เท่าคนปกติ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคอ้วน โรคเบาหวาน[3] ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นพยาธิสภาพร่วมด้วย หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรค จากข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดปราจีนบุรี พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนมาก และจากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดปราจีนบุรี ที่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ตามลำดับ[13]

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี มีความตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ นำมาสู่การเสียชีวิตและความพิการ โดยเฉพาะในสถานการณ์ของโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework (Green & Kreuter, 2005)[17] ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model: HBM) (Rosenstock, 1988)[9] โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพราะกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ยังอยู่ในช่วงที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับค่าความความดันโลหิตได้ หรือผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังเช่น ผลการวิจัยของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง[5] และผลการวิจัยของ ยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ต้องอาศัยปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง[8] โดยแนวคิดดังกล่าวจะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้เขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยนำหลัก 3อ.2ส.ตามแนวทางของกองสุขศึกษา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[2] มาประยุกต์ใช้ และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสาเหตุ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับน้อย
2. ระดับพฤติกรรมการป้องโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับน้อย
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส.

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี จำนวน 453 คน ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีผลการตรวจคัดกรองโดยการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80 - 139/89 mmHg. จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 453 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 184 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร (บุญชม ศรีสะอาด, 2538: 186) ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

e แทน ระดับความคลาดเคลื่อน = 0.05

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดจะสุ่ม

Z แทน ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

N แทน จำนวนประชากร

แทนค่าในสูตร $n = \frac{0.3\,(1-0.3)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.3\,(1-0.3)}{453}}$

$n \approx 184$

และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้จำนวน 18 คน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 202 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework[17] และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[9] แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยง เน้นคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยมาก
คะแนน	2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
คะแนน	3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
คะแนน	5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยมาก
คะแนน	2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
คะแนน	3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
คะแนน	5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยมาก
คะแนน	2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
คะแนน	3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
คะแนน	4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
คะแนน	5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	1	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ
คะแนน	2	หมายถึง	ปฏิบัตินานๆครั้ง
คะแนน	3	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
คะแนน	4	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง

คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด คือไม่เคยปฏิบัติ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อย คือปฏิบัติไม่ถูกต้อง (น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง คือปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง (≤ 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมาก คือปฏิบัติถูกต้อง (4-5 ครั้งต่อสัปดาห์)
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด คือปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ (6-7 ครั้งต่อสัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้หาคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC ได้ค่าดรรชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .66 - 1.00 ทุกข้อ ซึ่งหมายความว่า แบบประเมินชุดนี้ มีค่าความตรงตามเนื้อหา และการหาคุณภาพด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง = 0.967

การเก็บรวมรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมทีมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษาและรายละเอียดของแบบสอบถาม ตามที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขการรับรอง STIC-S 001/2022 จากวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนทำการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษาและรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาด้วยตนเองเพื่อให้มีความเข้าใจในการศึกษาครั้งนี้ และการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

3. ผู้วิจัยและทีมวิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในการศึกษาที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และถ้าหากไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน

4. ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ ของการตอบแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และดำเนินการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

2. สถิติอ้างอิง (Interferential Statistics) โดยใช้ Chi-square (X^2) และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคลกับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำส่วนบุคคล

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.83 เพศชาย ร้อยละ 33.17 มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ร้อยละ 71.29 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 69.31 ระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา ร้อยละ 45.54 ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปแต่ไม่เกินระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.06 ระดับปริญญาตรีขึ้นไป 10.40 ประกอบอาชีพใช้แรงงาน (ทำนา ทำไร่ รับจ้างทั่วไป) กับอาชีพค้าขายหรือธุรกิจมีจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 33.67 และร้อยละ 31.68 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย มากกว่า 5,000 บาท แต่ไม่เกิน 20,000 บาท ร้อยละ 75.24

2. ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) พบว่า ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.79) และพบว่า มีองค์ประกอบในระดับมาก 3 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ค่าเฉลี่ย=3.96) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความรุนแรงในการป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2.19 (ค่าเฉลี่ย=3.78) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย=4.00) ในส่วนของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพียงองค์ประกอบเดียวที่มีระดับการรับรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.41) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน

องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการรับรู้ความรุนแรง	3.96	1.15	มาก
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.78	1.27	มาก
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์	4.00	1.25	มาก
4. ด้านการรับรู้อุปสรรค	3.41	1.40	ปานกลาง
ภาพรวมปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	**3.79**	**1.28**	**มาก**

3. ปัจจัยเอื้ออันเป็นทรัพยากรที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.14)

4. ปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่นที่ช่วยให้เกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.93) โดยมีหัวข้อย่อยของปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อย่อย

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการปฏิบัติ 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.78) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้านของ 3อ.2ส. คือ การบริโภคอาหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.22) การออกกำลังกายภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.62) การจัดการอารมณ์หรือความเครียดภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.08) การสูบบุหรี่ปฏิบัติได้ถูกต้องในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.20) และการดื่มสุราในภาพรวมอยู่ในระดับมากแต่ค่อนข้างไปในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.78) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามพฤติกรรม 3อ.2ส.

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส.	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร	3.22	1.20	ปานกลาง
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	3.62	1.22	มาก
3. พฤติกรรมด้านอารมณ์	4.08	1.12	มาก
4. พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่	4.20	1.40	มาก
5. พฤติกรรมด้านการดื่มสุรา	3.78	1.41	มาก
ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.	**3.78**	**1.32**	**มาก**

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามพฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพียง 2 เรื่อง ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา (X^2 = 9.10, p-value = 0.02) และ (X^2 = 34.46, p-value = 0.01)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับน้อย (r=0.22) แต่เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบ องค์ประกอบด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีระดับความสัมพันธ์น้อยมาก (r= 0.14) ส่วนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย (r=0.38, r=0.22)

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับน้อย (r=0.28) และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับปานกลาง (r=0.59) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำตาม HBM	0.22	0.04*	น้อย
ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรง	0.14	0.04*	น้อยมาก
ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.14	0.04*	น้อยมาก
ปัจจัยนำด้านการรับรู้ประโยชน์	0.38	0.04*	น้อย
ปัจจัยนำด้านการรับรู้อุปสรรค	0.22	0.01*	น้อย
ปัจจัยเอื้อ	0.28	0.03*	น้อย
ปัจจัยเสริม	0.59	0.001**	ปานกลาง

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยนำแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework[17] และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) [9] มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. พบประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อหรือการรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ (2561) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก[15] และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอมรรัตน์ ลือนาม (2562) ที่ศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง[14] อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องทำความ

เข้าใจและต้องหาวิธีการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แม้ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงจากโรคระบาดเข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น

2. ผลการวิจัย พบ ปัจจัยเอื้อที่เป็นทรัพยากรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อย่างไรก็ตามยังมีทรัพยากรที่ไม่เหมาะสมหรือยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. เนื่องด้วยปัจจัยเอื้อยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร จึงถือได้ว่าปัจจัยเอื้อที่มีขณะนี้ยังต้องมีการปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการด้านปัจจัยเอื้อแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สอดคล้องกับผลการวิจัยของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง[5]

3. ผลการวิจัย พบ ระดับปัจจัยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมตฐาน อาจเพราะปัจจัยเสริมมีต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่เป็นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะปัจจัยเสริมที่เป็นแรงจูงใจหรือกำลังใจที่ได้จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[5] และพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง

4. ผลการวิจัย พบ ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีการปฏิบัติถูกต้อง แต่ยังไม่ปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ คือในช่วงสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เป็นประจำเพื่อป้องกันตนเอง เพราะถ้าให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ตนอาจเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และยังมีภาวะแทรกซ้อนคือการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและเสียชีวิตได้[18] จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน พบ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องสร้างความตระหนักในเรื่องการบริโภคอาหารให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์หรือความเครียด พฤติกรรมการดื่มสุรา ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบ อยู่ในระดับมาก และพบว่าพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากเช่นกัน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในรายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อาจเป็นเพราะประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องด้วยเพศหญิงมีความดูแลเอาใจใส่ตนเองในเรื่องของบุคลิกภาพ[21] ทำให้อาจหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินที่ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิคสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิคสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่าบุหรี่ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและอาจมีภาวะแทรกซ้อนถึงอัมพาตได้[23] สอดคล้องกับผลการวิจัยของยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี[8]

5. ผลการวิจัย พบ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้

5.1 ปัจจัยนำส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา แสดงว่าปัจจัยนำส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะเพศ และระดับการศึกษา ส่วนอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ แม้จะแตกต่างกันก็ไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความสัมพันธ์เรื่องเพศและระดับการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของวินิช สุขสถาน (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบปัจจัยหนึ่งของกลุ่มเสี่ยง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงคือระดับการศึกษา[10] และเป็นไปตามผลการวิจัยของ Prasanna Mithra Parthaje (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและสังคม พบ เพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด[22]

5.2 ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ดังจะพบค่าความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก ทั้งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก็มีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยเช่นกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของอังคณา กันใจแก้ว (2562) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวกหาด และพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01[16]

5.3 ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ในระดับความสัมพันธ์ที่น้อย แสดงว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่าทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. แต่ทรัพยากรนั่นอาจยังไม่เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. หรือปฏิบัติได้เป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[5] ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.4 ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และปัจจัยเสริมหรือสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.001 เนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ที่ใกล้ชิดมากที่สุดคือคนในครอบครัว รองลงมาคือเพื่อน และเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[5] พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง โดยการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับการได้รับความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมหรือบุคคลรอบข้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลปัจจัยที่ได้จากการวิจัยได้นำกรอบแนวคิดของ PRECEDE PROCEED Framework มาใช้เพื่อประเมินและวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม และนำข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำโครงการ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าสู่การเป็นโรค

ประจำถิ่น อย่างมีประสิทธิผล คือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ที่จำเป็นอยู่ เนื่องจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นทั้งข้อมูลที่เป็นปัญหาภายในตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำข้อมูลไปทำการวิจัยต่อเนื่อง โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในแต่ละด้าน จำแนกตามปัจจัยนำส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ครั้งนี้ คือ เพศ และระดับการศึกษา

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการวิจัยโดยการนำหลักการ 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา) ไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบการวิจัยต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. [อินเตอร์เน็ท]. 3อ.2ส.เคล็ดลับสุขภาพดีของวัยทำงาน. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: http://www.hed.go.th/information/211
3. กรมอนามัย. [อินเตอร์เน็ท]. กลุ่ม 608 คือกลุ่มคนที่ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโควิด - 19 มากที่สุด. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/ anamai-toons/covid-vaccine-4/
4. จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีมาดา (บ.ก.), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
5. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พัชรี ศรีกุตา, ขวัญภิรมย์ ชัยสงค์, พรธีรา สังคะลุน, วัชราพร แกล้วกล้า, สมพร กลางนอก, สุจิตรา ละครชัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองไข่น้ำอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2:บูรณาการการงานวิจัยใช้องค์ความรู้ สู่ความยั่งยืน 2559; 3(3), 378.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2538.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
8. ยุพาวดี แซ่เตีย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
9. วรรณกร พลพิชัย, และจันทรา พลพิชัย. คุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวประมงในจังหวัดตรัง(รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2561.
10. วานิช สุขสถาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4(3), 1.

11. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. [อินเตอร์เน็ท]. รายงานการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. [อินเตอร์เน็ท]. รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอก เมษายน 2564 จังหวัดปราจีนบุรี. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://pri.moph.go.th /news/98-covid-19/771
14. อมรรัตน์ ลือนาม. ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่และสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความ สัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังในประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
15. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, จิดาภา ศรีอรุณ, นามิต้า ฉาดหลี, ฐิติพร จันทร์พร, อนงค์ จันทร์เพิ่ม, ชุลีพร ไชยสุนันท์ และ สมฤดี พุ่มโพธิ์ทอง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร อำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. บทความวิจัยสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย; 2561.
16. อังคณา กันใจแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวกหาด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
17. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่น และ ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานา วิทยา; 2554.
18. Chen, N. S., Zhou, M., Dong, X., Qu, J. M., Gong, F. Y., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J. G.,Liu, Y.,Wei, Y., Xia, J. A., Yu, T., Zhang, X. X.,. .Zhang, L. [Internet]. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. 2020 [Cited 13 July 2022] Available from:https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930211-7
19. Little, R. J. A., & Rubin, D. B. Statistical analysis with missing data (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons; 2002.
20. Ministry of Public Health2. [Internet]. Prevention COVID-19: Omicron Update6.2021 [Cited 10 July 2022] Available from: https://moph.go.th (in Thai).
21. Pender J. Health promotion in nursing practice. Norwalk: Appleton & Lange; 1996.
22. Prasanna Mithra Parthaje. [Internet]. Prevalence and correlates of prehypertension among adults in urban south india. 2019 [Cited 21 December 2022] Available from: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1010539515616453

23. Wexler, R., & Aukerman. Non-pharmacologic strategies for managing hypertension. American Family Physician; 2561, 73, 1953-1956.
24. World Health Organization. [Internet]. A global brief on hypertension Silent killer,global public health crisis. 2013 [Cited 21 July 2022] Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_briefhypertension/en/
25. World Health Organization. [Internet]. Cardiovascular diseases (CVDs). 2021 [Cited 21 July 2022] Available from: http://www.who.int /news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)