



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

อติวิชญ์ เข้มทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส.
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

อติวิชญ์ เข้มทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

**FACTORS RELATED TO HYPERTENSION PREVENTIVE BEHAVIORS
ACCORDING TO 3E.2S. OF THE RISK GROUP IN A SUB-DISTRICT,
KABINBURI DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE**

ATIWIT KHEMTHONG

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF PUBLIC HEALTH
IN PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
St THERESA INTERNATIONAL COLLEGE**

2023

COPYRIGHT OF St THERESA INTERNATIONAL COLLEGE

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของอติวิชญ์ เข้มทอง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้น
คว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

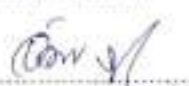
..........อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.พรทิพย์ ลathanant)

..........อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรพรพรณ ภูนาภักดิ์ภพ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา มีประคินธุ์)

..........กรรมการ
(อาจารย์ ดร.พรทิพย์ ลathanant)

..........กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรพรพรณ ภูนาภักดิ์ภพ)

..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร พันธุ์เครือบุตร)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้น
คว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

..........คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรพรพรณ ภูนาภักดิ์ภพ)

วันที่ ๕ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

204712002 สาขาวิชา: สาธารณสุขศาสตร์; ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค/ ความดันโลหิตสูง/ 3อ.2ส./ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

อติวิชญ์ เข้มทอง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 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) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรทิพย์ ทยานันท์, ศ.ด.,

จิตรพรรณ ภูษาภักติกุล, ปร.ด., ปี พ.ศ. 2566.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 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 และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE Framework พบปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ($X^2 = 9.10, 34.46$) ตามลำดับ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก ($r = 0.14$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก ($r = 0.14$) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างถูกต้องและเหมาะสมมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r = 0.38, 0.22$) ตามลำดับ และปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r = 0.28$) ส่วนปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.59$) จากผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ยังต้องมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเป็นประจำในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น และทีมบริการสุขภาพสามารถพิจารณาเลือกปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละระดับ ไปปรับใช้สำหรับการจัดโครงการ หรือพัฒนาระบบสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้

204712002 MAJOR: PUBLIC HEALTH; M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEYWORDS: PREVENTIVE/ BEHAVIOR/ HYPERTENSION/ 3E.2S./ RISK GROUP

ATIWIT KHEMTHONG: FACTORS RELATED TO HYPERTENSION

PREVENTIVE BEHAVIORS ACCORDING TO 3E.2S. OF THE RISK GROUP IN A
SUB-DISTRICT, KABINBURI DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE.

ADVISORY COMMITTEE: PORNTHIP LAYANAN, Dr.P.H., JITRAPUN PUSAPUKDEPOP,
Ph.D., 2023.

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. principle during the Coronavirus 2019 pandemic. in a Sub-District, Kabinburi District, Prachinburi Province. The samples were people aged 35-59 years old with their blood pressure of 120/80–139/89 mmHg. The study was conducted using questionnaire. Data were analyzed 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 according to the PRECEDE Framework, the predisposing factor, in terms of personal information such as gender and educational level was correlated to the health behaviors according to 3E.2S. ($X^2 = 9.10, 34.46$) 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 according to 3E.2S. 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 ($r = 0.59$). Based on the above findings, the risk group had the health behaviors according to 3E.2S. 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.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา มีประดิษฐ์ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.พรทิพย์ ilynันท์ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรพรรณ ญาภักดิ์ภพ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร พันธุ์เครือบุตร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงในความกรุณาไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณ ดร.ณัฐพงศ์ แสนทวี อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อาจารย์ภูวนินทร์ บัวเกษ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นาวาตรี ดร.พงศ์เทพ จิระโร อาจารย์ประจำหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต สาขาวิชาชีพครู (ภาษาไทย) วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้การลงพื้นที่สนับสนุน การให้คำแนะนำ และให้บริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลการตรวจคัดกรองโดยการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg. อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเสนอข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรีในครั้งนี้

อติวิชญ์ เข้มทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก	
3อ.2ส.	11
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา	
2019	31
แนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework และแบบแผนความเชื่อ	
ด้านสุขภาพ (Health Belief model: HBM)	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
3 วิธีดำเนินการวิจัย	57
รูปแบบการวิจัย	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การวิเคราะห์ข้อมูล	66
4 ผลการวิจัย	68
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้าตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)	69
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง	80
ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง	88
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าส่วนบุคคล และปัจจัยนำเข้า ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	95
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	99
สรุปผลการวิจัย	99
อภิปรายผลการวิจัย	103
ข้อเสนอแนะ	114
บรรณานุกรม	117
ภาคผนวก	124
ภาคผนวก ก	125
ภาคผนวก ข	139
ประวัติย่อของผู้วิจัย	143

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แสดงค่าความดันโลหิต..... 12
2	ร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา ภาพรวมประเทศ..... 32
3	วิธีการสุ่มตัวอย่าง 59
4	การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Best..... 67
5	จำนวนและร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามปัจจัยนำส่วนบุคคล 69
6	จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) จำแนกตามรายองค์ประกอบและรายข้อ..... 71
7	ค่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน..... 79
8	จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อ พฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามรายข้อ 80
9	จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อ พฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกเป็นรายข้อ 84
10	จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม รายพฤติกรรมและรายข้อ..... 88
11	ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง จำแนกตาม พฤติกรรม 3อ.2ส..... 94
12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิต สูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง..... 95
13	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 97

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....7
2	ขั้นตอนการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง21
3	อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดปราจีนบุรี.....33
4	PRECEDE-PROCEED Framework.....43

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก พบเสียชีวิต 7.5 ล้านคน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization: WHO, 2013) และโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease: CVD) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) จากสถิติในระดับสากลพบประชากรเสียชีวิตด้วย CVD ประมาณ 17.9 ล้านคน ต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ร้อยละ 85 เป็นการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (World Health Organization: WHO, 2022) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปี 2562 ประชากรอายุ 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุว่าตนเองป่วย ถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นสาเหตุที่สำคัญเช่นกัน มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากเกือบ 4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2561 และในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยให้ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และจากรายงานสถิติปี พ.ศ. 2564 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) พบ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 17,084,586 คน (ร้อยละ 87.51) เป็นกลุ่มเสี่ยง (ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139/85-89 mmHg.) จำนวน 1,311,841 คน (ร้อยละ 7.68) และมีผู้ป่วยรายใหม่จากระบบคัดกรอง จำนวน 93,001 คน สำหรับจังหวัดปราจีนบุรี พบ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 77,929 คน จากประชากรจำนวน 427,325 คน (ร้อยละ 18.21) และพบอำเภอทับปดมีอัตราการป่วยตายจากโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และจากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในตำบลแห่งหนึ่งที่ศึกษา พบ ปี พ.ศ. 2564

มีประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ที่มีความความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg. (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) จำนวน 453 คน คิดเป็นร้อยละ 10.46 และเป็นตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ถึงแม้ตำบลนี้จะมีการดำเนินงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน แต่ยังพบประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอัตราสูงกว่าของประเทศ

ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข และได้เข้าร่วมการดำเนินงานในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เพื่อแยกประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิต พบประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ยังไม่ถูกต้อง ทั้ง ๆ ที่มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่มีการประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งเป็นช่วงที่ประชาชนควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพราะถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขณะที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็มีโอกาเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ดังสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดปราจีนบุรีที่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.74 ของผู้เสียชีวิตด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 146 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2564) ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาวิธีการดำเนินงานในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่เนื่องจากยังไม่มีฐานข้อมูลที่จะนำไปวางแผนการดำเนินงานดังกล่าว โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่นำมาใช้ศึกษา เรื่องสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบ ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework ของ กรีนแอนคูเตอร์ (2005) โดย อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ (2554) ที่มีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำส่วนของการวินิจฉัยที่เรียกว่า PRECEDE ที่ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มาใช้ศึกษาการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. แต่เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เมื่อเจ็บป่วยและมีโอกาเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคถึงเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1988) โดยวรรณกร พลพิชัย และคณะ (2561) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายแนวคิดของอาการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อในการรับรู้ 4 ประการ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้

ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรค ผู้วิจัยจึงนำ HBM มาใช้ศึกษาในส่วนของปัจจัยนำ ในกรอบของ PRECEDE เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพราะเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และเป็นกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และยืดเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 50 และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ เป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคที่ดีที่สุด (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ประกอบกับมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ทฤษฎีทั้ง 2 มาอธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังเช่นทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมหรือบุคคลรอบข้าง และผลการศึกษาของสมเกียรติ วัฒนศัพท์ (2551) ที่พบว่า พฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเช่นกัน ส่วนของยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ที่พบว่า พฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการนำทฤษฎีทั้ง 2 มาประยุกต์ใช้ร่วมกันจะสามารถอธิบายปัจจัยสาเหตุที่จะนำมาซึ่งพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างครอบคลุม ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และสามารถนำไปเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

คำถามในการวิจัย

1. พฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี อยู่ในระดับใด หรือปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่
2. ปัจจัยใดตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Framework (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) ร่วมกับความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุ 35-59 ปี มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่เน้นทรัพยากรที่เอื้อและเสริมต่อการเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ระดับปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย
2. ระดับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่เอื้อและเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย
3. ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย

4. ปัจจัยส่วนนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส.

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และทราบว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปเป็นฐานข้อมูลในการจัดโปรแกรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูงปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 30.2ส. ได้อย่างถูกต้อง และไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางานสาธารณสุขในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เพื่อไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง และลดสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดได้

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35-59 ปี มีผลการตรวจคัดกรองโดยการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg. จากทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 อาศัยอยู่ในตำบลที่ผู้วิจัยศึกษาของอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี มากกว่า 6 เดือน เนื่องจากการดำเนินงานตามแนวทาง 30.2ส. เพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง หรือโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ศึกษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย คือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม-เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 และยังเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้ประกาศเป็นโรคประจำถิ่น

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1.1 ปัจจัยนำส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 สถานภาพสมรส

1.1.4 ระดับการศึกษา

1.1.5 อาชีพ

- 1.1.6 รายได้
- 1.2 ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 1.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย
 - 1.3.1 การเข้าถึงแหล่งอาหารและการบริการ
 - 1.3.2 สถานที่ออกกำลังกาย
 - 1.3.3 การบริการสาธารณสุข
- 1.4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย
 - 1.4.1 บุคลากรสาธารณสุข
 - 1.4.2 ครอบครัว
 - 1.4.3 เพื่อน

2. ตัวแปรตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 302ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัย หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ในส่วนของ PRECEDE Framework ตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green and Kreuter (2005) ที่แบ่งกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพและการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้ในการวางแผนและดำเนินการ เป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา เรียกว่า PRECEDE ซึ่งเป็นกระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวิเคราะห์ วินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรม ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน เรียกว่า PROCEED ซึ่งต้องทำในส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินการและประเมินผลได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในส่วนที่ 1 ในระยะ PRECEDE ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยในส่วนของปัจจัยนำ ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยนำส่วนบุคคล และปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1988) เนื่องจากทฤษฎี HBM เป็นทฤษฎีที่กล่าวว่าบุคคลจะสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความ

รุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การวิจัยครั้งนี้จึงแบ่งปัจจัยที่จะศึกษาเป็น 4 ปัจจัย คือปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยมีรายละเอียดของปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยนำส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นลักษณะพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

2. ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลอันก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1988) ประกอบด้วยความเชื่อในองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค โดยมีรายละเอียดของความเชื่อ ดังนี้

2.1 การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง ความเชื่อในการคาดคะเนของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค ความเข้าใจหรือความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่จะมีภาวะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นนั้น พิจารณาและเสียชีวิต โดยเฉพาะถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงถ้าไม่ปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างถูกต้องเหมาะสม ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

2.3 การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่เป็นผลดี เกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2.4 การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่ออุปสรรคต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร สถานที่ออกกำลังกาย การบริการสาธารณสุข ที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การเข้าถึงแหล่งอาหารและบริการ หมายถึง การมีสถานที่จำหน่ายอาหารบริเวณใกล้เคียง เช่น ผัก ผลไม้ หรืออาหารสดที่ยังไม่ได้ปรุงรสในการบริโภคเพื่อนำกลับมารับประทานที่

บ้าน หรือการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ รวมถึงบริการจัดส่งอาหารผ่านช่องทางออนไลน์ (เดลิเวอรี่) เช่น แอปพลิเคชัน หรือเบอร์โทรศัพท์

3.2 สถานที่ออกกำลังกาย หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการด้านการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีอุปกรณ์ออกกำลังกายหรือสิ่งอำนวยความสะดวก หรือสถานที่สาธารณะที่จัดไว้เพื่อพักผ่อนหย่อนใจที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกาย

3.3 การบริการสาธารณสุข หมายถึง การให้บริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงทั้งในสถานบริการสาธารณสุข และการตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ เช่น เสียงตามสายในหมู่บ้าน อินเทอร์เน็ต पोสเตอร์ ป้ายประกาศ เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

4. ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อน ที่เป็นแรงเสริมและช่วยกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 มีพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. เพราะถ้าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จะทำให้มีความรุนแรงของโรคที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ที่ลงพื้นที่สนับสนุน ให้คำแนะนำ และให้บริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

4.2 ครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุน การดูแล เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

4.3 เพื่อน หมายถึง เพื่อนที่ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน ชักชวนให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. หมายถึง การมีพฤติกรรม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. คือมีการปฏิบัติในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา (กองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) อย่างถูกต้องเหมาะสมในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี (กรมควบคุมโรค, 2559) มีผลการตรวจคัดกรองโดยการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg. ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตที่มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูง หรือป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ยังไม่ถูกต้อง หรือมีการปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่ครบถ้วนตามหลัก 3อ.2ส. ทำให้มีโอกาสเสี่ยงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) โดยเฉพาะในช่วงที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ประกาศเป็นโรคประจำถิ่น (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และถ้าประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้มีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลที่ศึกษาวิจัย อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี มากกว่า 6 เดือน

กลุ่ม 608 หมายถึง ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคอ้วน และโรคเบาหวาน (กรมอนามัย, 2565) ซึ่งเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรครุนแรงถึงเสียชีวิตถ้ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นกลุ่มที่จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในช่วงที่มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น และเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต ดังนั้น กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความรุนแรงหรือเสียชีวิต ถ้าเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยนำแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework (Green & Kreuter, 2005) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) (Rosenstock, 1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.
2. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. แนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

โรคความดันโลหิตสูง

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)
ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ความดันภายในหลอดเลือดแดงเกิดจากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ภายในร่างกายของเรา เราเรียกว่าความดันแบบซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) หรือความดันตัวบนที่มีค่ามากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันเลือดแดงที่ลดลงขณะที่หัวใจคลายตัวเราเรียกว่าค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure: DBP) หรือความดันโลหิตตัวล่างที่มีค่ามากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 1997; World Health Organization-International Society of Hypertension, 1999)

จากคำนิยามตามรายงานฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The seventy report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure:

JNC VII) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกระดับของโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตสูงขณะที่หัวใจบีบตัว หรือความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว และค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท (นิพพานัทร์ สันทรัพย์, 2560, หน้า 100-101)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้จำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงค่าความดันโลหิต

ประเภท	ความความดันโลหิตช่วงบน (มม.ปรอท) ความความดันโลหิตช่วงล่าง (มม.ปรอท)
ความดันโลหิตดีที่สุด	< 120 และ < 80
ความดันโลหิตปกติ	120-129 และ 80-84
ความดันโลหิตสูงปกติ	130-139 และ/หรือ 85-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159 และ/หรือ 90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	160-179 และ/หรือ ≥ 100
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3	≥ 180 และ/หรือ ≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140 และ < 90

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562)

โรคความดันโลหิตสูงจึงหมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท

2. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงมี 2 ชนิด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ เรียกว่า Primary hypertension หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า essential hypertension และโรคความดันโลหิตสูงที่

ทราบสาเหตุ เรียกว่า Secondary hypertension โดยส่วนมากจะพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (ดวงพร พิกุลทอง, 2564, หน้า 12)

2.1 โรคความดันโลหิตที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Essential hypertension) มักจะพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยดังต่อไปนี้ การรับประทานอาหาร มีกรรมพันธุ์ โรคอ้วน อายุ เชื้อชาติ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะอ้วน การรับประทานอาหารเค็ม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ภาวะเครียด เป็นต้น

2.2 โรคความดันโลหิตที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ สาเหตุที่พบได้บ่อย คือ โรคไต ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตทั้งสองข้างมักจะมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากที่ต่อมหมวกไตพบได้สองชนิด คือ ชนิดที่สร้างฮอร์โมน (Hormone aldosterone) จะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับเกลือแร่โปแทสเซียมในเลือดต่ำอีกชนิดหนึ่งได้แก่ เนื่องจากที่สร้างฮอร์โมน (Catechol-amines) เรียกว่า โรค Pheochromocytoma ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับใจสั่น โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of the aorta) พบได้น้อย เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบบางส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

สรุป สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตแบบทราบสาเหตุ และโรคความดันโลหิตแบบไม่ทราบสาเหตุ ในส่วนของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โดยตรง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ สามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง และในส่วนของโรคความดันโลหิตสูงแบบทราบสาเหตุ พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตทั้งสองข้าง เป็นต้น

3. การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกเป็นระดับ ตามคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้กำหนด (Joint National Committee, [JNC], 1997) ดังนี้

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization International Society of Hypertension, 1999) ได้แบ่งความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ

ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. เวนทริเคิล (Ventricle) ซ้ายโต โดยการตรวจร่างกายเอ็กซเรย์ทรวงอก หรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2. หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน

3. มีอัลบูมินในปัสสาวะ หรือครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงกว่าปกติ

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบว่ามี การเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ เป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. อาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย

2. อัมพาตเกิดจากเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Hypertensive Encephalopathy)

3. ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตาในระดับ 3 หรือ 4 (Hypertensive Retinopathy Grade 3 หรือ Grade 4)

สรุปการจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างใดอย่างหนึ่ง และความรุนแรงระดับที่ 3 มีอาการและสิ่งตรวจ พบว่า มี การเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ เป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าหากสามารถ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จะไม่ส่งผลให้ เกิดความรุนแรงในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 เพราะหากเกิดความรุนแรงขึ้นจะส่งผลให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้

4. อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ความดันโลหิตค่าบน คือแรงดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว ความดันโลหิตค่าล่าง คือแรงดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว ค่าปกติของความดันโลหิต คือไม่เกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอท หากมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเสี่ยงต่อภัยจากโรคความดันโลหิตสูง

อาการของโรคความดันโลหิตสูง คือระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ตรวจพบโดยการตรวจสุขภาพประจำปี หรือตรวจพบโดยบังเอิญ ปวดบริเวณท้ายทอยมักเป็นในตอนเช้า ปวดหัว เวียนหัว มึนงง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายผิดปกติ มีอาการแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ รวมถึงระบบอวัยวะสำคัญถูกทำลาย เช่น เหนื่อยง่าย นอนราบแล้วหายใจลำบาก ปวดหัว ตาพร่า คลื่นไส้ อาเจียน บวม ปัสสาวะน้อยลง

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงใด ๆ ส่วนน้อยอาจพบอาการได้ ดังนี้

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากโรคความดันโลหิตสูง พบได้ไม่บ่อยนัก โดยทั่วไปจะปวดตึงบริเวณท้ายทอย คันทอย มีอาการวิงเวียนศีรษะ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในตอนเช้า และจะทุเลาลงเอง อาจมีอาการคลื่นไส้ ตาพร่ามัว ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นมากในภาวะวิกฤติ และเกิดขึ้นทันทีทันใด

2. ปวดศีรษะแบบไมเกรน (Migraine) หรือปวดศีรษะข้างเดียว อาการปวดศีรษะแบบไมเกรนกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นไมเกรนมากกว่าคนปกติ และผู้ที่เป็นไมเกรนก็จะพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ รวมทั้งผู้ที่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวก็มักพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ

3. เลือดกำเดาไหล เป็นอาการที่พบไม่บ่อยในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป หากมีเลือดกำเดาไหล ส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุของโรคภายในโพรงจมูก ก็มักจะพบว่าเกิดจากการมีความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น

4. อาการอื่น ๆ ที่อาจพบ ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ใจสั่น อาจชัก หมดสติ เป็นอัมพาต และอาจเสียชีวิตได้

สรุป อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง อาการของโรคความดันโลหิตสูงคือระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ตรวจพบโดยการตรวจสุขภาพประจำปี หรือตรวจพบโดยบังเอิญ และในส่วนของอาการแสดง มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดศีรษะแบบไมเกรน (Migraine) หรือปวดศีรษะข้างเดียว เลือดกำเดาไหล และอาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ชัก หมดสติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้

5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

การเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง ตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด เนื่องจากภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดเกิดการเสื่อมสภาพกลายเป็นหลอดเลือดตีบหรือเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Artherosclerosis) ทำให้เลือดไม่สามารถลำเลียงสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมี ดังนี้

5.1 สมอง มักเกิดจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก เนื่องจากการมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดในสมองหนาและแข็งตัว เกิดการตีบจนอุดตัน เนื้อสมองจะถูกทำลายเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง จึงเกิดเป็นอัมพาตได้ นอกจากนี้ การตีบของหลอดเลือดในสมองจะส่งผลให้ความดันโลหิตในสมองเพิ่มขึ้นจนเกิดการแตกของหลอดเลือด

เลือด เกิดเลือดออกในสมองจนสมองบวม เป็นสาเหตุให้มีอาการปวดศีรษะ สับสน สมาธิสั้นลง ความจำเสื่อม ชัก หรือหมดสติได้ ในกรณีที่หลอดเลือดในสมองแตกอย่างเฉียบพลัน ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

5.2 ตา มักเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงจะส่งผลให้หลอดเลือดแดงภายในลูกตาเกิดการหนาตัวโดยในระยะแรกจะตีบ เกิดความดันในหลอดเลือดภายในลูกตาเพิ่มขึ้น จากนั้นจะแตกออกทำให้มีเลือดออกบริเวณจอตา เกิดการเสื่อมของจอประสาทตา ส่งผลให้เกิดอาการตามัวลงจนตาบอดได้

5.3 ไต เป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ขับของเสียรักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ผลิตสารที่ช่วยในการปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เมื่อความดันโลหิตสูงอยู่นาน จะส่งผลให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังหนา เกิดการแข็งและตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ไม่พอ อีกทั้งเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอยตรงบริเวณหน่วยไต (Glomerular capillary) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอัตราการกรองไต โดยทำให้อัตราการกรองที่ไตหรือสมรรถภาพในการกรองของเสียที่ไตบกพร่องไป (Glomerular filtration rate tubular dysfunction) และมีการทำลายหน่วยไต ทำให้ความสามารถในการกำจัดของเสียลดลง ของเสียที่เป็นสารพิษจะค้างอยู่ในร่างกาย หากมีปริมาณมาก เช่น สารยูเรีย จะทำให้หมดสติ เกิดภาวะโลหิตเป็นพิษ ไตวาย และเสียชีวิตได้

5.4 หัวใจ ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะส่งผลให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อต่อต้านความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจก็จะปรับตัวโดยการเพิ่มความหนาของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ เนื่องจากต้องสูบน้ำเลือดต้านกับความดันโลหิตที่สูง เมื่อผนังกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น การทำงานของหัวใจในแต่ละห้องก็จะเสื่อมลง เกิดการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถยืดขยายได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายโต ทำให้ความสามารถในการรับเลือดจากปอดจะลดลง เลือดมักไหลย้อนกลับเข้าสู่ปอด เกิดอาการเลือดคั่งในปอด และส่งผลต่อหัวใจห้องล่างขวา ต้องทำงานหนักขึ้น เกิดภาวะหัวใจวายได้ นอกจากนั้นจะเกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้

5.5 หลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตที่สูง จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเกิดการหนาตัว ผนังหลอดเลือดด้านในจะไม่เรียบ หากมีไขมันไปเกาะภายในผนังหลอดเลือด จะส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ตีบและอุดตัน อาจเกิดการคั่งของเลือดจนหลอดเลือดโป่งพองและแตกได้

สรุปภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง มักเกิดจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก, ตา มักเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม, ไต เกิดการแข็งและตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ไม่พอ, หัวใจ การทำงานของหัวใจในแต่ละห้องก็จะเสื่อมลง เกิดการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถยืดขยายได้อีก, หลอดเลือดเกิดการหนาตัว ผนังหลอดเลือดจะไม่เรียบส่งผลให้อามีไขมันไปเกาะภายในผนังหลอดเลือด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพที่รุนแรง ถึงพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้น เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะโรคความดันโลหิตสูง จึงควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคได้

6. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง หลังจากการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ความดันโลหิต มีหลักการสำคัญในการรักษา คือ ไม่ควรรีบให้ยาลดความดันทันที ยกเว้นเมื่อความดันขึ้นสูงมาก ควรมีแนวทางการรักษา ดังนี้

6.1 ควรพยายามค้นหาความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) ที่สามารถรักษาให้หายได้ และรักษาโดยการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุแก้ไขได้ เช่น การทำการผ่าตัด หรือการหยุดรับประทานยาคุมกำเนิด เป็นต้น ส่วน chronic renal failure นั้นถือว่าเป็น secondary hypertension ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จำเป็นต้องควบคุมด้วยยาลดความดันโลหิตตลอดไป เช่นเดียวกับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential hypertension) แต่ควรระมัดระวังในการเลือกใช้เป็นพิเศษ

6.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยาลดความดัน (Non-pharmacological treatment of hypertension) สำหรับในความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (Mild hypertension) หรือ ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (Moderate hypertension) โดยเฉพาะเมื่อไม่มีอาการหรือไม่มี target organ damage ในระยะ 3-6 เดือนแรก ควรพยายามลดความดันโลหิตโดยใช้ non-pharmacological treatment ก่อน หลังจากนั้นถ้าความดันยังคงสูงอยู่ ตั้งแต่ 160/95 มม.ปรอทขึ้นไป จึงพิจารณาใช้ยาลดความดัน ในบางกรณีอาจรีบให้ยาลดความดันโลหิตเร็วขึ้น เช่น ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโต (Left Ventricular Hypertrophy: LVH) รวมทั้งในผู้ป่วยที่พบว่า เริ่มมี Renal impairment หรือในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัด หรือมีไขมันในเลือดสูง ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของ atherosclerosis อยู่แล้ว

ก่อนให้ยาในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (Mild hypertension) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ควรพิจารณารักษาด้วยการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) ก่อน ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติตัวตามหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

- พยายามลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

- ควรดื่มน้ำสุราหรือดื่มน้ำแต่เพียงเล็กน้อยคือ ไม่ควรดื่มน้ำสุราเกิน 20-30 กรัมต่อวัน
- งดอาหารที่มีรสเค็มจัด ไม่ควรรับประทานเกลือเกิน 5 กรัมต่อวัน
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- พยายามลด coronary risk factors ต่าง ๆ เช่น งดสูบบุหรี่ งดอาหารที่มันจัด และ

พยายามลดความเครียดทางด้านจิตใจ

6.3 การใช้ยาลดความดันโลหิตสูง หลังจากการใช้ non-pharmacological treatment เพื่อพยายามลดความดันสูงระดับ mild hypertension เป็นเวลา 3-6 เดือนแล้ว ถ้าความดันไดแอสโตลิก ยังสูงเกิน 160 มม.ปรอท สมควรใช้ยาลดความดัน แต่ในรายที่เป็นความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (Severe hypertension) ควรรับให้ยาความดันเลยไม่ควรรอผลจาก non-pharmacological treatment แต่เพียงอย่างเดียว เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายที่ร้ายแรงได้ เมื่อให้ยาลดความดันได้ผลแล้ว ควรแนะนำให้ผู้ป่วยให้ปฏิบัติตาม non-pharmacological treatment ด้วย (วิทยา ศรีดามา, 2541)

ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมความดันโลหิตให้คงระดับความดันโลหิตตามเป้าหมาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตอย่างเดียว ในคนที่อายุ 18-65 ปี ควรมีความดันโลหิต 120-130/70-79 มิลลิเมตรปรอท ส่วนคนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ควรมีความดันโลหิต 120-130/70-79 มิลลิเมตรปรอท

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตร่วมกับมีโรคเบาหวาน หรือร่วมกับมีโรคไตเรื้อรัง หรือ มีโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack) ในคนที่อายุ 18-65 ปี ควรมีความดันโลหิต 120-130/70-79 มิลลิเมตรปรอท ส่วนคน ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปควรมีความดันโลหิต 120-130/70-79 มิลลิเมตรปรอท

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า หากควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ที่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท หรือ ต่ำกว่านั้นจะช่วยลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และควรมีข้อควรคำนึง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) คือ

1. ควรเริ่มระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้โดยใช้ความดันโลหิตที่วัดที่สถานพยาบาล ที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทก่อน หากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ จึงปรับเป้าหมายเป็น 130/80 มิลลิเมตรปรอท หรือน้อยกว่า

2. ในการรักษาหากให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อาจทำให้เกิดผลเสีย ดังนั้น ไม่ควรให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจนต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และควรให้ค่าความ

ดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 70 ถึง 79 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอาจลดลงต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอทได้ ตามสภาพปกติที่เป็นอยู่ก่อนการรักษา

สรุปการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็นการค้นหาความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เพื่อเป็นการรักษาให้ถูกต้อง โดยการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุแก้ไขได้ เช่น การทำการผ่าตัด และการรักษาโดยไม่ใช้ยาลดความดัน โดยมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา และสุดท้ายคือการรักษาแบบใช้ยาลดความดัน หากมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 3-6 เดือนแล้ว ถ้าความดันไดแอสโตลิกยังสูงเกิน 160 มม.ปรอท สมควรใช้ยาลดความดัน แต่หากให้ยาลดความดันโลหิตมากเกินไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย ด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อาจทำให้เกิดผลเสีย ดังนั้นไม่ควรให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจนต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และควรให้ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 70 ถึง 79 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะพบว่าในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนอกจากต้องมีการทานยาแล้ว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็มีความสำคัญ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง

พฤติกรรมป้องกันการป้องกันความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

1. แนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1.1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการคัดแยกบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงสูงออกจากกลุ่มปกติ

1.2 แนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การคัดกรองประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับบริการคัดกรองความดันโลหิตสูง พร้อมแจ้งโอกาสเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติตนแก่ผู้ได้รับการคัดกรองตามสถานะความเสี่ยง กลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ ประชากรอายุ 15-34 ปี และประชากรอายุ 35-59 ปีโดยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยค่าความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ที่มี อายุ 35-59 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าในผู้ที่มีอายุ 15-34 ปี (กรมควบคุมโรค, 2559)

1.3 สำหรับวิธีการคัดกรองค่าระดับความดันโลหิต เพื่อจำแนกประชาชนกลุ่มเสี่ยงกับกลุ่มปกติ สามารถทำได้ 3 วิธี

1.3.1 วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท

การตรวจผู้มาตรวจแต่ละครั้งควรทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนข้างเดียวกันในท่าเดิม โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด หากพบว่าผลของ SBP จากการวัดสองครั้งต่างกันมากกว่า 5 มม.ปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง แล้วนำผลที่ได้

ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย ในการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก หรือในผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจ พบว่า มีความดันโลหิตสูง แนะนำให้วัดความดันโลหิตที่แขนทั้งสองข้าง และหากพบว่า มีความแตกต่างกันเกิน 20/10 มม.ปรอท จากการวัดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง อาจแสดงถึงโรคของหลอดเลือดแดงและควรส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุ

1.3.2 การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน (Self หรือ home blood pressure monitoring: HBPM)

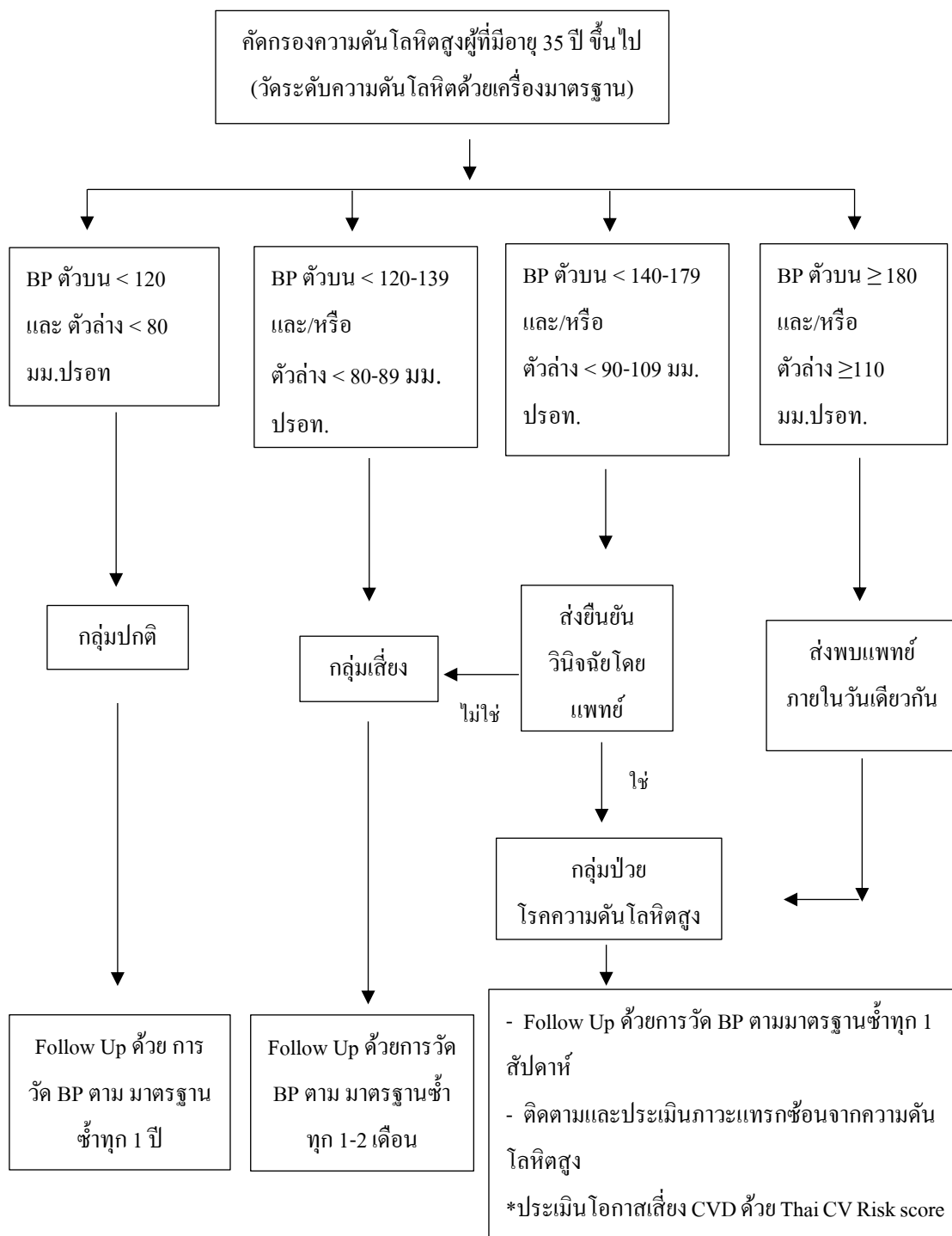
เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่าการวัดความดันโลหิตที่บ้านจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น นอกจากนี้การวัดความดันโลหิตที่บ้านยังช่วยในการตรวจหาผู้ป่วยที่เป็น white-coat HT และ masked HT ดังนั้น จึงควรใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านในการช่วยการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแนะนำให้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาทำงานอัตโนมัติวัดบริเวณต้นแขน และควรเป็นเครื่องที่ผ่านการรับรองจากสถาบันกำหนดมาตรฐาน ไม่แนะนำให้ใช้เครื่องชนิดที่วัดบริเวณข้อมือหรือปลายนิ้ว ยกเว้นในกรณีที่การวัดความดันโลหิตที่บริเวณต้นแขนทำได้ลำบาก เช่น ในผู้ป่วยที่อ้วนมาก เป็นต้น

1.3.3 การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ (Ambulatory Blood Pressure Monitoring: ABPM)

เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ (ABPM) เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพิเศษที่สามารถป้อนคำสั่งล่วงหน้าให้เครื่องทำการวัดความดันโลหิตเองเป็นระยะตามที่กำหนด โดยทั่วไปแนะนำให้วัดความดันโลหิตทุก ๆ 15-30 นาที และติดตามระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง แล้วนำข้อมูลมาหาค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตในขณะตื่นและขณะนอนหลับ

การวัด ABPM ในช่วงกลางคืน หรือขณะนอนหลับจะพบว่า ความดันโลหิตลดลงร้อยละ 10-20 เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตในช่วงกลางวัน หรือขณะตื่น ผู้ที่มีความดันโลหิตในช่วงกลางคืน หรือ ขณะหลับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

1.3.4 เกณฑ์ในการคัดกรองประชาชนปกติ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และ ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองไว้ (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการคัดกรองความดันโลหิตสูง
ที่มา: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2560)

2. แนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การดูแลกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันและยืดเวลา การเป็นโรคออกไปได้ถึงร้อยละ 50 จึงเป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคที่ดีที่สุด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560, หน้า 29-30) จากผลการศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นชัดเจนว่าการออกกำลังกาย และลดการดื่มน้ำหนักในคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถลดโอกาสการเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 58 และเมื่อติดตามผู้ที่ร่วมโครงการนี้ต่อไปอีก 10 ปี พบว่า คนที่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ยังคงมีการออกกำลังกายมากกว่าทั่วไป (Fact Sheet, 2008; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) และผลการศึกษาในประเทศแสดงให้เห็นชัดว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร ลดหรือเลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย และลดน้ำหนักรวมถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 70 (วนิดา สติประเสริฐ, 2558) นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเป็นพื้นฐานของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย ดังนั้น การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจึงถือเป็นหลักการสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์มีความจำเป็นที่ต้องประเมินและซักประวัติประชาชนทุกครั้งที่ในการตรวจหา คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งประชาชนทุกคนจำเป็นที่ต้องมีความรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เพื่อนำมาประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคในตนเอง โดยปัจจัยเสี่ยงมี ดังนี้

1. อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิตเท่ากับ 120/70 มม.ปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป

2. เวลา ความดันโลหิตจะขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่เท่ากันตลอดทั้งวัน เช่น ตอนเช้าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) อาจจะวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 180 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น

3. จิตใจและอารมณ์ พบว่า มีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียดอาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

4. เพศ พบว่า เพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

5. พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นอกจากผู้ที่ไม่ได้ประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่เคร่งเครียดก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันโลหิตสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

6. สภากุมารศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท
 7. เชื้อชาติ พบว่า ชาวแอฟริกันอเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว
 8. เกลื้อ ผู้ที่กินเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่กินเกลือน้อย
 จากการที่ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นและลงได้เช่นนี้ ทำให้การวินิจฉัยโรคด้วยตัวผู้ป่วย
 เองอาจทำได้ลำบาก ผู้ป่วยจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือไม่

9. ผู้ที่ประวัติป่วยโรคเบาหวาน และมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

10. ประวัติการนอนกรนและหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ซึ่งบ่งบอกถึงโรคทางเดินหายใจ
 อุดตันขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea: OSA) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

นอกจากนี้จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบ ปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวข้างต้น มีผลต่อการเกิดโรค
 ความดันโลหิตสูง ได้แก่ งานวิจัย

สมบัติ แก้วจันทร์ฉาย (2551) (อ้างถึงใน เนตรนภา บัวแก้ว, 2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
 ความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. อายุ มีผลต่อปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิง และ เพศชาย

2. ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรง (กรรมพันธุ์) พบว่า มีความเสี่ยงในการเกิดโรค
 ความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3. การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิง และ เพศชาย
 รวีวรรณ ต้นสุวัฒน์ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความ
 ดันโลหิตสูง การศึกษา พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต โดยการลด
 การดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิกของ
 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสำคัญในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่
 มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จะสามารถนำไปสู่การมีแนวทางในการควบคุมป้องกันโรค
 ได้อย่างถูกต้อง โดยจะเน้นไปที่ตัวปัจจัยที่ส่งผลโดยตรง ซึ่งแนวทางในการป้องกันโรคความดัน
 โลหิตสูงที่ดีที่สุด เริ่มจากการที่ประชาชนมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่
 ดี จะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป แนวในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุด คือการดูแลสุขภาพตั้งแต่
 ยังไม่เริ่มมีอาการ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผล
 ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 ความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้ และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้
 โดยปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย อายุ เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ ส่วนปัจจัยที่ควบคุมได้ เช่น
 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ซึ่งหากมีการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เหล่านี้ ได้อย่างถูกต้อง จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

3. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบคนไทยเสียชีวิตชั่วโมงละ 37 คน ด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากเรามีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีแนวทางในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยให้หน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับ นำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. ไปปรับใช้ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ และคู่มือในการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อดูแลสุขภาพประชาชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลที่ผู้วิจัยศึกษา ในอำเภอบินทร์บุรี จังหวัดปทุมธานี ได้นำหลักการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวมาปรับใช้ในพื้นที่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา ผ่านแกนนำสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับประชาชน และยังมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการส่งเสริมสนับสนุน การจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับชุมชน โดยมุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง เนื่องจากองค์ความรู้เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และภูมิคุ้มกัน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้มีสุขภาพดี ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น โดยพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การกินอาหารอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ควรกินอาหารได้ครบทั้ง 5 หมู่ ประกอบด้วย โปรตีน คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่ วิตามินและไขมัน โดยในแต่ละหมู่ควรเลือกกินให้หลากหลายชนิด ไม่ซ้ำซาก กินอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน ลดหวาน มัน เค็ม ประยุกต์สะอาดจะสามารถลดภาวะเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

1.1 การบริโภคอาหารไม่หวานจัด คือกินน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา หรือ 24 กรัม ใน 1 วัน หากบริโภคน้ำตาลมากเกินไปความต้องการของร่างกาย จะส่งผลให้ตับอ่อนทำงานหนัก ซึ่งการบริโภคของหวานต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานย่อมทำให้ตับอ่อนเกิดความล้าจนไม่สามารถผลิต

อินซูลินได้เต็มที่ยังก่อให้เกิดโรค ทั้งนี้เนื่องจากการอนามัยโลกได้ระบุไว้ว่าในหนึ่งวัน เราไม่ควรบริโภคน้ำตาลเกิน 6-8 ช้อนชา แต่ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคของคนเราได้เปลี่ยนไป ผู้คนส่วนใหญ่นิยมบริโภคของหวานจำพวกขนมขบเคี้ยวและน้ำหวาน เช่น น้ำอัดลม ซึ่งประกอบไปด้วยน้ำตาลประมาณ 7 ช้อนชาต่อขวด ชาเขียวประกอบไปด้วยน้ำตาลโดยประมาณ 6 ช้อนชาต่อกล่อง และขนมทอหอยอดประกอบไปด้วยน้ำตาล 1 ช้อนชาต่อ 1 ชิ้น เป็นต้น ซึ่งประโยชน์ของน้ำตาลที่ผสมลงไปในเรื่องขนมขบเคี้ยวก็เพื่อให้พลังงานแก่ร่างกายเพียงเท่านั้น แต่เมื่อเทียบผลไม้อแล้ว กลับให้สารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายได้มากกว่า ไม่ว่าจะเป็นวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารนั่นเอง

1.2 การบริโภคอาหารมัน มีอาหารหลายอย่างที่เรากินเคยและเลือกรับประทาน เช่น เนย มายอนเนส กะทิ หมูยอ กุนเชียงนั้น มีไขมันแฉะอยู่ปริมาณมาก ซึ่งนอกจากปริมาณไขมันที่มากับอาหารแล้ว วิธีการประกอบอาหารก็ยังเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้ปริมาณไขมันที่เราจะได้รับในแต่ละมื้อเพิ่มขึ้นอีกด้วย ทราบหรือไม่ว่าเมื่อไข่ 1 ฟองถูกแปรรูปให้เป็นไข่ต้มจะมีปริมาณไขมันอยู่ 8 กรัม เมื่อทำเป็นไข่ดาวก็จะประกอบไปด้วยไขมันประมาณ 20 กรัม ซึ่งถ้าหากทำเป็นไข่เจียวปริมาณของไขมันก็จะเพิ่มเป็น 30 กรัม ทั้งนี้เพราะการทอดนั้น ต้องใช้น้ำมันจำนวนมากว่าการปรุงด้วยวิธีอื่น จึงทำให้ปริมาณไขมันที่เข้าไปแทรกอยู่ในอาหารนั้นมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น อันที่จริงแล้วไขมันนับว่าเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย อีกทั้งยังช่วยในการดูดซึมวิตามิน เอ ดี อี เค เข้าสู่ร่างกายอีกด้วย อย่างไรก็ตามหากร่างกายได้รับปริมาณไขมันมากเกินไปก็จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากยิ่งขึ้น เพราะฉะนั้นเราจึงควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารทอดกรอบ โดยจำกัดอาทิตย์ละไม่เกิน 3 ครั้ง นอกจากนี้เราควรคำนึงถึงปริมาณน้ำมันที่ใช้ในการประกอบอาหารในแต่ละครั้งให้ใช้ในปริมาณแต่น้อยหรือเท่าที่จำเป็น และเลือกรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง ตุ่น แทนการทอด

1.3 การบริโภคอาหารเค็ม เมื่อพูดถึงความเค็ม หลายท่านอาจนึกถึงเกลือ ซึ่งเป็นวัตถุดิบหลักที่เราใช้ในการปรุงแต่ง แปรรูป และถนอมอาหาร ยกตัวอย่างเช่น อาหารจำพวกกะปิหมักสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ไส้กรอก ลูกชิ้น หรือผักผลไม้ดองนั้น เป็นอาหารที่มีเกลือประกอบอยู่ในปริมาณมาก ซึ่งการรับประทานเค็มเกินนั้น เป็นต้นเหตุที่นำไปสู่โรคเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น หากร่างกายได้รับเกลือมากเกินไปความต้องการ ในระยะแรกอาจไม่แสดงอาการผิดปกติใดๆ แต่ต่อมาจะส่งผลให้ความดันโลหิตภายในร่างกายสูงขึ้นเรื่อยๆ และการอักเสบของอวัยวะภายในจนเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังตามมา ดังนั้นเราจึงควรจำกัดปริมาณเกลือ ลดเครื่องปรุงจำพวกน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสหอยนางรม เป็นต้น ขณะประกอบ อาหาร และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกระป๋อง รวมถึงอาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

หลักการออกกำลังกายให้มีประสิทธิภาพต่อหัวใจและร่างกาย ให้ออกกำลังกายในปริมาณ 10-30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน หรือวันเว้นวัน หรือออกกำลังกาย 10 นาที ถ้ารู้สึกเหนื่อยก็ให้หยุดพักก่อนแล้วค่อยออกกำลังกายต่ออีกจนครบ 30 นาที กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การถูพื้น ทำสวน กระทั่งเดินช้อปปิ้ง ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้นได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนชุดกีฬา เพียงแค่เรามีการขยับให้บ่อย ให้นึก และให้มากเพียงพอ แค่นี้เราก็สามารถป้องกันโรคภัยทั้งหลายและมีสุขภาพดีได้ง่าย ๆ แล้ว โดยการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 การออกกำลังกาย ชนิดแอโรบิก ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตลอดในขณะที่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อย 1 ชนิด ทั้งที่เป็นแบบแผน เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก ฯลฯ หรือไม่เป็นแบบแผน เช่น แบกของ ขุดดิน วิดน้ำ รดน้ำต้นไม้ ดाय/ ถากหญ้า เป็นต้น ในระดับปานกลาง สามารถปฏิบัติต่อเนื่องครั้งเดียว หรือสะสมครั้งละอย่างน้อย 10 นาทีต่อเนื่องให้ได้เฉลี่ย วันละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 5 วัน (หรือวันละ 50 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน) ในระดับหนักและหนักมาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที

2.2 การออกกำลังกาย ชนิดแอนแอโรบิก มีการเคลื่อนไหวน้อยแต่ต้องใช้แรงมากจะทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น เสริมสร้างกล้ามเนื้อให้มีขนาดใหญ่ขึ้น สามารถเลือกฝึกได้ทั้งที่เป็นรูปแบบ เช่น บอดี้เวท เวทเทรนนิ่ง หรือแบบประยุกต์ เช่น ฝึกเล่นกล้ามเนื้อวีเชพ (V-shape) บนเก้าอี้ทำงาน ฝึกกล้ามเนื้อขา สะโพกข้างเก้าอี้ทำงาน เป็นต้น สามารถทำได้สูงสุดเฉลี่ย 8-12 ครั้ง ทำซ้ำ 3 เซต และควรพักระหว่างเซต 1 นาทีที่จะช่วยพัฒนาความอดทนของกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อทั่วร่างกาย ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ขา สะโพก ท้อง หลัง ออก คอ แขน ขา ไหล่ ซึ่งควรเลือกรูปแบบการออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ชนิด โดยสามารถเลือกฝึกได้ทั้งที่เป็นรูปแบบ เช่น โยคะ กายบริหารมือเปล่า ไม้พลอง ฯลฯ และแบบประยุกต์ เช่น ฝึกโยคะบนเก้าอี้ ฝึกยืดเหยียดบนเก้าอี้ทำงาน เป็นต้น ในการฝึกความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อทั่วร่างกายเต็มรูปแบบอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรือ แบบประยุกต์ 3-5 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งในแต่ละครั้งสามารถปฏิบัติได้โดยทำการยืดอย่างช้า ๆ ให้รู้สึกตึงสบาย ๆ ยึดค้างไว้ 10-30 วินาที ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง และการฝึกยืดกล้ามเนื้อจะได้ผลดีเมื่อกกล้ามเนื้อมีอุณหภูมิสูง เช่น หลังออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือหลังอบ หรือแช่ด้วยความร้อน

ดังนั้น ควรออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน ๆ ละอย่างน้อย 30 นาที มีประโยชน์ คือ การลดระดับความดันโลหิต ปรับระดับความดันโลหิตให้สมดุล ลดระดับไขมันในเลือด หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจ

ได้ทำงานเพิ่มขึ้น มีความแข็งแรง และยืดหยุ่นตัวได้ดี ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง

3. พฤติกรรมการจัดการอารมณ์

การที่บุคคลขาดทักษะการเผชิญกับปัญหาขาดทักษะการจัดการกับความเครียดจะก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคซึมเศร้า โดยมีการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะเผชิญกับความเครียดได้ดี เช่น บุคคลที่แต่งงานมีคู่ชีวิตจะมีอายุยืนยาวขึ้น 1 ปี ในขณะที่ผู้ชายที่เคยแต่งงานแล้วหย่าหรือแยกกับภรรยาจะต้องอยู่คนเดียวจะมีอายุสั้นลง 9 ปี แต่ถ้าหากไม่ได้อยู่คนเดียวจะมีอายุสั้นลงเพียง 4 ปี ส่วนผู้หญิงที่หย่าหรือแยกทางกับสามีและอยู่คนเดียวจะมีอายุสั้นลง 4 ปี แต่ถ้าหากไม่ได้อยู่คนเดียวจะมีอายุสั้นลง 2 ปี และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นผู้ที่ติดต่อกับเพื่อนเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง

3.1 อารมณ์ที่ดีส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้ร่างกายหลั่ง endorphine ทำให้มีความรัก ความอบอุ่น ทำให้การไหลเวียนของโลหิตเร็วขึ้น ผิวหนังร้อนแดง การทำงานของร่างกายดีขึ้น ความสุข สนุก ส่งผลให้ร่างกายตื่นตัว การทำงานของสมองดี ความคิดอ่านดี ทำให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้น

3.2 อารมณ์ไม่ดีจะทำให้เป็นผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย และหากอารมณ์ไม่ดีนั้นมีความรุนแรงคงอยู่นาน ก็จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายได้

3.3 อารมณ์โกรธ เมดุลลาของต่อมหมวกไตจะหลั่งอะดรีนาลีนไหลเวียนทั่วร่างกาย ทำให้ตับปล่อยน้ำตาลเข้าไปในเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจแรงและเร็ว ความโกรธอย่างรุนแรงในผู้ป่วยโรคหัวใจอาจส่งผลทำให้หัวใจวายได้

3.4 อารมณ์กลัว ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น โดยดึงน้ำตาลจากตับและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หดกำลัง ปากแห้ง มือสั่น

3.5 อารมณ์เครียด ถ้ามีมากเกินไปทำให้ร่างกายตื่นตัวสูง เม็ดเลือดขาวมากขึ้น ภูมิคุ้มกันร่างกายน้อย และนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจ และปัญหาด้านอื่น ๆ คือ ความโกรธ (ใจร้อน รุนแรง ก้าวร้าว) หากควบคุมไม่ได้อาจจะทำให้เกิดความรุนแรงทำให้ทำร้ายผู้อื่น หรือตนเองได้วิธีเอาชนะความโกรธเฉพาะหน้าให้ลดการกระตุ้นสิ่งที่เป็นสาเหตุของความโกรธ โดยหันไปทำเรื่องอื่น เช่น ใช้วิธีนับ 1-10 เดินหนีออกไป ดื่มน้ำเย็น ฝึกสมาธิหรือทำจิตใจให้สงบอยู่เสมอ ออกกำลังกาย ทำงานที่ต้องใช้แรงมาก ๆ จะช่วยลดความโกรธได้ เป็นต้น

3.6 อารมณ์เศร้า (ความรู้สึกด้อยค่า) เกิดจากความผิดหวัง หรือสูญเสียวิธีการลดความเศร้า ให้ดำเนินชีวิตตามปกติ ทำงานที่เคยทำ พูดคุยกับคนใกล้ชิด หรือคนที่เคยติดต่อด้วย ไม่ควรอยู่คนเดียว เช่น ไปหาเพื่อนเล่นกีฬาด้วยกัน เข้าชมรม ทำกิจกรรมที่ชอบ ทำกิจกรรมที่สร้างความภูมิใจ

ให้ตนเอง เช่น อ่านหนังสือเพิ่มพูนความรู้เป็นต้น อารมณ์วิตกกังวล เป็นความกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เช่น กลัวว่าจะล้มเหลว กลัวผิดหวัง กลัวยอมรับความรู้สึกไม่ดีที่ตามมาไม่ได้

ดังนั้นการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมจึงมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพ โดยอามีการหาวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ได้แก่

- การออกกำลังกายคล้ายเครียด ช่วยในเรื่องอารมณ์และลดอาการซึมเศร้า แม้ว่าการออกกำลังกายจะไม่ใช่วิเศษ แต่การเพิ่มการขยับกายยืดเส้นยืดสายร่างกายนั้นเป็นผลดี และช่วยให้จัดการกับอารมณ์เศร้าได้ดีขึ้น ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างหนักเพื่อให้เหงื่อตกมาก ๆ การออกกำลังกายที่ให้ผลทางสุขภาพจิตนั้นแม้เพียงแค่เดินเร็วเพียงวันละสัก 10 นาที ก็ได้ผลแล้ว หรืออาจเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายตนเองทำให้ตนเองสนุกสนาน และเพลิดเพลินเข้ากลุ่มกับคนอื่น ๆ ได้

- กิจกรรมการพักผ่อน เป็นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งกิจกรรมที่จะทำมีอยู่มากมายโดยต้องไม่เป็นกิจกรรมที่ขัดกับจารีตประเพณี เช่น การเล่นเกม กิจกรรมบันเทิง ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น

- การนั่งสมาธิ การทำสมาธิ ถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบและปลอดจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า โกรธ ฯลฯ หลักของการทำสมาธิ คือการเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งในที่นี้จะใช้การนับลมหายใจเป็นหลักและยุติการคิดเรื่องอื่น ๆ อย่างสิ้นเชิง หากฝึกสมาธิเป็นประจำจะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สงบ แจ่มใส หายเครียด จนตัวเองและคนใกล้ชิดรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนี้ได้ชัดเจน

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ มากกว่า 25 ชนิด และทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นเป็น 2 เท่า อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 6 เท่า และอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น 10 เท่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สั้นลงโดยเฉลี่ย 5-8 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่น และไม่หยุดสูบ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ 70 ปี และในควันบุหรี่มีสารพิษอยู่มากมาย คือ

4.1 นิโคติน มีลักษณะเป็นน้ำมัน ไม่มีสี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง

4.2 ทาร์เป็นน้ำมันเหนียวข้น สีน้ำตาล จะเข้าไปจับอยู่ที่ปอดทำให้ระคายเคือง ถุงลมในปอดขยายขึ้น

4.3 คาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง

4.4 ไนโตรเจนไดออกไซด์ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้ถุงลมโป่งพอง

4.5 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมชนิดมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปทำลายหลอดลมได้ง่าย ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่

ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่เป็นควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดจากมวนบุหรี่โดยตรง ควันเหล่านี้จะกรองด้วยยาสูบ ในบุหรี่ชั้นหนึ่งก่อนจะถูกสูดหายใจเข้าไปในปอด ขณะที่ควันจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่และลอยไปในอากาศ โดยไม่ผ่านการกรองจะมีสารเคมีที่เป็นพิษที่เกิดจากการเผาไหม้มากกว่า ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่ โดยเฉพาะสารก่อมะเร็ง คือ สารไนโตรซามีน พบมากกว่าถึง 50 เท่า จากการศึกษาพบผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องซึ่งมีควันบุหรี่เป็นเวลา 1 ชั่วโมงจะหายใจเอาสารไนโตรซามีนเข้าสู่ร่างกายด้วยปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่มีก้นกรองถึง 15 มวน

ดังนั้น ผู้ไม่สูบบุหรี่จึงได้รับอันตรายมากกว่า โดยเฉพาะผู้ที่ต้องสัมผัสควันบุหรี่เป็นเวลานาน ๆ พบว่า อัตราการเกิดมะเร็งปอดพบสูงมากในผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่แต่สามีสูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่สามีและลูกไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ผู้หญิงเหล่านี้ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าถึง 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่า และการสูบบุหรี่ส่งผลให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด คือ การสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท เพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หัวใจทำงานหนัก ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง เลือดมีความเข้มข้น หนืดมากขึ้น เกิดการเกาะติดกันของเม็ดเลือด ยังมีไขมันมาเกาะหลอดเลือดร่วมด้วยจะทำให้หลอดเลือดตีบลง อุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย หรือเป็นอัมพาต

5. พฤติกรรมการดื่มสุรา

สุรา หรือแอลกอฮอล์เป็นของเหลวที่ได้จากกระบวนการหมักผลไม้ ผัก หรือเมล็ดพืช นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังจัดว่าเป็นสารจำพวทยา เพราะมีผลต่อร่างกาย แต่มันก็ยังจัดเป็นอาหารได้อีก เพราะสามารถให้พลังงานแก่ร่างกายได้ด้วย เมื่อแอลกอฮอล์ผ่านจากปากเข้าสู่ลำคอ ลงสู่ระบบการย่อยอาหารแล้ว จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดโดยผ่านผนังของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โดยไม่ต้องมีการย่อยอีก ถ้าดื่มเข้าไปเป็นจำนวนมากมันจะกระตุ้นหรือทำลายระบบการทำงานของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ กระเพาะอาหาร ทำให้สมองฝ่อ ความจำเสื่อม เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ตับแข็ง สูญเสียสติสัมปชัญญะ และบั่นทอนสุขภาพอย่างผ่นส่งเมื่อดื่มเป็นประจำและต่อเนื่องในระยะยาว

ถ้าดื่มจำนวนน้อย (1 แก้ว) แอลกอฮอล์จะช่วยทำให้ผ่อนคลาย สบายใจ ความวิตกกังวลน้อยลง แต่ถ้าดื่มมากจะทำให้ควบคุมความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ สูญเสียการทรงตัวและความสัมพันธ์ระหว่างกล้ามเนื้อกับประสาทลดลง องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าการดื่มสุรา

จำนวนมากกว่า 80 กรัมขึ้นไป (ตั้งแต่ 8 แก้วขึ้นไปทุกวันในผู้ชาย และ 60 กรัมต่อวันในผู้หญิงเป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน ๆ จะทำให้เนื้อเยื่อและเซลล์ของร่างกายถูกทำลาย ดังนั้นจำนวนที่ปลอดภัยคือไม่ดื่มเลยจนถึง 20-40 กรัมต่อวัน (2-4 แก้ว) นั่นคือการดื่มเบียร์ขนาดแก้ว (10 ออนซ์) ไม่เกิน 4 แก้ว ไวน์ไม่เกิน 4 ที่สุรารอย่างแรงเพียงดื่มแบบจิบ 1 ที่ (อย่างไรก็ตามถ้าเป็นเบียร์ไทยที่รุนแรงกว่าเบียร์ต่างประเทศ ไม่ควรเกิน 2 แก้ว)

แอลกอฮอล์ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการอื่น นอกจากให้พลังงาน ดังนั้นถ้าดื่มโดยไม่รับประทานอาหารให้ถูกหลัก ก็จะทำให้เกิดโรค เนื่องจากการขาดอาหาร เช่น ขาดวิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง ในอาซิน วิตามินบีหก ฟอลาซิน วิตามินซี และขาดเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น สังกะสีและแมกนีเซียม การเสื่อมประสิทธิภาพของร่างกายมิใช่เกิดจากการกินอาหารไม่ครบถ้วน แต่เป็นเพราะสุราทำให้การดูดซึมอาหาร และกระบวนการเผาผลาญอาหารแปรปรวน โดยเฉพาะการดูดซึมวิตามินโทยามินทำให้เกิดอาการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ได้ง่าย

สรุป ปัจจัยสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงอย่างหนึ่ง คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คือ การปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้องเหมาะสม พึงปฏิบัติ คือ 1) อาหาร คือ ลดการกินอาหารที่มีรสเค็ม (บริโภคเกลือไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา/วัน) หรือปริมาณเกลือ/โซเดียมสูง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซอสปรุงรส เกลือ ไข่เค็ม กะปิ เต้าเจี้ยว หมูเค็ม ปลาร้า ไข่เค็มเทศและสมุนไพรปรุงอาหารเพิ่มรส เช่น หัวหอม กระเทียม จิง พริกไทย ผงกระหรี่ และควรปรุงอาหารรับประทานเองแทนอาหารสำเร็จรูป ด้วยวิธี ต้ม นึ่ง อบ ยำ หลีกเลี่ยงอาหารทอด อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก หนั๋ง ไข่ ควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร และเพิ่มการกินผักผลไม้รสไม่หวานจัด กินผักหลายสี (กรณีผักสด 5 พทัพ/วัน กรณีเป็นผักสุก 9 ช้อนโต๊ะ/วัน) 2) ออกกำลังกาย คือ ควบคุมน้ำหนักโดยใช้เกณฑ์รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง หรือรอบเอวผู้ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร และควรออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุ และสภาพร่างกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ ควรอบอุ่นร่างกายคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที ก่อนและหลังออกกำลังกาย 3) อารมณ์ คือ การจัดการความเครียดและพักผ่อนให้เพียงพอในแต่ละวัน หรือหากิจกรรมที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น การร้องเพลง เล่นดนตรี ดูหนัง ฟังเพลง ทำงานอดิเรก ฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจเข้าออกเพื่อปล่อยวางความเครียด 4) ลดดื่มสุรา คือ ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ชายดื่มน้อยกว่า 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน และไม่ควรดื่มทุกวัน (1 แก้วมาตรฐาน เท่ากับเบียร์ ไม่เกิน 360 ซีซี/ ไวน์ ไม่เกิน 120 ซีซี/เหล้า ไม่เกิน 45 ซีซี) 5) ไม่สูบบุหรี่ คือ งดหรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (World Health Organization: WHO, 2013) และโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดโรค โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ของโรคในกลุ่ม NCDs ที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจ หรือหลอดเลือดได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) จากการสถิติในระดับสากล พบว่า มีประชากรที่เสียชีวิตด้วย CVD ประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นราว ๆ ร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยร้อยละ 85 เป็นการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี (World Health Organization: WHO, 2022) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเป็น 23.6 ล้านคน จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2562 ประชากรอายุ 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้จากความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย จาก 5,186 คนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 8,525 คน และในปี พ.ศ. 2560 และในปี พ.ศ. 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 (วิชัย เอกพลากร, 2564) พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 48.8 และได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 3.5 โดยปี พ.ศ. 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษา

ลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ และพบว่ามีกลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ถึงร้อยละ 25.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา
ภาพรวมประเทศ (n = 7,178 คน)

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	48.8
ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา	3.5
รักษาและควบคุมไม่ได้	25.0
รักษาและควบคุมได้	22.6

ที่มา: รายงานการตรวจสอบสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563

ผลการรายงานข้อมูล Health Data Center; HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียน จำนวน 6,629,285 คน (ร้อยละ 48) ได้รับการรักษา จำนวน 3,314,302 คน (ร้อยละ 50) และประมาณ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยที่ขึ้นทะเบียน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี จำนวน 3,109,350 คน หรือประมาณร้อยละ 46.9 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564 (ข้อมูล ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564) พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17,084,586 คน (ร้อยละ 87.51) เป็นกลุ่มเสี่ยง (ค่าความดันโลหิตระหว่าง 130-139/85-89 mmHg) จำนวน 1,311,841 คน (ร้อยละ 7.68) เป็นกลุ่มที่มีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg. จำนวน 41,380 คน (ร้อยละ 0.24) และเป็นกลุ่มสงสัยป่วย (ค่าความดันโลหิตระหว่าง 140-179/90-109 mmHg.) จำนวน 700,034 คน (ร้อยละ 4.10) ซึ่งในกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจัยจำนวน 621,894 คน (ร้อยละ 88.84) และเป็นผู้ป่วยรายใหม่จากการติดตามจำนวน 51,621 คน (ร้อยละ 8.3) รวมมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่จากระบบการคัดกรองจำนวน 93,001 คน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี พ.ศ. 2564 ที่มีจำนวน 735,697 คน พบว่า มีความแตกต่างมากถึง 6 แสนคน ดังนั้นการเพิ่มการวินิจัย โรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญอย่างมาก

จากสถิติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดปราจีนบุรี พบว่า จังหวัดปราจีนบุรี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 77,929 คน จากประชากร จำนวน 427,325 คน คิดเป็นร้อยละ 18.21 จากข้อมูลพบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,490 คน และพบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คืออำเภอกบินทร์บุรี คิดเป็นร้อยละ 2.25 ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดปราจีนบุรี

ที่มา: คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี (2564)

อำเภอกบินทร์บุรีมีประชากร จำนวน 129,604 คน พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 16,382 คน คิดเป็นร้อยละ 12.64 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2564) และแนวทางการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะประชาชนกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขได้รับแนวทางดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุขมาดำเนินการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อประจำปี รวมทั้งการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,156 คน จากจำนวนประชากรในทุกกลุ่มอายุ จำนวน 7,054 คน ในตำบลที่ผู้วิจัยศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16.39 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของอำเภอกบินทร์บุรี (คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2564) โดยการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำการคัดกรองในประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอายุ 15-34 ปี (กรมควบคุมโรค, 2559) ด้วยการตรวจคัดกรองเชิงรุก จึงมีการดำเนินงาน

ร่วมกับหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี จำนวน 4,330 คน ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตครบถ้วน และผลการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในตำบล ที่ศึกษา พบประชากรอายุ 35-59 ปี ที่มีค่าความดันโลหิตระหว่าง 120/80 – 139/89 mmHg. หรือที่ เรียกว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 453 คน คิดเป็นร้อยละ 10.46

ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้ร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่อุบัติใหม่ ที่มีความรุนแรงถึงเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กลุ่ม 608) ซึ่งถ้ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เกิดป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นโรคในกลุ่ม 608 ยังต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ถึงแม้ช่วงที่มีการศึกษาจะเป็นช่วงของการประกาศให้เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่นแล้วก็ตาม แต่ถ้าประชาชนเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็มีโอกาที่จะเจ็บป่วยรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ให้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ตามแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564)

ทั่วโลกเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (COVID-19) มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสทั่วโลกสะสมเป็นจำนวน 198,010,967 ราย เสียชีวิตจำนวน 4,224,124 ราย พบผู้ป่วยรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน องค์การอนามัยโลก (WHO1, 2020) ได้ประกาศ ให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 และเป็นโรค ติดเชื้อ ไวรัสสายพันธุ์ใหม่เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสนี้สะสมเป็นจำนวน 198,010,967 ราย เสียชีวิตจำนวน 4,224,124 ราย ในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 และรัฐบาลได้ประกาศการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน ในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาล วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 เพราะมีผู้ติดเชื้อไวรัสนี้สะสมเป็นจำนวน 597,287 ราย เสียชีวิต 4,857 ราย (Department of Disease Control1, 2020) (Ministry of Public Health1, 2020) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดยังตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบเป็นวงกว้างต่อระบบสาธารณสุขในประเทศไทย และวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป (New normal) ทั้งนี้ยังส่งผลต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วย

ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจัดให้กลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงรุนแรงเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหากไม่ได้รับการวินิจฉัยเพื่อรักษาในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่จะมีการแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าคนทั่วไปถึง 1.5 เท่า และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าด้วย ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ทำให้ความสามารถของร่างกายในการต่อสู้กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เสียไป ซึ่งการดื่มน้ำดื่มอย่างหนักเพียงครั้งเดียวก็สามารถลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันได้ (World Health Organization, 2020) จากข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย ในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ตามรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบโรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในโรคร่วมอันดับต้นที่พบได้มากที่สุดตามจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตวันเดียว 41 ราย จากยอดผู้เสียชีวิตทั้งหมด 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.9 จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด และจากรายงานผู้เสียชีวิตของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นับตั้งแต่มีการเปิดเผยข้อมูลผู้เสียชีวิตในลวดที่ 3 (1 เมษายน 2564 – 1 กรกฎาคม 2564) จะเห็นว่าโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทุกวัน คือ โรคความดันโลหิตสูง จากจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 1,986 ราย มีผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะโรคร่วมถึง 1,132 ราย คิดเป็นราว ร้อยละ 57 ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มีผู้เสียชีวิตที่เป็นมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เกินกว่าครึ่งของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร กรมสุขภาพจิต, 2564)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือที่เรียกว่า โรคโควิด 19 พบจากการระบาดระลอกที่ 1 หรือระลอกแรก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เกิดขึ้นที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ทำให้การระบาดแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกส่งผลให้มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2563 จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) ในขณะที่ประเทศไทยพบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน มีการแพร่ระบาดในสนามมวย และสถานบันเทิง จึงได้ประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งแรก เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตาม พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่าง การล้างมือ การวัดอุณหภูมิ การสวมหน้ากากอนามัย

ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา สามารถควบคุมสถานการณ์โดยได้พบผู้ติดเชื้อในประเทศรายสุดท้ายเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และไม่พบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยยาวนานติดต่อกันกว่า 100 วัน

ต่อมาการระบาดระลอกที่ 2 เกิดขึ้นเมื่อกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 มีศูนย์กลางการระบาดอยู่ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ต่อมาการแพร่ระบาดเชื่อมโยงไปในสถานประกอบการ โรงงาน และชุมชนใกล้เคียง การระบาดระลอกใหม่นี้หนักเป็น 1.8 เท่าของระลอกแรกที่จุดวิกฤตสุด แต่การระบาดในระลอกนี้ใช้เวลาการควบคุมโรคระยะเวลาด้าน ๆ เพียง 3 เดือน (15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2564)

หลังจากนั้นเกิดการระบาดระลอกที่ 3 เมื่อต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 พบมีการระบาดจากสถานบันเทิงย่านทองหล่อ-เอกมัย กรุงเทพมหานคร แคมป์คนงานในกรุงเทพมหานคร และเรือนจำราชวินิต สายพันธุ์การระบาดครั้งนี้เกิดในประเทศอังกฤษ และมีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อสูง และลงปอดได้เร็วขึ้น

ในขณะที่การระบาดระลอกที่ 4 เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 (1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงปัจจุบัน) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศชื่อสายพันธุ์ใหม่ B.1.1.529 ว่า “โอไมครอน” สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอนรายแรกเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2564 และได้ยกระดับการเตือนภัย โรคโควิด 19 เป็นระดับที่ 4 ในวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2565 จากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ติดเชื้อตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 29 มีนาคม พ.ศ. 2565 ในประเทศรวม 1,351,963 ราย เสียชีวิต 3,260 ราย (ร้อยละ 0.24) หายป่วยสะสม 1,136,792 ราย ผู้ป่วยกำลังรักษา 245,154 ราย สถานการณ์โรคโควิด 19 ประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อในระดับสูงคงตัวจึงเร่งดำเนินการมาตรการ SAVE 608 by booster dose และจากการรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบัน (ทะเบียนผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรค, 2564) พบผู้ติดเชื้อในประเทศรวม 3,575,398 ราย ผู้เสียชีวิต 24,958 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 (ข้อมูล ณ 29 มีนาคม พ.ศ. 2564) อย่างไรก็ตามสถานการณ์โรคโควิด 19 ประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ในขณะที่การเปรียบเทียบอัตราป่วยตาย หรืออัตราส่วนผู้ติดเชื้อต่อผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 สายพันธุ์ Omicron ต่ำกว่า สายพันธุ์ Delta ถึง 4 เท่า ประกอบกับความครอบคลุมในการฉีดวัคซีน ซึ่งให้บริการฉีดวัคซีนแล้ว 126,431,235 โดส ความครอบคลุมเข็ม 1 ร้อยละ 79.5 เข็ม 2 ร้อยละ 72.2 และเข็ม 3 ขึ้นไป ร้อยละ 33.3 (ข้อมูลกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2565) รวมทั้งประชาชนให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคส่วนบุคคล เป็นอย่างดี กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับการบริหารจัดการโรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic) เพื่อให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ อย่างไรก็ตามกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงของ

โรคโควิด 19 ก็ยังคงดำเนินการตามมาตรการ SAVE 608 อยู่ และให้กลุ่ม 608 ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคอ้วน และโรคเบาหวาน ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวส่วนใหญ่มักมีความดันโลหิตสูงเป็นพยาธิสภาพร่วมด้วย หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรค เนื่องจากกลุ่ม 608 เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรง (กรมอนามัย, 2565) และจากข้อมูลวารสารทางการแพทย์ (Lancet) (Chen, 2020) ระบุว่า โควิด 19 มักมีความอันตรายกับระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ เมื่อป่วยเป็นโรคโควิด 19 จะมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะหัวใจวายและเสียชีวิตได้ เนื่องจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ร้อยละ 17 กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ร้อยละ 7 และส่งผลให้เกิดภาวะระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวได้ ร้อยละ 9

และจากข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดปราจีนบุรี เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 146 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุถึง 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.23 และผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ตามลำดับ พบว่า เสียชีวิตสะสมถึง 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.25 และจากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดปราจีนบุรี ที่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.74 ซึ่งเป็นกลุ่มโรคร่วมที่มีสถิติการเสียชีวิตมากที่สุด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2564) สรุป กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วย โดยเฉพาะในจังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

สรุป โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ และมีการระบาดไปทั่วโลก ในประเทศไทยมีการระบาดตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อในประเทศรวม 3,575,398 ราย ผู้เสียชีวิต 24,958 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.7 (ข้อมูล ณ 29 มีนาคม พ.ศ. 2564) และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 608 ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคอ้วน และโรคเบาหวาน และจากรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดปราจีนบุรี (เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2564) พบผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 146 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 608 และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิต 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.74 ถึงแม้ว่าช่วงที่ทำการศึกษาก็คงจะเป็นช่วงของการประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่นแล้วก็ตาม แต่ถ้าประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็มีโอกาที่จะเจ็บป่วย

รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่ให้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ตามแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework และแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ (Health Belief model : HBM)

แนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework (Green & Kreuter, 2005)

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และคณะ, 2542)

ใช้ในการจัดโครงการสุขภาพเพื่อให้บุคคลปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมซึ่งสมควรปฏิบัตินั้นให้ปฏิบัติได้เลยในปัจจุบันหรือหวังว่าจะให้เกิดขึ้นในอนาคต สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญในการวางแผน หรือพัฒนานโยบายของโครงการ การจัดเตรียมกระบวนการควบคุมทรัพยากรหรือรางวัลเพื่อส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและยั่งยืน ทรัพยากรอาจหมายถึงผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง เพื่อน ครู เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ สิ่งเหล่านี้มีหน้าที่ช่วยสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนาเกิดขึ้นและดำรงอยู่ต่อไป สิ่งที่ทำหน้าที่สนับสนุนนั้น นับเป็นส่วนหนึ่งของสถานะสิ่งแวดล้อมของบุคคล อาจเป็นไปได้หรือไม่ ว่าโครงการส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินการได้หลายระดับนับตั้งแต่ระดับเริ่มแรก (มุ่งเน้นสุขภาพและอนามัย) ระดับสอง (การสืบค้นปัญหาสุขภาพตั้งแต่แรกเริ่ม) ระดับสุดท้าย (การป้องกันรักษาไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพ) สิ่งเหล่านี้เป็นการดำเนินงานที่เข้ามาช่วยให้ขั้นตอนการเจ็บป่วย ไม่ให้เกิดขึ้น หรือถ้าเกิดขึ้นแล้ว ก็ให้วงจรที่เกิดขึ้นของการเจ็บป่วยสั้นที่สุด มีความพิการหลงเหลือให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลได้ดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ กระบวนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสภาพเงื่อนไขการดำรงชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์เราควรมีส่วนร่วมในการกำหนด ปรับปรุง แก้ไข ส่งเสริม แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED เสนอว่าปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกันกำหนดขอบข่ายสถานะทางสุขภาพของบุคคล แบบจำลองนี้สร้างโดย กรีน และครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับกรอบการดำเนินงานวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ

1. ระยะการวินิจฉัย (การประเมินความต้องการที่จำเป็น) เรียกระยะนี้ว่า PRECEDE เป็นคำย่อมาจากปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) การวินิจฉัยการศึกษา (Education diagnosis) การประเมินผล (Evaluation) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Predisposing,

Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation หมายถึง การประเมินผล และวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม อันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้อ

2. ระยะพัฒนาการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งดำเนินการตามกระบวนการ นับตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล

องค์ประกอบในระยะที่ 2 นี้เรียกว่า PROCEED ที่ย่อมาจาก นโยบาย (Policy) กฎข้อบังคับ (Regulatory) การจัดองค์กร (Organizational constructs) และพัฒนาทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Educational and environmental development) ซึ่งมีชื่อเต็มว่า Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development หมายถึง การกำหนดนโยบาย กฎข้อบังคับ จัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การพัฒนาการจัดการศึกษาและสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนการมีสภาวะสุขภาพดีของบุคคล ชุมชน และสังคม ตามแนวคิดของ กรีน และครูเตอร์ ได้ให้ข้อเสนอว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการสนับสนุนทางการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการกระทำและสภาพการณ์ต่าง ๆ ของการอยู่อาศัยนำไปสู่สุขภาพอันสมบูรณ์” การกระทำหรือพฤติกรรมที่เขาได้ระบุถึง อาจเป็นไปได้ทั้งบุคคล กลุ่มคน หรือชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย ครู หรือบุคคลอื่น ๆ ซึ่งการกระทำของเขาเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อการคิด การตัดสินใจ การกระทำ หรือปฏิบัติสุขภาพของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชน นับว่าเป็นศูนย์กลางสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ แบบจำลองได้เสนอแนวคิดเชิงระบบเพื่อวางแผน และประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพ ที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 8 ขั้นตอน (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผลทางสังคมและการวิเคราะห์สถานการณ์ (Phase 1 : Social assessment and situational analysis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์โดย การประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงานหรือผู้บริโภคร สิ่งที่จะประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2 : Epidemiological assessment)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบมาจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผน

แผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้การประเมินทางระบาดวิทยายังเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ปัจจัย/สาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพออกได้เป็น 1) สาเหตุจากพันธุกรรม 2) สาเหตุจากพฤติกรรม และ 3) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยา (Phase 3 : Educational & ecological assessment)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing factor) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้เป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษาด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวดทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ

3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความสำคัญในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งลักษณะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นสิ่งสำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่าย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

จะเห็นได้ว่า 3 ขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนการวินิจฉัยอย่างเป็นระบบในตัวบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน ทั้งปัจจัยภายในระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและเสริมแรงก่อให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคล จึงเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กรีนและครูเตอร์ (2005) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามความหมายดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การดัดแปลงหรือหาทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. ปฏิบัติต่าง ๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลักจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
5. ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้น อาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์การบริหารจัดการ (Phase 4 : Administrative and policy assessment and intervention alignment)

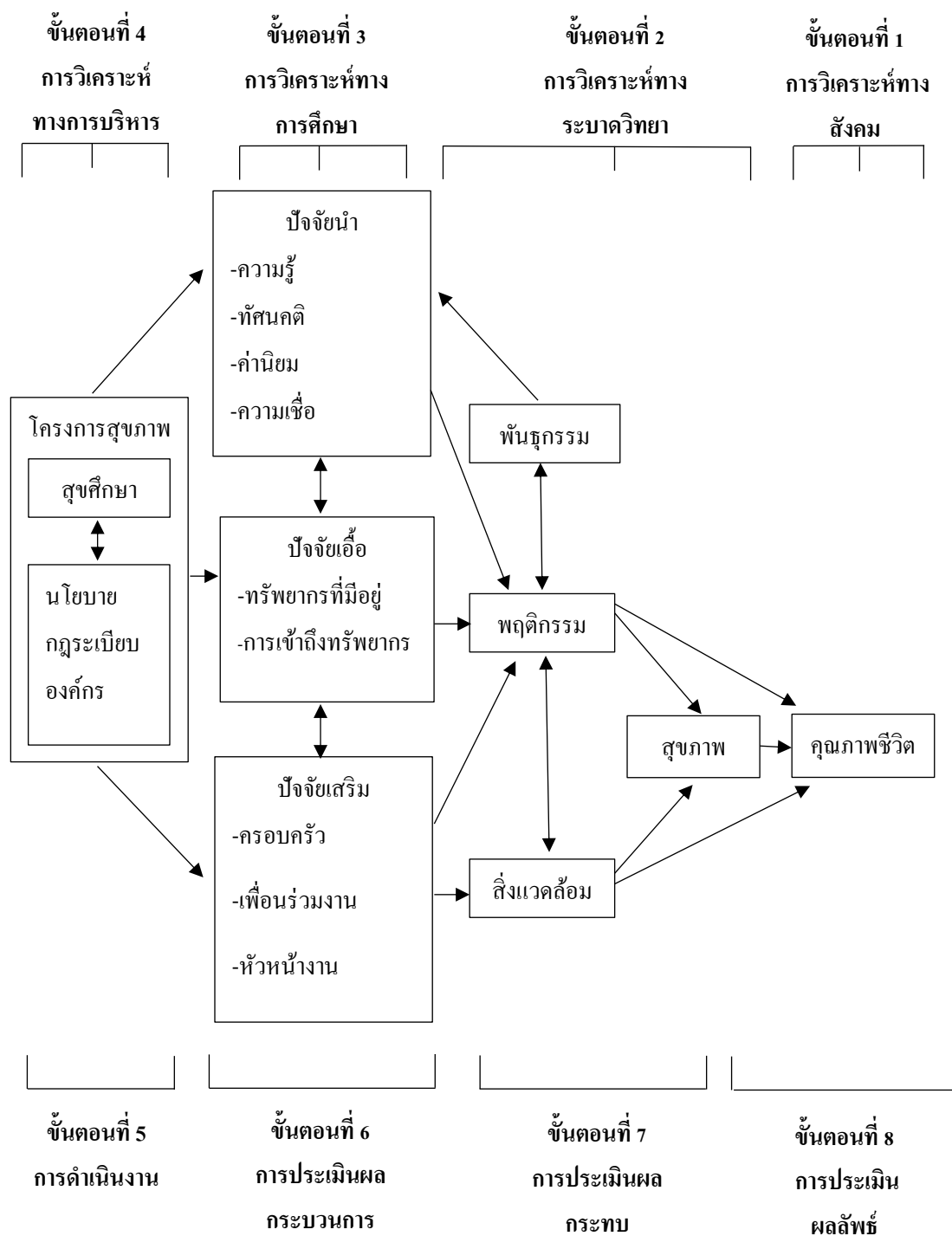
เมื่อวิเคราะห์ปัญหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์กลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ด้านนโยบายและการออกแบบกิจกรรมที่จะส่งผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้ามคือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้นการวางแผนเพื่อดำเนินงานโครงการสุขภาพใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินงาน (Phase 5 : Implementation)

หลังจากการได้ข้อมูลจากการประเมินใน 4 ขั้นตอนแรก การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานของกลวิธีด้านสุขภาพและการจัดทำนโยบาย กฎระเบียบ และการบริหารจัดการองค์กรเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6-8 การประเมินผล (Phase 6-8 : Evaluation)

ขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE-PROCEED Framework จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินกระบวนการจัดทำโครงการ (ขั้นตอนที่ 6 : Process evaluation) การประเมินผลกระทบของโครงการหรือผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นในระยะสั้น (ขั้นตอนที่ 7 : Impact evaluation) และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว (ขั้นตอนที่ 8 : Outcome evaluation)



ภาพที่ 4 PRECEDE-PROCEED Framework (Green & Kreuter, 2005)

สรุปคือ PRECEDE-PROCEED Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับสังคม สิ่งแวดล้อม ความเชื่อส่วนบุคคล กระบวนการเหล่านี้สามารถใช้วิเคราะห์ปัญหาและการค้นหาสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล จากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำ เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยเอื้อ เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งลักษณะที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น เช่น คำชมเชย การยอมรับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข เพื่อน เป็นต้น โดยพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว อันได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ฉะนั้นการจะวางแผนการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก่อน คือต้องมีการวิเคราะห์ในระยะของ PRECEDE ก่อนนั่นเอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อจะเป็นการตัดสินใจของบุคคลที่มีต่อการกระทำ และทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในลักษณะของความเชื่ออย่างแท้จริงของบุคคล โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้นำมาดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมมนุษย์มากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจและควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบายนั้นการจัดบริการสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนเท่าที่ควร คือ ประชาชนมารับบริการน้อยทั้ง ๆ ที่บริการที่จัดให้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือมีค่าใช้จ่ายต่ำ ดังนั้น

นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจที่จะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคหรือการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มตั้งแต่ยังไม่มีอาการใด ๆ จุดเด่นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก็คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม และค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เป็นแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย

ความเป็นมาของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin (1951 อ้างถึงใน ชารีเฟห์ เจ๊ะแหว, 2560) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยที่บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน หนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หากไม่ปฏิบัติเช่นนี้จะเกิดผลเสียแก่ตนได้ จากแนวความคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และได้มีการนำมาใช้ในครั้งแรกโดย Rosenstock และคณะ (1974) เพื่ออธิบายปัญหาสาธารณสุขในระหว่าง ปี ค.ศ. 1950 – 1960 หลังจากนั้นได้นำทฤษฎีมาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจ ได้นำเอาองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตน และความเชื่อในผลที่จะเกิดจากการกระทำของตน (Maiman & Becker, 1974) กล่าวคือ บุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ ว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น แล้วเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรงรวมทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ ไว้ด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายความสะดวกสบายความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนั้น การปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ และช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

Becker et al. (1974 อ้างถึงใน ชารีเฟห์ เจ๊ะแหว, 2560) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ส่วนบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

Becker (1975 อ้างถึงใน นิติยา เข็นจำ, 2535) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ผ่านการปรับปรุงและประยุกต์ใช้กับบุคคล และกลุ่มผู้เจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์การรักษา
4. การรับรู้ความสิ้นเปลือง หรืออุปสรรคต่าง ๆ
5. สิ่งชักนำมาให้ปฏิบัติตนดี

Rosenstock (1988 อ้างถึงในวรรณกร พลพิชัย และคณะ, 2561) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดง พฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ
4. การปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ซึ่งแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1988) ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความ เชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน และ รักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การ สนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้น อาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการ เจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการ รับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

4.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคล แสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการ กระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตาม คำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของ พฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย

4.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของ บุคคลต่อการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมา รับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็น ปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และ พฤติกรรมของผู้ป่วยสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงพัฒนามาเป็นระยะ ๆ โดยมีการเพิ่มเติม ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายในและได้รับการ ปรับปรุงสำหรับนำไปใช้กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านการป้องกันโรคเมื่อมีอาการไม่ สุขสบาย และเมื่อสวมบทบาทของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสม และสามารถ ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมของ ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

Rosenstock (1996 อ้างถึงใน อภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554) ได้อธิบายและทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของบุคคลว่ามีองค์ประกอบ 4 ประการ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะ หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิด โรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึงความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความ รุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะ เวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการ รับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวมานั้น อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคล

รับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรค ว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลนั้นไม่ปรารถนา และ โน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรค (Perceived benefits and barriers)

เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตน และยังมีความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อุปสรรคอาจรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะกระทำการประเมินอุปสรรคแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่ ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลมาจากความเชื่อและวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี และเหมาะสมที่สุดที่จะทำไม่ให้เป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย

4.1 ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติของบุคคล

4.2 ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

4.3 ตัวแปรด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานะทางสังคม เป็นต้น

4.4 ตัวแปรสนับสนุนในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ หรือบัตรนัด การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย จำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้ว จะต้องมีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

กล่าวโดยสรุปแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

Green and Kreuter (1991 อ้างถึงในวสันต์ สิลปะสุวรรณ และคณะ, 2542) ได้กล่าวถึง Health Belief Model ว่าเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาและการประเมินจากผู้เขียนหลายคน ได้พยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของความเชื่ออย่างแท้จริงของบุคคล Health Belief Model นี้ ได้มีข้อสันนิษฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่

1. บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถึงแม้จะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นได้โดยที่ยังไม่รู้สึกรว่ามีอาการ
2. บุคคลจะต้องรับรู้ถึงศักยภาพ (Potential) ของความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในลักษณะของการเจ็บปวด ความไม่สบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงิน เสียหน้า อับอาย และอื่น ๆ ตามความกลัวของตนเอง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงในเชิงทฤษฎีก็ได้
3. จากการประเมินสภาพแวดล้อม บุคคลต้องเชื่อว่า ถ้าได้กระทำพฤติกรรมตามที่ได้รับการเสนอแนะมาจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเอง ดังนั้นบุคคลจึงมีการประเมินเปรียบเทียบทุก ๆ สิ่งที่ต้นทุนและลงแรง กับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำดังกล่าว ซึ่งหมายถึงว่าบุคคลจะตัดสินใจทำตามเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบคอบ ไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคล สมัยนิยม โดยไม่ได้มีเหตุผลของตนเอง
4. จำต้องมี “การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมา

มิติสำคัญของ Health Belief Model ที่เชื่อว่าการมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค หรืออาการดังกล่าวจะเป็นผลสืบเนื่องตามมา สารจะแปลผลในลักษณะของ ความกลัวการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย หรือสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองเกิดความไม่สบายใจ จะเป็แรงจูงใจที่มีพลังเข้มแข็งอยู่ในลักษณะของความวิตกกังวล

จุดเด่นของ Health Belief Model ก็คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ

จากทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework ของ กรีน และครูเตอร์ เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการวินิจฉัยที่เรียกว่า PRECEDE 2) ระยะพัฒนาการวางแผนส่งเสริมสุขภาพที่เรียกว่า PROCEED ซึ่งการจะดำเนินการในระยะที่ 2 จะต้องดำเนินการในระยะที่ 1 ก่อน และในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีที่นำมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรม และทำนายแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมเจ็บป่วย คือ ทฤษฎี Health Belief Model และเป็นทฤษฎีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดย Rosenstock (1974) เป็นผู้ให้นำแนวคิดนี้มาใช้เพื่ออธิบายปัญหาสาธารณสุขในระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 องค์ประกอบของ Health Belief Model มี 4 ประการ Rosenstock (1988) ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 4) การรับรู้ถึงอุปสรรค ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำองค์ประกอบของ Health Belief Model 4 ประการ มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 2 โรคเป็นโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคถึงเสียชีวิต ถ้ามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ก็เป็นพฤติกรรมตามแนวทางของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนับเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (โรคในกลุ่มเสี่ยง กลุ่ม 608 ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) หรือเป็นโรคร่วม มีความรุนแรงของโรคถึงเสียชีวิต ในช่วงที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถึงแม้ปัจจุบันได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่นและก็ตาม แต่ถ้าติดเชื้อในขณะที่กลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็มีความรุนแรงถึงเสียชีวิตเช่นกัน

ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินความเชื่อของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยนำองค์ประกอบ 4 ประการมาทำการศึกษาในช่วงการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในส่วนของการวิเคราะห์ปัจจัยนำของ PRECEDE ดังนั้นการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงแบ่งปัจจัยนำเข้าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยนำเข้าตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อมรรัตน์ ลือนาม (2562) ศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถของปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm S.D.$; 3.22 ± 0.21 , 95%CI; 3.20-2.24) อาจเนื่องมาจากการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์/เคเบิลทีวี สื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อน ญาติ หรือคนในครอบครัว ซึ่งการเสริมสร้างองค์ความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และกลุ่มเสี่ยงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D.$; 4.26 ± 0.41 , 95%CI; 4.22-4.31) ส่วนในด้านปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรครวมถึงการรับรู้อุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย รวมถึงได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และคนใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น

วานิช สุขสถาน (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพและได้รับการจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 302 คน มีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง 64.90 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.58, 61.59, 60.93, 60.27, 58.28, และ 56.95 ตามลำดับ และจากผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะของ

ตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองไข่น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีกลุ่มตัวอย่างอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 128 คน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มี 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยนำ พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.9 เนื่องจากการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพมากพอที่จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง 2) ปัจจัยเอื้อ พบว่า การรับรู้ข่าวสารด้านความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะช่วงเวลาการส่งข้อมูลข่าวสารทางวิทยุชุมชนไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนซึ่งส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม 3) ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับคำแนะนำและแรงสนับสนุน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.6 เนื่องจากพยาบาลประจำครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้คำแนะนำและแรงสนับสนุนเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และยังพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หรือบุคคลรอบข้าง

อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ และคณะ (2561) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 136 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.31) ส่วนรายด้านอยู่ในระดับมาก คือ ด้านปฏิบัติการตามแผนการรักษา รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ตามลำดับ และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นรลักษณ์ เอื้อกิจ และคณะ (2562) ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า แนวคิด RECEDE MODEL เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่มีความสนใจและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในศาสตร์ต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยแนวคิดนี้มีพื้นฐานว่าสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกันปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้สามารถใช้ในการส่งเสริมสุขภาพได้กับประชาชนทุกๆช่วงวัย ทั้งในชุมชน โรงพยาบาล กลุ่มที่มีสุขภาพดี และกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมีค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 6,269 ราย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 (S.D. = .31) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายด้าน พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ด้านการควบคุมน้ำหนัก ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการควบคุมบุหรี่ยี่ และด้านการควบคุมการดื่มสุรา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 (S.D. = .58) 3.18 (S.D. = .47) 3.90 (S.D. = .28) และ 3.60 (S.D. = .38) ตามลำดับ ส่วนด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 (S.D. = .45) และ 2.75 (S.D. = .70) ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปรากฏว่าการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำ แต่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.5 อาจมีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.9 ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ขาดความตระหนักถึงผลเสียหรือความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่อาจส่งผลต่อชีวิต การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยบุคคลจะเกิดแรงจูงใจในการเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อลดความเสี่ยง เมื่อบุคคลรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพ

อังคณา กันใจแก้ว (2562) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวกหาด ซึ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนที่มาออกกำลังกายในสวนสาธารณะหนองบวกหาด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.74) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีความเชื่อมากที่สุดคือ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับน้อย และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายในสวนบวกหาด ($r = 0.628$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Prasanna Mithra Parthaje (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและสังคมของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ฐานะทางด้านการรายได้ การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิต โดยอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดในเพศชาย ที่มีอายุสูงขึ้นและมีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ดี มีการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางร่างกายน้อยลง รวมทั้งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจึงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

Lihua Hu (2017) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงในมณฑลเจียงซีประเทศจีน ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง คือ 32.3% ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประชาชนผู้สูงอายุ เพศหญิง แต่ในเพศชายความชุกของโรคจะลดลงตามอายุ ปัจจัยด้านดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น (BMI) และ ขนาด รอบเอวที่เกินค่ามาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

Diego Chambergo-Michilot (2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงโดยใช้การสำรวจตัวแทนระดับประเทศของชาวเปรู ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงอยู่ที่ 33.68% และ 19.77% ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ อัตราส่วนความชุกที่สูงขึ้นของภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชาย โรคอ้วน และการดื่มสุรา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราส่วนความชุกที่ลดลงของภาวะความเสี่ยงความดันโลหิต สูง ได้แก่ กลุ่มที่ร่ำรวยที่สุด การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อุดมศึกษา การแต่งงาน/การมีประกัน สุขภาพ การอาศัยอยู่ในเขตภูมิภาค Lima (เมืองหลวงของประเทศเปรู) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีฐานะ

ทางสังคมและเศรษฐกิจที่ดี มีแนวโน้มที่จะได้รับการคัดกรองโรคเรื้อรัง รวมถึง โรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ได้มากกว่าผู้ที่อยู่ในพื้นที่ชนบท

สรุป จากการศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีถูกต้องและเหมาะสมได้ ขึ้นกับปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และก่อนที่จะทำการวางแผนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ จำเป็นต้องศึกษาหรือวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการนั้น ๆ ซึ่งแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green and Kreuter (2005) ก็เป็นแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย จึงต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดวิธีในการดำเนินงานเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม โดย Green and Kreuter (2005) ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในส่วนของ PRECEDE เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งปัจจัยนำจะเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ และเนื่องจากได้มีการศึกษาหลายงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรค และในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock ได้ขยายองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ต้องมีความเชื่อตามองค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) นี้ มาใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยนำตามกรอบแนวคิดการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของ PRECEDE-PROCEED Framework โดยศึกษาความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในช่วงสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงถ้าไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล จะศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Green and Kreuter (2005) โดยปัจจัยเอื้อจะ

ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งอาหาร สถานที่ออกกำลังกาย การบริการสาธารณสุข และปัจจัยเสริม จะศึกษาเกี่ยวกับแรงเสริมที่ช่วยกระตุ้นหรือสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อน เพื่อนำข้อมูลผลของการศึกษาปัจจัยทั้งหมด ทั้งปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลในการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 เพราะถ้าประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วงนี้ และเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย จะทำให้อาการของโรคความดันโลหิตสูงรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าคนปกติทั่วไป การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในช่วงนี้ จึงควรหรือจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวเองมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

สรุปงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ให้ปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. โดยนำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green and Kreuter (2005) เฉพาะในส่วนของ PRECEDE มาเป็นกรอบในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Rosenstock (1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค 3อ.2ส. และพฤติกรรมเจ็บป่วยของโรคความดันโลหิตสูงในช่วงสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีองค์ประกอบของความเชื่อ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เพื่อนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี เพราะกลุ่มเสี่ยงถ้าไม่ป้องกันตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำมาซึ่งโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้ เป็นการวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35-59 ปี มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg. วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีผลการตรวจคัดกรองโดยมีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80 – 139/89 mmHg. อาศัยอยู่ในตำบลที่ศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 453 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35-59 ปี และมีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg. ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามคุณสมบัติที่

กำหนดไว้ 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

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{0.3(1-0.3)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.3(1-0.3)}{453}} \\ n &\approx 184 \end{aligned}$$

โดยผู้วิจัยได้กำหนดสัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.30 เนื่องจากขนาดของประชากรมีจำนวนหลักร้อยละใช้ขนาดตัวอย่าง 15-30% (ยุทธ ไกยวรรณ, 2546, หน้า 99) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $Z = 1.96$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 184 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้จำนวน 18 คน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 202 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อาศัยอยู่ในตำบลที่ศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอบินทร์บุรี จังหวัดปทุมธานี มากกว่า 6 เดือน
2. สามารถพูดสื่อสาร อ่าน เขียน หรือให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 202 คน ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามสัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประชากรในแต่ละหมู่บ้านในตำบลที่ศึกษา

แห่งหนึ่ง และจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้เกิดการกระจายของประชากรกลุ่มตัวอย่างในตำบล และเป็นตัวแทนของประชากรที่แท้จริง โดยใช้สูตร $n_1 = \frac{n}{N} n_1$ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มตัวอย่าง
หมู่บ้านที่ 1	26	12
หมู่บ้านที่ 2	28	13
หมู่บ้านที่ 3	23	10
หมู่บ้านที่ 4	19	9
หมู่บ้านที่ 5	30	13
หมู่บ้านที่ 6	22	10
หมู่บ้านที่ 7	17	8
หมู่บ้านที่ 8	22	10
หมู่บ้านที่ 9	36	16
หมู่บ้านที่ 10	41	18
หมู่บ้านที่ 11	40	18
หมู่บ้านที่ 12	44	19
หมู่บ้านที่ 13	32	14
หมู่บ้านที่ 14	21	9
หมู่บ้านที่ 15	29	13
หมู่บ้านที่ 16	23	10
รวมจำนวนทั้งสิ้น	453	202

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์มาจากทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green and Kreuter (2005) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1988) รวมทั้งงานวิจัยของกาญจนา ชัยมูล (2555) 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 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-6 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 7-16 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 7, 8, 10, 11, 12, 16 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 9, 13, 14, 15) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 17-25 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 19, 24) และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 26-30 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 29 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 26, 27, 28, 30) เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยมาก

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางบวก ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบ ดังนี้

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

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่อความเชื่อในการรับรู้ที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50	หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50	หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50	หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความเชื่อที่ถูกต้องระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งอาหารและการบริการ ปัจจัยเอื้อด้านสถานที่ออกกำลังกาย ปัจจัยเอื้อด้านการบริการสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 1-10 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 7, 9, 10 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 8) เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยมาก

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางบวก ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบ ดังนี้

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

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้อ ที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50	หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50	หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50	หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50	หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 – 5.00	หมายถึง มีปัจจัยเอื้อระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยเสริมจากบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยเสริมจากครอบครัว และปัจจัยเสริมจากเพื่อน จำนวน 14 ข้อ (ข้อ 1-14 มีข้อความที่เป็นบวกทุกข้อ) เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยมาก

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางบวก ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบ ดังนี้

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

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเสริม ที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50	หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50	หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50	หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50	หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 – 5.00	หมายถึง มีปัจจัยเสริมระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1-5 มีข้อความที่เป็นลบทุกข้อ) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 6-10 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 9 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 10) พฤติกรรมด้านอารมณ์ (ข้อ 11-15 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 11, 14, 15 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 12, 13) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ข้อ 16-20 มีข้อความที่เป็นลบทุกข้อ) และพฤติกรรมการดื่มสุรา (ข้อ 21-25 มีข้อความที่เป็นบวกได้แก่ ข้อ 25 เป็นลบ ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23, 24) เป็นข้อคำถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางบวก ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
คะแนน 4	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนน 5	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ
เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบ ดังนี้		
คะแนน 5	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ
คะแนน 4	หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนน 1	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ

เกณฑ์ในการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นต่อการปฏิบัติ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง ที่ได้นำมาแปลผลความหมายตามเกณฑ์ของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545, หน้า 102-103) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50 หมายถึง มีการปฏิบัติถูกต้องระดับน้อยที่สุด

คือ ไม่เคยปฏิบัติ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50 หมายถึง มีการปฏิบัติถูกต้องระดับน้อย คือ ปฏิบัติ

ไม่ถูกต้อง (น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50 หมายถึง มีการปฏิบัติถูกต้องระดับปานกลาง

คือ ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง

(≤ 3 ครั้งต่อสัปดาห์)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50 หมายถึง มีการปฏิบัติถูกต้องระดับมาก

คือ ปฏิบัติถูกต้อง (4-5 ครั้งต่อสัปดาห์)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 – 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติถูกต้องระดับมากที่สุด

คือ ปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ

(6-7 ครั้งต่อสัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรง (Validity) ของเนื้อหา

ในการศึกษาครั้งนี้หาคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (พงศ์เทพ จิระโร, 2564)

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้อง

R = คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน นำมาแปลงเป็นคะแนนได้ดังนี้

สอดคล้อง ให้คะแนน 1

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 0

ไม่สอดคล้อง ให้คะแนน -1

เกณฑ์ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.66-1.00 มีค่าความตรงตามเนื้อหา

ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง

แบบประเมินชุดนี้หลังจากผ่านการตรวจสอบค่าความสอดคล้องระหว่างข้อประเมินกับ จุดมุ่งหมาย (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้ว ได้ค่า ครรชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .66-1.00 ทุกข้อ ซึ่งหมายความว่า แบบประเมินชุดนี้ มีค่าความ ตรงตามเนื้อหา

ความเที่ยง (Reliability)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามไป Try out จำนวน 30 คน ในอำเภอข้างเคียง และ หาคุณภาพด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) (พงศ์เทพ จิระโร, 2564)

$$\text{สูตร } \alpha = \frac{n}{n-1} \left| 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right|$$

เมื่อ Alpha = สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อแบบสอบถาม

S_i^2 = ความแปรปรวนของข้อแบบสอบถามแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของข้อแบบสอบถามทั้งฉบับ

เกณฑ์สัมประสิทธิ์ความเที่ยงมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 แบบประเมินที่มีคุณภาพควรมีค่า สัมประสิทธิ์ความเที่ยงสูงกว่า 0.70 ขึ้นไป จากแบบประเมินส่วนที่ 2,3,4 ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า สัมประสิทธิ์ความเที่ยง = 0.967

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม โดยวิธีการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลผลการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงของประชาชนในตำบลแห่งหนึ่งที่ศึกษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจัดบันทึกจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 หมู่บ้าน มาเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และจัดทำรายชื่อของประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด

2. ผู้วิจัยคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาและทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามสัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน และจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และจัดบันทึกผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไว้

3. ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำเครื่องมือการวิจัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Framework และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) รวมทั้งสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และสถิติการเจ็บป่วยและตายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยเฉพาะในตำบลที่ทำการศึกษา ที่ผู้วิจัยรับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุข

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาจัดทำโครงการวิจัย และเสนอต่อคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อขอสอบโครงการวิจัย เมื่อสอบโครงการวิจัยผ่าน ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ให้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขการรับรอง STIC-S 001/2022 เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 หลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมทีมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษาและรายละเอียดของแบบสอบถาม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนทำการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษาและรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษด้วยตนเองเพื่อให้มีความเข้าใจในการศึกษาครั้งนี้ และการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

3. ผู้วิจัยและทีมวิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในการศึกษา ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และถ้าหากไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน
4. ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และดำเนินการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) โดยใช้ Chi-square (X^2) และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคลกับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.

เกณฑ์ในการกำหนดระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบรูปแบบการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์ตามแบบของ Best (1977, p. 240) ดังนี้

ตารางที่ 4 การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Best

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.81 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันมาก
0.51 – 0.80	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.21 – 0.50	มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือต่ำ
0.01 – 0.20	มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก
0.00	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้ เป็นการวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สบพู่หรี ดื่มสุรา) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ที่มีจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 453 คน และได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 202 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)

1.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

2. ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่เน้นทรัพยากรที่เอื้อและเสริมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

2.1 ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

2.2 ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

4.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

4.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามปัจจัยนำส่วนบุคคล (n= 202)

	ปัจจัยนำส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	67	33.17
	หญิง	135	66.83
อายุ	35 – 40 ปี	60	29.70
	41 – 50 ปี	84	41.59
	51 – 59 ปี	58	28.71
สถานภาพสมรส	โสด	41	20.30
	สมรส/ คู่	140	69.31
	หม้าย/ หย่า/ แยก	21	10.39
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	22	10.89
	ประถมศึกษา	70	34.65
	มัธยมศึกษาตอนต้น	30	14.85
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	31	15.35
	อนุปริญญาตรี/ ปวส.	28	13.86
	ปริญญาตรีขึ้นไป	21	10.40

ตารางที่ 5 (ต่อ)

	ปัจจัยนำส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ	ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา รับจ้างทั่วไป	68	33.67
	ค้าขาย/ ทำธุรกิจ	64	31.68
	รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	24	11.88
	พนักงานโรงงาน/ บริษัทเอกชน	18	8.91
	อยู่บ้าน ไม่มีอาชีพ/ แม่บ้าน	28	13.86
รายได้	น้อยกว่า 2,001	6	2.97
	2,001 – 5,000	21	10.40
	5,001 – 10,000	82	40.59
	10,001 – 20,000	70	34.65
	มากกว่า 20,001	23	11.39

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 202 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 66.83 เพศชาย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 33.17 เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ ส่วนใหญ่ 35 – 50 ปี จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 71.29 คือมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 41.59 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 35-40 ปี จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 29.70 และ ช่วงอายุ 51 – 59 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 28.71 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/ คู่ จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 69.31 รองลงมาคือสถานภาพ โสด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 และ สถานภาพหม้าย/ หย่า/ แยก จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 10.39 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 34.65 รองลงมาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 15.35 และจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 14.85 ส่วนอาชีพ พบ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน เช่น ทำไร่ ทำนา รับจ้างทั่วไป จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 33.67 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย/ ทำธุรกิจ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 31.68 และ อยู่บ้านไม่มีอาชีพ/ แม่บ้าน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 13.86 และพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท

จำนวน 82 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.59 รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยระหว่าง 10,001 – 20,000 จำนวน 70 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.65 และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท เพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.97

2. ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) จำแนกตามรายองค์ประกอบและรายข้อ

ปัจจัยนำ (HBM)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรง						3.96	1.15	มาก
1. ในระยะยาวผู้ป่วย โรคความดันโลหิต สูงจะมีความเสี่ยงสูง ในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรค หลอดเลือดสมอง	110 (54.46)	64 (31.68)	25 (12.38)	2 (0.99)	1 (0.49)	4.39	0.78	มาก
2. หากเป็นโรค ความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เกิด ไตวายได้	96 (47.52)	60 (29.70)	31 (15.35)	9 (4.46)	6 (2.97)	4.14	1.03	มาก
3. หากเป็นโรค ความดันโลหิตสูง และติดเชื้อไวรัสโค โรนา 2019 อาจส่งผล ให้เกิดภาวะแทรก ซ้อนรุนแรง และเสียชีวิตได้สูง	91 (45.05)	77 (38.12)	20 (9.90)	6 (2.97)	8 (3.96)	4.17	1.00	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยนำ (HBM)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
4. โรคความดันโลหิต สูงเป็นโรคที่ไม่อันตราย ร้ายแรงต่อสุขภาพ	16 (7.92)	27 (13.36)	24 (11.88)	56 (27.72)	79 (39.10)	3.77	1.31	มาก
5. โรคความดัน โลหิตสูง มีความ รุนแรงและส่งผลกับ การดำรงชีวิตได้	56 (27.73)	82 (40.60)	44 (21.78)	12 (5.94)	8 (3.96)	3.82	1.03	มาก
6. หากเป็นโรค ความดันโลหิตสูง ค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินชีวิตก็มากขึ้น	24 (11.88)	36 (17.82)	26 (12.87)	56 (27.72)	60 (29.71)	3.46	1.39	ปาน กลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						3.78	1.27	มาก
7. กลุ่มผู้สูงอายุ เป็น กลุ่มที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคความ ดันโลหิตสูงมากที่สุด	110 (54.46)	57 (28.22)	24 (11.88)	9 (4.45)	2 (0.99)	4.31	0.92	มาก
8. การต้องใช้แรง มาก ๆ เป็นประจำ เช่น การยกของหนัก การแบกหามจะส่งผล ให้มีโอกาสเป็นโรค ความดันโลหิตสูง	62 (30.69)	49 (24.26)	43 (21.29)	25 (12.38)	23 (11.38)	3.50	1.34	ปาน กลาง
9. ผู้ที่เสี่ยงต่อการ เป็นโรคความดัน โลหิตสูง ไม่จำเป็นต้อง งดดื่มสุรา	26 (12.87)	35 (17.33)	28 (13.86)	44 (21.78)	69 (34.16)	3.47	1.43	ปาน กลาง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยนำ (HBM)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
10. การรับประกัน บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นประจำจะเพิ่ม โอกาสเสี่ยงต่อการ เป็นโรคความดัน โลหิตสูง	52 (25.74)	58 (28.71)	41 (20.30)	29 (14.36)	22 (10.89)	3.44 1.31	ปาน กลาง
11. มาตรการผ่อน คลายสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโค โรนา 2019 เพิ่ม โอกาสเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง	65 (32.18)	73 (36.14)	36 (17.82)	11 (5.45)	17 (8.41)	3.78 1.19	มาก
12. การมีความเครียด ในชีวิตเสี่ยงต่อการเป็น โรคความดันโลหิตสูง	119 (58.91)	57 (28.22)	14 (6.93)	8 (3.96)	4 (1.98)	4.38 0.92	มาก
13. การสูบบุหรี่วัน ละ 2 ซอง ไม่มี โอกาสเสี่ยงเป็นโรค ความดันโลหิตสูง	21 (10.40)	31 (15.35)	25 (12.37)	49 (24.26)	76 (37.62)	3.63 1.38	มาก
14. คนที่เสี่ยงต่อ การเป็นโรคความดัน โลหิตสูง ไม่ควร ออกกำลังกาย เพราะ จะทำให้ระดับความ ดันโลหิตเพิ่มขึ้น	16 (7.92)	28 (13.86)	36 (17.82)	56 (27.72)	66 (32.68)	3.63 1.38	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยนำ (HBM)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
15. การดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์เพียง ครั้งเดียว ส่งผลให้ เป็นโรคความดัน โลหิตสูง	9 (4.45)	15 (7.43)	35 (17.33)	56 (27.72)	87 (43.07)	3.63	1.38	มาก
16. การรับประทานอาหาร รสเค็มจัด เสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง	97 (48.02)	56 (27.72)	18 (8.91)	15 (7.43)	16 (7.92)	4.00	1.26	มาก
การรับรู้ประโยชน์						4.00	1.25	มาก
17. การปฏิบัติตน ตามหลัก 3อ.2ส. ของท่าน จะช่วยให้ ท่านไม่เจ็บป่วยด้วย โรคความดันโลหิต สูง และไม่เสี่ยงต่อ โรคติดเชื้อไวรัสโค โรนา 2019 ที่รุนแรง	118 (58.41)	40 (19.80)	21 (10.39)	12 (5.94)	11 (5.44)	4.20	1.17	มาก
18. การวัดความดัน โลหิตเพื่อประเมิน ตนเองอยู่เสมอ จะทำ ให้สามารถประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิต สูงได้	124 (61.39)	48 (23.76)	14 (6.93)	8 (3.96)	8 (3.96)	4.35	1.04	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยนำ (HBM)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
19. การออกกำลัง กายเป็นประจำ อย่าง น้อย 3 วัน ๆ ละอย่าง น้อย 30 นาที ไม่มีผล ต่อระดับความดัน โลหิต	45 (22.28)	61 (30.19)	27 (13.37)	27 (13.37)	42 (20.79)	2.80	1.46	ปาน กลาง
20. การรับประทาน อาหารที่มีโซเดียมต่ำ หรืออาหารรสจืด จะ สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้	90 (44.55)	75 (37.13)	19 (9.41)	10 (4.95)	8 (3.96)	4.13	1.04	มาก
21. การหลีกเลี่ยง การดื่มสุราและการ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ช่วยลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง	97 (48.02)	60 (29.70)	18 (8.91)	16 (7.92)	11 (5.45)	4.07	1.17	มาก
22. การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำให้จิตใจ เบิกบานสามารถลด ค่าความดันโลหิตได้	76 (37.62)	64 (31.68)	38 (18.81)	15 (7.43)	9 (4.46)	3.91	1.12	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยนำ (HBM)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
23. กลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง หากรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย อย่าง สม่ำเสมอ สามารถ ลดค่าความดันโลหิต ให้อยู่ค่าปกติได้	117 (57.92)	53 (26.23)	15 (7.43)	5 (2.48)	12 (5.94)	4.28	1.10	มาก
24. การกินอาหาร รสเค็ม เช่น ปลา ร้า ไข่เค็มทุกวัน จะช่วย ป้องกันโรคความดัน โลหิตสูงได้	9 (4.46)	19 (9.41)	20 (9.90)	53 (26.23)	101 (50.00)	4.08	1.17	มาก
25. หากท่านตรวจ สุขภาพเป็นประจำ ทุกปี ท่านก็สามารถ ประเมินภาวะทาง สุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงได้	115 (56.93)	46 (22.77)	12 (5.94)	19 (9.41)	10 (4.95)	4.17	1.19	มาก
การรับรู้อุปสรรค						3.41	1.40	ปานกลาง
26. การทำอาหาร รับประทานเองเพื่อ ควบคุมความดัน โลหิตทุกมื้อ เป็น เรื่องที่ทำได้ยาก	49 (24.26)	48 (23.76)	30 (14.85)	47 (23.27)	28 (13.86)	3.21	1.40	ปาน กลาง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยนำ (HBM)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
27. การเดินทาง เพื่อไปสถานที่ออก กำลังกายเช่นสนาม กีฬา สวนสาธารณะ มีความยากลำบาก และเสียเวลาใน การเดินทาง	24 (11.88)	34 (16.83)	47 (23.27)	47 (23.27)	50 (24.75)	3.32	1.33	ปาน กลาง
28. การไปตรวจ คัดกรองโรคความ ดันโลหิตสูง ทำให้ เสียเวลาและค่าใช้จ่าย เพิ่มมากขึ้น	19 (9.41)	28 (13.86)	18 (8.91)	61 (30.20)	76 (37.62)	3.73	1.34	มาก
29. การมีความเครียด เป็นอุปสรรคต่อการ ควบคุมระดับความ ดันโลหิต	85 (42.08)	51 (25.25)	35 (17.33)	19 (9.40)	12 (5.94)	3.88	1.22	มาก
30. สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโค โรนา 2019 เป็น อุปสรรคต่อการ เดินทางไปตรวจ คัดกรองความดัน โลหิตสูงและปฏิบัติ ตนตามหลัก 3อ.2ส.	49 (24.26)	37 (18.32)	41 (20.30)	33 (16.33)	42 (20.79)	2.91	1.47	ปาน กลาง

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบ ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 1.15) เพื่อพิจารณาในข้อคำถามย่อยด้านการรับรู้ความรุนแรง พบข้อคำถามอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ในระยะยาวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = 4.39$, S.D. = 0.78) และที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง คือ หากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตก็มากขึ้น ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 1.39) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 1.27) เมื่อพิจารณาในข้อคำถามย่อยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบข้อคำถามอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.92) คือการมีความเครียดในชีวิตเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง เรียงตามลำดับมากไปน้อย คือข้อคำถามเรื่องการต้องใช้แรงมาก ๆ เป็นประจำ เช่น การยกของหนัก การแบกหาม จะส่งผลให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 1.34) ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องงดดื่มสุรา ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 1.43) การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 1.31) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 1.25) เมื่อพิจารณาตามรายข้อคำถามย่อย พบข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 1.04) คือการวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินตนเองอยู่เสมอ จะทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.46) คือ การออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 3 วัน ๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต และด้านการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. พบ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 1.40) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก 2 ข้อย่อย คือการมีความเครียดเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 1.22) และการไปตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 1.34) ส่วนข้อคำถามด้านการรับรู้อุปสรรคที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางจากมากไป

น้อย คือการเดินทางเพื่อไปสถานที่ออกกำลังกาย เช่นสนามกีฬา สวนสาธารณะมีความยากลำบาก และเสียเวลาในการเดินทาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 1.33) การทำอาหารรับประทานเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตทุกมื้อเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ($\bar{X} = 3.21$, S.D. = 1.40) และสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง และปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ($\bar{X} = 2.91$, S.D. = 1.47)

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน

องค์ประกอบแบบ HBM	$\bar{X}$	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

จากตารางที่ 7 พบ ค่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 1.28) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์มากที่สุด ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 1.25) รองลงมาคือด้านการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 1.25) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 1.27) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบอยู่ในระดับมาก แต่มี 1 องค์ประกอบ คือการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 1.40)

**ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่เน้นทรัพยากรที่เอื้อและเสริมต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง**

**1. ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 8**

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อ
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
จำแนกตามรายชื่อ

ปัจจัยเอื้อ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านได้รับการ คัดกรองโรคความ ดันโลหิตสูงจาก โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	73 (36.13)	70 (34.65)	35 (17.33)	19 (9.41)	5 (2.48)	3.90	1.06	มาก
2. สถานการณ์โรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่าน กลัวที่จะไปออก กำลังกายในที่ สาธารณะ	44 (21.78)	39 (19.31)	40 (19.80)	41 (20.30)	38 (18.81)	2.95	1.42	ปาน กลาง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3. ท่านได้รับข้อมูล ข่าวสารพฤติกรรม 3อ.2ส.จากหน่วยงาน สาธารณสุข และสื่อ ต่าง ๆ เช่น เสี่ยง ตามสาย ป้าย แผ่น พับ เพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง ในช่วงสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019	68 (33.66)	47 (23.27)	58 (28.71)	26 (12.87)	3 (1.49)	3.75	1.10	มาก
4. มีร้านค้าที่มีการ จำหน่ายสุรา และ บุหรี่ อยู่ใกล้บ้าน ของท่านในช่วง สถานการณ์โรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019	34 (16.83)	41 (20.30)	58 (28.71)	41 (20.30)	28 (13.86)	2.94	1.28	ปาน กลาง
5. ท่านได้รับ ผลกระทบจาก สถานการณ์โรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเดิน ไปรับบริการตรวจ คัดกรองโรคความ ดันโลหิตสูง	42 (20.79)	57 (28.22)	41 (20.30)	39 (19.30)	23 (11.39)	2.72	1.32	ปาน กลาง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
6. ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.เข้าไปตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านของท่านอย่างต่อเนื่อง	49 (24.26)	46 (22.77)	46 (22.77)	46 (22.77)	15 (7.43)	3.34	1.27	ปาน กลาง
7. ท่านสั่งอาหารผ่านช่องทางออนไลน์ หรือโทรสั่งอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อให้มาส่งที่บ้านในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	49 (24.25)	35 (17.33)	21 (10.40)	30 (14.85)	67 (33.17)	2.85	1.61	ปาน กลาง
8. บริการจัดส่งอาหารแบบเดลิเวอรี่สร้างความสะดวกสบายให้แก่ท่าน โดยท่านไม่ต้องทำอาหารเองและไม่ต้องคำนึงถึงการปรุงรสอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต	20 (9.90)	32 (15.84)	34 (16.83)	40 (19.80)	76 (37.63)	3.59	1.38	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
9. มีสนามกีฬา หรือ สวนสาธารณะสำหรับ การออกกำลังกายอยู่ บริเวณใกล้เคียงกับ บ้านของท่าน	16 (7.92)	34 (16.83)	61 (30.20)	46 (22.77)	45 (22.28)	2.65	1.22	ปาน กลาง
10. ยังคงมีร้านขายผัก และผลไม้ในหมู่บ้าน ของท่าน แม้ในช่วง สถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	21 (10.40)	43 (21.29)	42 (20.79)	46 (22.77)	50 (24.75)	2.70	1.33	ปาน กลาง
ภาพรวมปัจจัยเอื้อ						3.14	1.40	ปาน กลาง

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบภาพรวมปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = 0.52) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบปัจจัยเอื้อที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคิดว่ามีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การได้รับบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 1.06) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารพฤติกรรม 3อ.2ส. จากหน่วยงานสาธารณสุขและสื่อต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย ป้ายแผ่นพับ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 1.10) และ บริการจัดส่งอาหารแบบเดลิเวอรี่ สร้างความสะดวกสบายให้แก่ท่าน โดยท่านไม่ต้องทำอาหารเอง และไม่ต้องคำนึงถึงการปรุงรสอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ($\bar{X} = 3.59$, S.D. = 1.38) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีสนามกีฬาหรือสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกายอยู่บริเวณใกล้เคียงกับบ้านของท่าน ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = 1.22)

2. ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกเป็นรายข้อ

ปัจจัยเสริม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ครอบครัว ของท่านได้ให้ คำตักเตือน เมื่อ ท่านรับประทาน อาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มี ไขมันสูง	67 (33.17)	70 (34.65)	43 (21.29)	19 (9.40)	3 (1.49)	3.89	1.02	มาก
2. เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือ อสม. มีการเชิญ ชวนให้ท่านออก กำลังกาย	67 (33.17)	66 (32.67)	37 (18.32)	24 (11.88)	8 (3.96)	3.79	1.14	มาก
3. เมื่อท่านเกิด ความ เครียดท่าน สามารถพูดคุย ปรึกษา กับคนใคร อบครัวได้	91 (45.04)	69 (34.16)	31 (15.35)	11 (5.45)	0 (0.00)	4.19	0.89	มาก
4. ท่านมีเพื่อน สนิทที่สามารถ พูดคุยได้เมื่อท่าน มีเรื่องที่ไม่สบายใจ	79 (39.11)	78 (38.61)	28 (13.86)	15 (7.43)	2 (0.99)	4.07	0.96	มาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยเสริม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
5. เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือ อสม. มีการให้คำ แนะนำท่าน เกี่ยวกับการป้องกัน โรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน	87 (43.07)	51 (25.25)	34 (16.83)	24 (11.88)	6 (2.97)	3.94	1.16	มาก
6. ท่านได้รับการ ส่งเสริมให้ออก กำลังกายอย่าง สม่ำเสมอจาก ครอบครัว	68 (33.66)	69 (34.16)	40 (19.80)	24 (11.88)	1 (0.50)	3.89	1.02	มาก
7. ท่านได้รับคำ ชมเชยเมื่อออก กำลังกาย จากคน ในครอบครัว หรือเพื่อน	60 (29.70)	71 (35.15)	48 (23.76)	20 (9.90)	3 (1.49)	3.82	1.02	มาก
8. ครอบครัวของ ท่านไม่สนับสนุน ให้ท่านสูบบุหรี่	119 (58.91)	59 (29.20)	4 (1.98)	9 (4.46)	11 (5.45)	4.32	1.89	มาก
9. ครอบครัวของ ท่านไม่สนับสนุน ให้ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์	104 (51.48)	54 (26.73)	25 (12.38)	11 (5.45)	8 (3.96)	4.16	1.09	มาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยเสริม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
10. ท่านได้รับ การส่งเสริมให้ จัดการกับความ เครียด เช่น การนั่ง สมาธิ สวดมนต์ การร้องเพลง การ เดิน เป็นต้น จาก คนในครอบครัว	64 (31.68)	79 (39.11)	32 (15.84)	17 (8.42)	10 (4.95)	3.84	1.11	มาก
11. ท่านได้รับข้อ มูลข่าวสารเกี่ยว กับโทษของการดื่ม สุรา จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือ อสม.	81 (40.10)	62 (30.69)	35 (17.33)	17 (8.42)	7 (3.46)	3.96	1.10	มาก
12. ท่านได้รับ การกระตุ้นเตือน ให้รับรู้ถึงอันตราย ของผงชูรส หรือ ผงปรุงรสจากคน ในครอบครัว หรือเพื่อน	59 (29.21)	51 (25.25)	53 (26.23)	31 (15.35)	8 (3.96)	3.60	1.17	มาก
13. ท่านได้รับ การส่งเสริมให้ รับประทานอาหาร ให้ครบ 5 หมู่ จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุข หรือ อสม.	80 (39.60)	55 (27.22)	41 (20.30)	23 (11.39)	3 (1.49)	3.92	1.09	มาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยเสริม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
14. ท่านได้รับ ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโทษของ บุหรีมือสองจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุข หรือ อสม.	68 (33.66)	50 (24.76)	39 (19.31)	38 (18.81)	7 (3.46)	3.66	1.22	มาก
ภาพรวมปัจจัยเสริม						3.93	1.10	มาก

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกรายข้อ พบภาพรวมของปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 1.10) และพบปัจจัยเสริมที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคิดว่ามีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ 3 อันดับแรก คือ ครอบครัวของท่านไม่สนับสนุนให้ท่านสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 1.89) รองลงมาคือเมื่อท่านเกิดความเครียด ท่านสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวได้ ($\bar{X} = 4.19$, S.D. = 0.89) และครอบครัวของท่านไม่สนับสนุนให้ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 1.09) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนให้รับรู้ถึงอันตรายของผงชูรส หรือผงปรุงรส จากคนในครอบครัว หรือเพื่อน ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 1.17) รองลงมาคือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของบุหรีมือสองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุข หรือ อสม. ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 1.22) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. มีการเชิญชวนให้ท่านออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 1.14)

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามรายพฤติกรรมและรายข้อ

พฤติกรรมการ ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง 3อ.2ส.	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร						3.22	1.20	ปานกลาง
1. ท่านรับประทาน อาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลา ร้า ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง	26 (12.87)	43 (21.29)	78 (38.61)	37 (18.32)	18 (8.91)	3.11	1.12	ปาน กลาง
2. ท่านรับประทาน อาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่ง สำเร็จรูป อาหาร กระป๋อง	26 (12.87)	79 (39.11)	49 (24.26)	29 (14.36)	19 (9.40)	3.32	1.15	ปาน กลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรม ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง 30.2ส.	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
3. ในระหว่างรับ ประทานอาหาร ท่านมักเติมน้ำปลา ซอส เพิ่มเติมลงใน อาหาร	34 (16.83)	50 (24.75)	62 (30.70)	34 (16.38)	22 (10.89)	3.20	1.22	ปาน กลาง
4. ท่านชอบซื้อ แกงถุงมารับประ ทาน เช่น แกงกะทิ แกงเขียวหวาน	41 (20.30)	70 (34.65)	39 (19.30)	31 (15.35)	21 (10.40)	3.39	1.26	ปาน กลาง
5. ในระหว่าง ประกอบอาหาร ท่านปรุงอาหาร โดยใช้ผงชูรส หรือ ซุ๊ปก้อน	28 (13.86)	56 (27.72)	45 (22.28)	52 (25.74)	21 (10.40)	3.09	1.23	ปาน กลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						3.62	1.22	มาก
6. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน	54 (26.73)	46 (22.77)	57 (28.22)	34 (16.83)	11 (5.45)	3.49	1.21	ปาน กลาง
7. ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อยวัน ละ 30 นาที	41 (20.30)	59 (29.21)	54 (26.73)	33 (16.33)	15 (7.43)	3.39	1.19	ปาน กลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรม ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง 30.25.	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
8. ขณะออกกำลังกายท่านรู้สึกผ่อนคลายและทำจิตใจให้สบาย	69 (34.15)	63 (31.19)	31 (15.35)	34 (16.83)	5 (2.48)	3.78	1.16	มาก
9. หลังการออกกำลังกาย ท่านจะมีการยืดกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ	64 (31.68)	59 (29.21)	39 (19.30)	25 (12.38)	15 (7.43)	3.65	1.25	มาก
10. หลังออกกำลังกาย ท่านดื่มน้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มชูกำลัง	8 (3.96)	29 (14.36)	34 (16.83)	47 (23.27)	84 (41.58)	3.84	1.25	มาก
พฤติกรรมด้านอารมณ์						4.08	1.12	มาก
11. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ เมื่อรู้สึกโกรธ	78 (38.61)	57 (28.22)	40 (19.80)	18 (8.91)	9 (4.46)	3.88	1.15	มาก
12. เมื่อท่านมีความรู้สึกเครียด ท่านมักทำลายสิ่งของเพื่อระบายอารมณ์	3 (1.49)	14 (6.93)	10 (4.95)	19 (9.41)	156 (77.22)	4.54	0.97	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรม ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง 3อ.2ส.	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
13. ท่านรู้สึก หงุดหงิด และ หมกมุ่นอยู่กับ ปัญหาชีวิต	4 (1.98)	19 (9.41)	45 (22.27)	51 (25.25)	83 (41.09)	3.94	1.09	มาก
14. เมื่อเกิดปัญหา ขึ้น ท่านใช้เหตุผล ในการแก้ไขปัญหา	87 (43.07)	67 (33.17)	26 (12.87)	13 (6.43)	9 (4.46)	4.04	1.11	มาก
15. ท่านทำ กิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด โดย การทำงานอดิเรก เช่น การดูทีวี ฟัง เพลง ปลุกดันไม้	87 (43.07)	66 (32.67)	19 (9.41)	23 (11.39)	7 (3.46)	4.00	1.14	มาก
พฤติกรรมการสูบบุหรี่						4.20	1.40	มาก
16. ท่านสูบบุหรี่ เมื่อมีเวลาว่าง	12 (5.94)	21 (10.40)	12 (5.94)	9 (4.46)	148 (73.26)	4.29	1.29	มาก
17. ท่านซื้อบุหรี่ จากร้านค้าใกล้บ้าน	20 (9.90)	21 (10.40)	12 (5.94)	4 (1.98)	145 (71.78)	4.15	1.44	มาก
18. ท่านสูบบุหรี่ เมื่อเห็นสมาชิกใน ครอบครัว หรือ เพื่อนสูบ	15 (7.43)	28 (13.86)	6 (2.97)	4 (4.46)	144 (71.28)	4.18	1.39	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรม ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง 30.2ส.	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
19. ท่านสูบบุหรี่ เพื่อเป็นการผ่อนคลาย ความเครียด	26 (12.87)	13 (6.44)	12 (5.94)	6 (2.97)	145 (71.78)	4.14	1.48	มาก
20. ท่านสูบบุหรี่ เมื่อต้องเข้าสังคม หรือพบปะสังสรรค์	18 (8.91)	18 (8.91)	9 (4.46)	7 (3.46)	150 (74.26)	4.25	1.38	มาก
พฤติกรรมการดื่มสุรา						3.78	1.41	มาก
21. เมื่อท่านมี ความสุข หรือประ สบความสำเร็จใน บางสิ่ง ท่านจะชวน เพื่อนไปดื่มสุรา	17 (8.42)	27 (13.37)	34 (16.83)	24 (11.88)	100 (49.50)	3.81	1.39	มาก
22. ท่านดื่มสุรา เมื่อต้องเข้าสังคม หรือพบปะ สังสรรค์	34 (16.83)	17 (8.42)	28 (13.86)	38 (18.81)	85 (42.08)	3.61	1.51	มาก
23. ท่านดื่มสุรา เพื่อเป็นการผ่อนคลาย ความเครียด	18 (8.91)	33 (16.34)	20 (9.90)	25 (12.38)	106 (52.47)	3.83	1.44	มาก
24. ท่านดื่มสุรา ก่อนหรือขณะขับขี ยานพาหนะ	10 (4.95)	22 (10.89)	18 (8.91)	23 (11.39)	129 (63.86)	4.18	1.26	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรม ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง 3อ.2ส.	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
25. เมื่อเพื่อน ขอร้องให้ดื่มสุรา ท่านจะปฏิเสธ โดย อ้างเหตุผลต่าง ๆ	21 (10.40)	35 (17.33)	41 (20.30)	43 (21.29)	62 (30.69)	3.45	1.36	ปาน กลาง

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมของรายพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 1.20) และพบพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรายข้อย่อยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ เรียงตามลำดับมากไปน้อย คือชอบซื้อถุงแกงมารับประทาน เช่น แกงกะทิ แกงเขียวหวาน ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 1.26) ใน รับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 1.15) ในระหว่างรับประทานอาหารมักเติมน้ำปลา ซอส เพิ่มเติมลงในอาหาร ($\bar{X} = 3.20$, S.D. = 1.22) รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลา ร้า ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง ($\bar{X} = 3.11$, S.D. = 1.12) และระหว่างประกอบอาหารปรุงอาหารโดยใช้ผงชูรส หรือซูปก้อน ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 1.23) 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 1.22) แต่มีรายข้อย่อยอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อย่อย คือออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ($\bar{X} = 3.49$, S.D. = 1.21) ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 1.19) 3) พฤติกรรมด้านอารมณ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 1.12) และรายข้อย่อยทั้งหมดของพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมากทุกข้อตามลำดับ คือเมื่อมีความรู้สึกเครียดมักทำลายสิ่งของเพื่อระบายอารมณ์ ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.97) เมื่อเกิดปัญหาขึ้นใช้เหตุผลในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = 1.11) ทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดโดยการทำงานอดิเรก เช่น การดูทีวี ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 1.14) รู้สึกหงุดหงิดและหมกมุ่นอยู่กับปัญหาชีวิต ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 1.09) และสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 1.15) 4) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 1.40) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของรายข้อย่อยทั้งหมดอยู่ในระดับมากทุกข้อตามลำดับ คือสูบบุหรี่เมื่อมีเวลาว่าง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 1.29) สูบบุหรี่เมื่อต้องเข้าสังคมหรือพบปะสังสรรค์ ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 1.38)

สูบบุหรี่เมื่อเห็นสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสูบ ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 1.39) ซื้อบุหรี่จากร้านค้าใกล้บ้าน ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 1.44) สูบบุหรี่เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 1.48) 5) พฤติกรรมด้านการดื่มสุรา ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 1.41) และพบพฤติกรรมรายชื่อย่อยของพฤติกรรมการดื่มสุรา 4 ข้อ อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยตามลำดับ คือ ดื่มสุราก่อนหรือขณะขับขียานพาหนะ ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 1.26) ดื่มสุราเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 1.44) เมื่อมีความสุข หรือประสบความสำเร็จในบางสิ่งจะชวนเพื่อนไปดื่มสุรา ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 1.39) ดื่มสุราเมื่อต้องเข้าสังคม หรือพบปะสังสรรค์ ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 1.51) ยกเว้นชื่อย่อยเรื่องเพื่อนขอร้องให้ดื่มสุรา ท่านจะปฏิเสธโดยอ้างเหตุผลต่าง ๆ ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 1.36) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 11 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามพฤติกรรม 3อ.2ส.

พฤติกรรมการป้องกันโรค	$\bar{X}$	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
ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันโรค	3.78	1.32	มาก

จากตารางที่ 11 พบ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 1.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 1.40) พฤติกรรมด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 1.12) พฤติกรรมด้านการดื่มสุรา ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 1.41) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 1.22) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 1.20)

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยนำ ส่วนบุคคล	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		X^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อนุปริญญา/ปวส.	2	7.14	9	32.14	13	46.43	4	14.29	13.64	0.32
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	4.76	13	61.91	7	33.33	0	0.00		
อาชีพ										
ใช้แรง เช่น ทำไร่	11	16.18	41	60.29	15	22.06	1	1.47		
ทำนา รับจ้าง									13.87	0.31
ทั่วไป										
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	6	9.38	41	64.06	14	21.87	3	4.69		
รับราชการ/	3	12.50	11	45.83	9	37.50	1	4.17		
พนักงาน									13.87	0.31
รัฐวิสาหกิจ										
พนักงาน	3	16.67	6	33.33	7	38.89	2	11.11		
โรงงาน/										
บริษัทเอกชน									13.87	0.31
อยู่บ้าน ไม่มี	2	7.14	18	64.29	8	28.57	0	0.00		
อาชีพ/แม่บ้าน										
รายได้										
น้อยกว่า 2,001	0	0.00	6	100.00	0	0.00	0	0.00	13.87	0.31
2,001-5,000	4	19.05	13	61.90	4	19.05	0	0.00		
5,001-10,000	13	15.85	43	52.44	24	29.27	2	2.44		
10,001-20,000	8	11.43	42	60.00	16	22.86	4	5.71		
มากกว่า 20,001	0	0.00	13	56.52	9	39.13	1	4.35		

** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยนำส่วนบุคคล คือ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2 = 9.10$, p-value = 0.02) และ ($X^2 = 34.46$, p-value = 0.01) ส่วน อายุ สถานภาพ อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ($X^2 = 6.83$, p-value = 0.34, $X^2 = 5.21$, p-value = 0.51, $X^2 = 13.64$, p-value = 0.32, $X^2 = 13.87$, p-value = 0.31) ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 30.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 30.2ส.		
	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

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ของปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม **มีความสัมพันธ์น้อย** กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($r = 0.22$, $p\text{-value} = 0.04$) โดยมีองค์ประกอบรายด้าน ดังนี้

ด้านการรับรู้ความรุนแรง **มีความสัมพันธ์น้อยมาก** กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($r = 0.14$, $p\text{-value} = 0.04$)

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง **มีความสัมพันธ์น้อยมาก** กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($r = 0.14$, $p\text{-value} = 0.04$)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ **มีความสัมพันธ์น้อย** กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($r = 0.38$, $p\text{-value} = 0.04$)

ด้านการรับรู้อุปสรรค **มีความสัมพันธ์น้อย** กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($r = 0.22$, $p\text{-value} = 0.01$)

2. ปัจจัยเอื้อ **มีความสัมพันธ์น้อย** กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($r = 0.28$, $p\text{-value} = 0.03$)

3. ปัจจัยเสริม **มีความสัมพันธ์ปานกลาง** กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ($r = 0.59$, $p\text{-value} = 0.001$)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในช่วงเวลาระหว่างเดือนกรกฎาคม–เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีประชาชนกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้มีอายุ 35-59 ปี และมีผลการคัดกรองโดยการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mmHg อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 453 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (SAMPLE SIZE) มีจำนวน 202 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังรายละเอียดผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Framework อันประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีดังนี้

1. ปัจจัยนำ

1.1 ปัจจัยนำส่วนบุคคล

ผลการวิจัยข้อมูลปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.83 เพศชาย ร้อยละ 33.17 มีอายุระหว่าง 35-50 ปี ร้อยละ 71.29 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 69.31 ระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา ร้อยละ 45.54 ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปแต่ไม่เกินระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.06 ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 10.40 ประกอบอาชีพใช้แรงงาน (ทำนา ทำไร่ รับจ้างทั่วไป) กับอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ มีจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 33.67 และร้อยละ 31.68 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาท แต่ไม่เกิน 20,000 บาท ร้อยละ 75.24

1.2 ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, สุนัขหรือ, ดื่มน้ำ) ในการป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยความเชื่อในการรับรู้ 4 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงถ้าเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4) การรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ในภาพรวมมีความเชื่อในการรับรู้ที่ถูกต้องระดับมาก และพบว่า มโนทัศน์ประกอบของความเชื่อในการรับรู้ที่ถูกต้องระดับมาก 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 3.96) โดยมีระดับการรับรู้ในหัวข้อย่อยระดับมากและมากที่สุด คือเรื่องในระยะยาวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (ค่าเฉลี่ย = 4.39) และถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตก็มากขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความรุนแรงในการป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 3.78) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในหัวข้อย่อยอยู่ในระดับปานกลาง 3 เรื่อง คือการใช้แรงมาก ๆ เป็นประจำจะส่งผลให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง การดื่มสุราไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.50, 3.47, 3.44) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.00) โดยมีหัวข้อย่อยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในระดับมาก คือเรื่องการวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินตนเองอยู่เสมอจะทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่มีการรับรู้ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับปานกลางคือ เรื่องการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วัน ๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย = 2.80) และมโนทัศน์ประกอบ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง องค์ประกอบเดียวที่มีระดับการรับรู้ที่ถูกต้องในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.41) โดยมีองค์ประกอบย่อยระดับปานกลาง ในหัวข้อย่อยเรื่องการเดินทางเพื่อไปสถานที่ออกกำลังกายมีความยากลำบากและเสียเวลาในการเดินทาง (ค่าเฉลี่ย = 3.32) การทำอาหารเพื่อรับประทานเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตทุกมื้อเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก (ค่าเฉลี่ย = 3.21) สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.

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

หัวข้อย่อยที่สนับสนุนให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับมากได้แก่ เรื่องการได้รับบริการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ค่าเฉลี่ย = 3.90) การได้รับข้อมูลข่าวสารพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. จากหน่วยงานสาธารณสุขและสื่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการบริการจัดส่งอาหารแบบเดลิเวอรี่เพื่อความสะดวกสบายโดยไม่ต้องทำอาหารและไม่ต้องคำนึงถึงการปรุงรสอาหารในการควบคุมระดับความดันโลหิต แต่พบสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ถูกต้อง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ เรื่องการกลัวที่จะไปออกกำลังกายในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาด (ค่าเฉลี่ย = 2.95) การมีร้านค้าที่จำหน่ายสุรา และบุนหรีที่อยู่ใกล้บ้านในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 2.94) สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการเดินทางไปรับบริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.72) สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการเข้าไปตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย = 3.34) การสั่งอาหารที่มีประโยชน์ให้มาส่งที่บ้านในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 2.85) และการมีสนามกีฬาหรือสวนสาธารณะสำหรับออกกำลังกายอยู่บริเวณบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 2.65) และเป็นข้อย่อยของปัจจัยเอื้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

3. ปัจจัยเสริม พบ ปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่นที่ช่วยให้เกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.93) โดยมีหัวข้อย่อยของปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อย่อย และหัวข้อย่อยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องครอบครัวไม่สนับสนุนให้สูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ย = 4.32) เมื่อเกิดความเครียดสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวได้ (ค่าเฉลี่ย = 4.19) และครอบครัวไม่สนับสนุนให้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย = 4.16) ส่วนที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือเรื่องการกระตุ้นเตือนให้รับรู้ถึงอันตรายของผงชูรสหรือผงปรุงรสจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน (ค่าเฉลี่ย = 3.60) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของบุนหรีมือสองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. (ค่าเฉลี่ย = 3.66) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. มีการเชิญชวนให้ออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย = 3.79)

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ผลการวิจัยพบประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.78) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้านของ 3อ.2ส. คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ดังนี้

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบ มีพฤติกรรมการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.22) และมีหัวข้อย่อยของพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางทุกหัวข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่มากที่สุดของหัวข้อย่อยในระดับปานกลาง คือการซื้อแกงถุงมารับประทาน (ค่าเฉลี่ย = 3.39) และหัวข้อย่อยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดในระดับปานกลาง คือในระหว่างประกอบอาหารทำนึ่งปรุงอาหารโดยใช้ผงชูรสหรือซูปก้อน (ค่าเฉลี่ย = 3.09)

4.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบ มีพฤติกรรมการปฏิบัติด้านออกกำลังกายที่ถูกต้องในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.62) และมีหัวข้อย่อยของการออกกำลังกายในระดับปานกลาง 2 หัวข้อย่อย คือ การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน และการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที

4.3 พฤติกรรมการจัดการอารมณ์หรือความเครียด พบ มีพฤติกรรมการปฏิบัติด้านการจัดการอารมณ์หรือความเครียดที่ถูกต้อง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.08) และในหัวข้อย่อยของการจัดการอารมณ์ที่ปฏิบัติได้ถูกต้องในระดับมากทุกหัวข้อ แต่บางกิจกรรมก็ปฏิบัติค่อนข้างไปในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ (ค่าเฉลี่ย = 3.88) และความรู้สึกหงุดหงิดและหมกมุ่นอยู่กับปัญหาชีวิต (ค่าเฉลี่ย = 3.94)

4.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบ มีพฤติกรรมการปฏิบัติด้านการสูบบุหรี่ ปฏิบัติได้ถูกต้องในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.20) และในหัวข้อย่อยที่สามารถปฏิบัติได้ทุกหัวข้อย่อยหรือทุกกิจกรรมในระดับมากเช่นกัน โดยหัวข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติระดับมากที่สุด ได้แก่ การสูบบุหรี่เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด (ค่าเฉลี่ย = 4.14) รองลงมาคือการซื้อบุหรี่จากร้านค้าใกล้บ้าน (ค่าเฉลี่ย = 4.15)

4.5 พฤติกรรมการดื่มสุรา พบ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเรื่องการดื่มสุรา ในภาพรวมอยู่ในระดับมากแต่ค่อนข้างไปในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.78) โดยเฉพาะในหัวข้อย่อยเรื่องการดื่มสุราเมื่อต้องเข้าร่วมสังคมหรือพบปะสังสรรค์ (ค่าเฉลี่ย = 3.61) และมีหัวข้อย่อยที่อยู่ในระดับปานกลาง คือเรื่องเมื่อเพื่อนขอร้องให้ดื่มสุรา ท่านจะปฏิเสธโดยอ้างเหตุผลต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ย = 3.45)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบ ปัจจัยนำส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามพฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพียง 2 เรื่อง ได้แก่ เพศ และ ระดับการศึกษา

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง ในระดับน้อย ($r = 0.22$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบ องค์ประกอบด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค มีระดับความสัมพันธ์น้อยมาก ($r = 0.14$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r = 0.38, r = 0.22$)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. พบ ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับน้อย ($r = 0.28$) ส่วนปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับปานกลาง ($r = 0.59$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยนำแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework (Green & Kreuter, 2005) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) (Rosenstock, 1988) มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3อ.2ส. พบประเด็นการอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ระดับปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ได้แก่ ความเชื่อในการรับรู้ 4 ด้าน 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.97) แสดงว่ากลุ่มเสี่ยงมีปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ที่ถูกต้องเมื่อศึกษาความเชื่อตามการรับรู้แต่ละด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เพราะประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาถึงมากกว่าปริญญาตรี รวมร้อยละ 54.46 และอยู่ใน

วัยทำงาน (อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 41.59) จึงเป็นผู้มีความรู้และมีโอกาสจะได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพจากหลายแหล่งความรู้ ซึ่งเป็นไปตามผลการศึกษาของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองไข่น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คือ ปัจจัยนำ พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.9 และยังพบว่า ปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 mmHg. และ/หรือมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-90 mmHg. เช่นเดียวกัน งานวิจัยนี้ยังพบว่า ปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ เพราะขาดความตระหนักถึงผลเสียหรือความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่อาจส่งผลถึงชีวิต อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้มีการรับรู้ด้านอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ยังไม่ถูกต้อง เพราะคิดว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เห็นได้จากการตอบแบบสอบถามของประชาชน กลุ่มเสี่ยง เรื่องข้อความถามย่อยของการรับรู้อุปสรรคที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ เรื่องสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. นอกจากนี้ยังพบข้อความถามย่อยของการรับรู้ที่ยังไม่ถูกต้องในด้านอื่น ๆ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง คือไม่เห็นด้วยกับการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ว่าเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตมากขึ้น (ค่าเฉลี่ย = 3.46) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เรื่องการต้องใช้แรงมาก ๆ เป็นประจำ เช่น การยกของหนัก การแบกหาม จะส่งผลให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.50) ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องดื่มสุรา (ค่าเฉลี่ย = 3.47) และการรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.44) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบ เรื่องประโยชน์ของการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วัน ๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที ไม่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ดังนั้น ถึงการรับรู้ในภาพรวมของการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก แต่ก็ยังมีเรื่องที่จะต้องให้การรับรู้ที่ถูกต้องในประเด็นดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการศึกษาค้นคว้านี้ ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ดังเช่นผลการวิจัยของยุพาวดี แซ่เตีย (2562) ที่พบว่า

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 56.5

สรุป ถึงแม้ว่าในภาพรวมของการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน จะอยู่ในระดับมาก คือมีความเชื่อที่ถูกต้อง แต่ก็มีกรรับรู้ที่ยังไม่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแฝงอยู่ โดยเฉพาะเรื่องอุปสรรค ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรหาวิธีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มเติมแก่กลุ่มเสี่ยง ในเรื่องที่ยังมีการรับรู้ที่ยังไม่ถูกต้อง เพื่อให้มีความเชื่อที่ถูกต้อง อันส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. สมมติฐานข้อที่ 2 ระดับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ที่เอื้อและเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระบับน้อย

ผลการวิจัย พบว่า

ปัจจัยเอื้อที่เป็นทรัพยากรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.14) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เพราะจากการแสดงความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 8) ได้แก่ เรื่องอาหาร มีการสั่งอาหารออนไลน์ที่ไม่คำนึงถึงอาหารที่มีประโยชน์ (ผัก/ผลไม้) (ค่าเฉลี่ย = 2.85) โดยคิดว่าไม่ควรออกไปซื้อผัก ผลไม้ที่มีร้านขายอยู่ใกล้บ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 2.70) เรื่องการออกกำลังกายและอารมณ์ ก็กลัวการออกกำลังกายในที่สาธารณะ (ค่าเฉลี่ย = 2.95) ถึงแม้จะมีสนามกีฬาหรือสวนสาธารณะสำหรับออกกำลังกายอยู่ใกล้บ้าน (ค่าเฉลี่ย = 2.65) เรื่องการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ยังคงมีการซื้อหาบุหรี่/สุรา ที่ร้านค้าใกล้บ้าน ถึงแม้จะอยู่ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 2.94) ทั้งที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.83) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของทองทิพย์ สดะวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง และพบว่า ปัจจัยเอื้อเรื่องการรับรู้ข่าวสารวิทยุชุมชนไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนส่วนในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเพราะอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สรุป ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถึงแม้จะมีการประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่น แต่ยังคงมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกระทรวงสาธารณสุข

ยังประกาศให้มีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ กลุ่ม 608 ซึ่งกลุ่มเสี่ยงนี้ ส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต อย่างไรก็ตามสถิติการตายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 77 ราย จากผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 146 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2564) แสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่าปัจจัยเอื้อ ณ ปัจจุบัน เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม จึงมีความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพิจารณาหาวิธีการในการให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้องเหมาะสม ในช่วงสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพราะปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทรัพยากรต่าง ๆ นั้น จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ระยะเวลา การหาได้ง่าย และสามารถเข้าถึงได้ เพื่อช่วยให้การแสดงพฤติกรรมเป็นไปได้ง่าย (Green & Kreuter, 2005)

ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่เสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.93) และทุกหัวข้อย่อยของปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เพราะปัจจัยเสริมที่ประชาชนได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อน เป็นแรงสนับสนุนที่ดี และเป็นไปในทางที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะปัจจัยเสริมจากครอบครัวในเรื่องการสูบบุหรี่ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดและสุดของปัจจัยเสริม (ค่าเฉลี่ย = 4.32) รองลงมาคือเรื่องอารมณ์ ที่เมื่อเกิดความเครียดขึ้นแล้วสามารถปรึกษากับคนในครอบครัวได้ (ค่าเฉลี่ย = 4.19) และส่งเสริมให้จัดการกับความเครียดที่ถูกต้อง เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ร้องเพลง เดินรำ และในเรื่องการดื่มสุรา การรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย คนในครอบครัวไม่สนับสนุนให้ดื่มสุรา ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม และให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนแรงสนับสนุนจากเพื่อน คือการพูดคุยเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ การได้รับคำชมเชยเมื่อออกกำลังกาย กระตุ้นเตือนให้รับรู้ถึงอันตรายของผงขรุส ท้ายสุดคือแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ที่คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย โทษของการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา สอดคล้องกับผลการวิจัยของทองทิพย์ สดะวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) เรื่องปัจจัยเสริม พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลประจำครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนและให้คำแนะนำในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.6)

สรุป ปัจจัยเสริมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการวิจัยครั้งนี้ ได้แรงเสริมหรือสนับสนุนให้การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. จากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก นั่นคือการมีแรงเสริมที่ให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามเรื่องอาหารรสเค็ม และเรื่องการสูบบุหรี่ เป็นเรื่องที่ควรมีการเสริมแรงสนับสนุนให้มากขึ้น เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยกว่าเรื่องอื่น ๆ (ค่าเฉลี่ย = 3.60, 3.66) ในหัวข้อย่อยของปัจจัยเสริมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจะต้องนำไปพิจารณา และส่งเสริมองค์ความรู้ในเรื่องนี้ เนื่องจากปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่บุคคลคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ เหล่านี้ จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ (Green & Kreuter, 2005) ดังนั้น ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคคลอื่นที่ประชาชนคาดหวังคือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

3. สมมติฐานข้อที่ 3 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในช่วงที่มีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในภาพรวมทุกพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.78) คือการปฏิบัติถูกต้อง 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และคณะ (2559) ที่พบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.6) และพบว่า การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรค ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและบุคคลรอบข้าง แต่สอดคล้องกับผลการวิจัยของยุพาวดี แซ่เตีย (2562) พบ กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีในด้านการควบคุมน้ำหนัก การผ่อนคลายความเครียด การควบคุมบุหรี่ การควบคุมการดื่มสุรา ส่วนด้านการควบคุมอาหาร และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการวิจัยในครั้งนี้ พบ มีการปฏิบัติถูกต้องหรืออยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย = 3.62) ด้านอารมณ์มีการจัดการที่ถูกต้องในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.08) ด้านการสูบบุหรี่มีการปฏิบัติได้ถูกต้องในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.20) และด้านการดื่มสุรามีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (ค่าเฉลี่ย = 3.78) ส่วนด้านอาหารเป็นพฤติกรรมเดียวที่ปฏิบัติได้ถูกต้องในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.22) คือ ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง (≤ 3 ครั้งต่อสัปดาห์) และยังพบพฤติกรรมย่อยของเรื่องการบริหารโภชนาการที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการบริหารโภชนาการเค็ม การใช้ผงชูรสหรือซุปร้อนปรุงอาหาร การรับประทานอาหารรสเค็มหรือปลาร้า ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง และการเค็ม

น้ำปลาระหว่างรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารถึงสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง การซื้ออาหารถุงจำพวกแกงกะทิมารับประทาน ซึ่งอาหารเหล่านี้มีเกลือหรือโซเดียมเป็นส่วนประกอบจำนวนมาก และเกลือเป็นสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยของอินทัย พลิตนันทเกียรติ และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง อาจเป็นเพราะอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงใส่ใจเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ก็มีหัวข้อย่อยในพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ดังนี้

พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติในภาพรวมถูกต้อง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.62) แต่การปฏิบัติพฤติกรรมรายข้อ พบปฏิบัติได้ถูกต้องเนื่องจากมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การไม่ดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มชูกำลังหลังออกกำลังกาย การรู้สึกผ่อนคลายและทำจิตใจให้สบายขณะออกกำลังกาย และการยืดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ (ค่าเฉลี่ย = 3.84, 3.78, 3.65) แต่พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็น การปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักทฤษฎี คือการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน กับการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) กลับปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.49, 3.39) คือปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ

พฤติกรรมด้านอารมณ์ หรือพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดในภาพรวมปฏิบัติได้ถูกต้องระดับมาก แสดงว่ามีการปฏิบัติในการจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดความเครียดอันเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ได้ถูกต้อง แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำทุกครั้ง และในหัวข้อย่อยเรื่องการจัดการกับอารมณ์ ถือว่าปฏิบัติได้ถูกต้องทุกข้อ เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเมื่อรู้สึกเครียดโดยไม่ทำลายสิ่งของเพื่อระบายอารมณ์ การใช้เหตุผลมาแก้ไข ปัญหาและการทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดโดยทำงานอดิเรก เช่น ดูทีวี ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ (ค่าเฉลี่ย = 4.54, 4.04, 4.00) ทำให้เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาชีวิตของตนเองแต่จะหาเหตุผลในการแก้ไขปัญหา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.20) แสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง อาจเนื่องมาจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.83) ซึ่งจากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่า (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) และเพศหญิงจะมีความดูแลสุขภาพใส่ใจตนเองในเรื่องของสุขภาพและ

บุคลิกภาพ (Pender J., 1996) ทำให้อาจหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินที่ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบว่า บุหรี่ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและอาจมีภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเป็นอัมพาตได้ (Wexler & Aukerman, 2006) จึงตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือว่าไม่เคยปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เช่น การสูบบุหรี่เมื่อมีเวลาว่าง การสูบบุหรี่เมื่อต้องเข้าสังคม หรือพบปะสังสรรค์ การสูบบุหรี่เมื่อเห็นสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสูบ แต่ก็ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากการซื้อบุหรี่กลับบ้านมาสูบ และการสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลาย เพราะพบว่า มีผู้ตอบคำถามในเรื่องนี้ว่าซื้อและสูบเป็นประจำถึง 20 คน (ร้อยละ 9.90) และ 26 คน (ร้อยละ 12.78) และผู้ตอบน่าจะเป็นเพศชาย เพราะเพศหญิงมีเพียง 135 คน แต่ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากกว่า 135 คน ในทุกข้อย่อยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Prasanna Mithra Parthaje (2016) ที่พบว่า อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

พฤติกรรมการดื่มสุราในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ค่อนข้างไปทางระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.78) แสดงว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการดื่มสุราค่อนข้างถูกต้องหรือยังไม่ค่อยถูกต้อง และเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยเฉพาะการมีข้ออ้างหาเหตุผลในการดื่มสุรา เนื่องจากมีค่าคะแนนเฉลี่ยคำตอบในข้อคำถามย่อยของพฤติกรรมเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.45) ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติถูกต้องเป็นบางครั้ง ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุราที่ปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องคือเรื่องการดื่มสุราเพื่อเป็นการผ่อนคลาย การดื่มสุราเมื่อประสบความสำเร็จ การดื่มสุราเพื่อเข้าสังคมหรือพบปะสังสรรค์ และที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากที่สุดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเรื่องของการดื่มสุรา คือเรื่องการไม่ดื่มสุราก่อนหรือขณะขับขี่ยานพาหนะ (ค่าเฉลี่ย = 4.18) สอดคล้องกับผลการวิจัยของสมบัติ แก้วจันทร์ฉาย (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชาย

สรุปการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก หมายความว่ามีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างถูกต้องบ่อยครั้งแต่ยังไม่ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ให้ถูกต้องเป็นประจำ เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพราะถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้อาการของโรคความดันโลหิตสูงรุนแรงและเสียชีวิตได้ และจาก

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน พบพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ค่อยถูกต้อง เนื่องจากมีระดับของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องสร้างความตระหนัก เพราะยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารเค็ม ส่วนการออกกำลังกายอยู่ในระดับถูกต้อง แต่มีการปฏิบัติตามเกณฑ์ของการออกกำลังกายยังไม่ถูกต้องเหมาะสม คือการออกกำลังกายวันละ 30 นาที และสัปดาห์หนึ่งควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน เพราะปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรมการจัดการอารมณ์หรือความเครียด ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการได้ถูกต้อง ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผลการวิจัยครั้งนี้พบปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อาจเป็นเพราะประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และพฤติกรรมสุดท้ายคือพฤติกรรมการดื่มสุรา คาดว่ามีการดื่มทั้งเพศหญิงและเพศชาย และพบว่า มีการดื่มสุราโดยไม่พยายามหาเหตุผลมาเป็นข้ออ้างหรือปฏิเสธ อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือปฏิบัติยังไม่ถูกต้องมากที่สุด และยอมที่จะดื่มสุราเมื่อเพื่อนขอร้อง และยังมีการดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด การพบปะสังสรรค์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าถึงภาพรวมของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะถูกต้องแต่ก็ยังมีพฤติกรรมที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงว่าจะปฏิบัติอย่างไรถึงจะถือว่าเป็นการปฏิบัติตนที่ถูกต้องอย่างแท้จริง

4. สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยส่วนนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 30.2ส.

4.1 ปัจจัยนำส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 30.2ส. ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา แสดงว่าปัจจัยนำส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะเพศ และระดับการศึกษา ส่วน อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ แม้จะแตกต่างกันก็ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีอายุระหว่าง 35-40 ปี ถึงร้อยละ 29.70 ซึ่งเป็นไปตามอุบัติการณ์ในการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบประชาชนอายุ 35 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือมีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139/85-89 mmHg. (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ถึงร้อยละ 7.68 นอกจากนี้ในเรื่องอายุ พบอายุ 51-59 ปี ร้อยละ 28.71 และยังพบประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 41.59 (ดังตารางที่ 4) ซึ่งเป็นอายุที่อยู่ในวัยแรงงาน และต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน แสดงให้เห็นว่าถ้าจะทำกิจกรรมพัฒนาการบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก็ควรจะต้องทำในทุกกลุ่มอายุ แต่ควรคำนึงถึงเพศและระดับการศึกษาด้วย เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า เพศและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรมก็ต้องจัดให้เหมาะสมกับเพศ และระดับการศึกษาของประชาชน

กลุ่มเสี่ยงด้วย ซึ่งความสัมพันธ์เรื่องเพศและระดับการศึกษานี้ สอดคล้องกับการวิจัยของ วานิช สุขสถาน (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง พบปัจจัยหนึ่งของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง คือระดับการศึกษา และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Prasanna Mithra Parthaje (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและสังคม พบ เพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Diego Chambergo-Michilot (2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราส่วนความชุกที่สูงขึ้นของภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง คือเพศชาย

สรุปปัจจัยนำส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา ดังนั้นการจะพัฒนาบริการที่ถูกต้องจะต้องคำนึงถึงเพศและระดับการศึกษา หรือการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.

4.2 ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ผลการวิจัย พบ ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และมีความสัมพันธ์กัน แต่มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r = 0.22$) อาจเนื่องมาจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างไปในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.79) และผลของการปฏิบัติในภาพรวมก็ยังมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดค่อนข้างไปในระดับปานกลางเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย = 3.78) ผลของการศึกษาความสัมพันธ์จึงมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะมีความรุนแรงถึงพิการหรือเสียชีวิตในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และถ้าเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะนี้ก็ยังเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น (Chen, N. S., 2020) ดังจะพบค่าความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการโรคมีความสัมพันธ์กันน้อยมาก ($r = 0.14$) ทั้งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก็มีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยเช่นกัน โดยเฉพาะในเรื่องสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคของการเดินทางไปตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดของการรับรู้ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. จะช่วยให้ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและไม่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งก็เป็นไปตามทฤษฎีที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น และบุคคลจะต้องมีความรู้ระดับหนึ่งร่วมกับมีแรงจูงใจที่จะทำให้มีสุขภาพที่ดี จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย และเชื่อว่าการรับการรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่จะสามารถควบคุมโรคได้ ตลอดจนค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรค และการเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ (Rosenstock, 1974) และผลของปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. นี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของอังคณา กันใจแก้ว (2562) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวหาด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และผลการวิจัยของอมรรัตน์ ลีอนาม (2562) ที่ศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป พบปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรค สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

สรุปปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ทั้งในภาพรวมและตามองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ดังนั้นในการวางแผนดำเนินการบริการเรื่องการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพตามองค์ประกอบ 4 ประการ เพื่อจะได้จัดบริการสุขภาพหรือรูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับปัจจัยนำที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

4.3 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ผลการวิจัยพบ

4.3.1 ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ($r = 0.28$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ในระดับความสัมพันธ์ที่น้อย แสดงว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่าทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. แต่ทรัพยากรนั้นอาจยังไม่เพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3อ.2ส. ได้ถูกต้อง หรือปฏิบัติได้เป็นประจำ โดยเห็นได้จากระดับความคิดเห็นของการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้จะมีสนามกีฬาหรือสวนสาธารณะสำหรับออกกำลังกายอยู่ใกล้เคียงกับบ้าน แต่ไม่กล้าไปใช้บริการเพราะอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ยังมีทรัพยากรที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องบุหรี่ยาสูบและสุรา คือมีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับปานกลาง หรือไม่แน่ใจต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพราะมีร้านค้าจำหน่ายสุราและบุหรี่ย่อยใกล้บ้าน ยังคงจำหน่ายได้ตามปกติในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 2.94) ส่วนการไปรับบริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ก็จะไม่ได้เดินทางไปรับบริการในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ค่าเฉลี่ย = 2.72) ถึงแม้หน่วยงานสาธารณสุขจะมีบริการที่ให้เจ้าหน้าที่ไปบริการตรวจคัดกรองที่บ้าน ทั้ง ๆ ที่รับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการตรวจสุขภาพ เพราะให้ความคิดเห็นในเรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.34) อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ อนึ่งเรื่องอาหาร มีการสั่งอาหารผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งสามารถเลือกอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานได้ ก็ปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.85) ซึ่งเรื่องนี้อาจเป็นเพราะประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังรับรู้ต่ออุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ยังไม่ถูกต้อง ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าการจัดสั่งอาหารแบบเดลิเวอรี่สร้างความสะดวกสบาย เพราะมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.59) ข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมานี้ จะเห็นว่าปัจจัยเอื้อมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงมี 3 ปัจจัย (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ควรจะต้องมีการจัดให้เพียงพอและเหมาะสม และควรสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ให้ถูกต้องเหมาะสมเป็นประจำ แม้จะอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4.3.2 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ($r = 0.59$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และปัจจัยเสริมหรือสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.001 เนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ที่ใกล้ชิดมากที่สุด คือคนในครอบครัว ที่คอยให้คำตักเตือนเมื่อรับประทานอาหารรสเค็ม หรืออันตรายของผงชูรส เมื่อมีความเครียดก็ให้คำปรึกษาและพูดคุยได้ การส่งเสริมให้ออกกำลังกาย การให้คำชมเชยเมื่อออกกำลังกาย และคอยห้ามในสิ่งที่เป็นโทษและเป็นสาเหตุของการมีความดันโลหิตสูง คือการสูบบุหรี่และ

การดื่มสุรา และผู้ใกล้ชิดต่อมาคือเพื่อนก็สามารถพูดคุยได้เมื่อไม่สบายใจ ให้คำชมเชยเมื่อออกกำลังกาย และคอยเตือนให้รับรู้ถึงอันตรายของผงชูรส ส่วนเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขก็เป็นผู้ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เชิญชวนให้ออกกำลังกาย การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มสุรา การส่งเสริมให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่มือสอง ซึ่งคำแนะนำและข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการเสริมในเรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยของทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง โดยการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นขึ้นอยู่กับ การได้รับความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมหรือนุกลรอบข้าง

สรุปปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ในการพัฒนาหรือวางแผนการบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ควรให้บุคคลกลุ่มนี้เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลปัจจัยที่ได้จากการวิจัยได้นำกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Framework มาใช้เพื่อประเมินและวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม อันเนื่องมาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทำให้สามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของบุคคล ทั้งสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำส่วนบุคคล และปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ซึ่งในขณะทำการวิจัย ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปัจจัยภายในตัวบุคคลได้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) เพราะทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ใช้ในเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรค และสามารถอธิบายได้ว่าบุคคลสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับตนเองว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเมื่อเกิดโรคจะทำให้รุนแรง มีผลต่อการดำเนินชีวิต จึงควรนำข้อมูลที่ได้

จากการทำวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำโครงการ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าสู่การเป็นโรคประจำถิ่น อย่างมีประสิทธิภาพ คือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เนื่องจากการวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่เป็นปัญหาภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล

2. การวางแผนพัฒนาโครงการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ควรวิเคราะห์หรือหาสาเหตุของปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของบุคคลที่มีอยู่ โดยเฉพาะปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บุคคลเชื่อว่ามีผลต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แต่การปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคอื่น ๆ ด้วย และควรวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้ตรงกับความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนั้น ๆ

3. ควรมีการเสริมสร้างความรู้ในการบริหารจัดการกับภาวะแวดล้อมที่มีจำกัด หรือมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรค เช่น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในเรื่องการเดินทางไปออกกำลังกาย วิธีจัดหาอาหารมารับประทานที่เป็นประโยชน์กับร่างกาย

4. ในการจัดทำโครงการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. หรือพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ ควรคำนึงถึงปัจจัยเสริม เพราะผลจากการวิจัย พบว่า ครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง และผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และมีค่าความสัมพันธ์มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ในการพัฒนาโครงการพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหรือพฤติกรรมสุขภาพใด ๆ ควรพิจารณาเนื้อหาหรือวิธีการที่เหมาะสมกับเพศ และระดับการศึกษา เพราะผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยหารูปแบบการให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยในฐานข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมในโครงการวิจัย

2. ถ้ามีการพัฒนาโครงการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ควรมีการนำกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework ไปใช้และควรจัดกิจกรรมตามขั้นตอน โดยเฉพาะในขั้นตอนการวินิจฉัยควรมีการศึกษาปัจจัยให้ครบถ้วน ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เพราะกลุ่มที่ศึกษาอาจมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไป เพื่อจะได้จัดรูปแบบกิจกรรมโครงการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. การศึกษาวิจัยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดจากพฤติกรรม สามารถนำรูปแบบการวิจัยหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ โดยเฉพาะปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการค้นหาสาเหตุจากปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

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

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง.

กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2559). แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ในกลุ่มเทคโนโลยีและระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, รายงานผลการทบทวน ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (1-10). กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. (2555). คู่มือสุขภาพสำหรับประชาชนปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. (2558). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : การจัดการความเครียด. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขภาพ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. (2561). โปรแกรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2ส. (สูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) ในการป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงสำหรับวัยทำงาน. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขภาพ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. (2561). โปรแกรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2อ. (อาหาร ออกกำลังกาย) ในการป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงสำหรับวัยทำงาน. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขภาพ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. (2561). 3อ.2ส.เคล็ดลับสุขภาพดีของวัยทำงาน.

เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/information/211>

กรมสุขภาพจิต ศูนย์บริหารข่าวสาร. (2564). ความดันโลหิตสูง เสี่ยงเสียชีวิตจากโควิด แต่ไม่อยู่ใน “7 โรคเสี่ยง”. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30918>

กรมอนามัย กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ. (2565). กลุ่ม 608 คือกลุ่มคนที่ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากที่สุด. เข้าถึงได้จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/anamai-toons/covid-vaccine-4/>

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 ผู้โรคประจำถิ่น. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ชัยมูล. (2555). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง บ้านสบปราบเหนือ ตำบลสบปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (มปป.). คู่มืออาหารสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม. สุราษฎร์ธานี: อุดมลาภการพิมพ์.
- กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (มปป.). สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่าย บริการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: อุดมลาภการพิมพ์.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศิริมาดา (บ.ก.), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาคริต หลิมพานิช. (2565). การเสียชีวิตจากโรคหัวใจในช่วงการระบาดโควิด ไม่ได้เกิดจากตัวโรคเท่านั้น. เข้าถึงได้จาก <https://cimjournal.com/medical-news/heart-disease-deaths-covid/>
- ชาร์ฟี เจ๊ะแฉ. (2560). ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย ในการป้องกันอุบัติเหตุของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตยะลา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 51.
- ดวงพร พิกุลทอง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยง อำเภอลองขลุ้ง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พัชร ศรีกุดา, ขวัญภิรมย์ ชัยสงค์, พรธิรา สังคะสุน, วัชรพร แก้วกล้า, สมพร กลางนอก, และสุจิตรา ละครชัย. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองไ้่น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการงานวิจัยใช้องค์ความรู้สู่ความยั่งยืน, 3(3), 378.
- นิตยา เ็นน้า. (2536). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิพพาน์ สันทรัพย์. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพศชนชาติเจียบที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 28(1), 100-101.
- เนตรนภา บัวแก้ว และธนัช กนกเทศ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกับ โรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง กรณีศึกษาตำบลสาเหล็ก อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร*.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2538). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- พงศ์เทพ จิระโร. (2564). *เอกสารประกอบการสอนวิชาวิจัยทางสุขภาพ*. ชลบุรี: ร้านบัณฑิตเอกสาร.
- บุษก ไกยวรรณ. (2546). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ยุพาวดี แซ่เตีย. (2564). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รวีวรรณ ต้นสุวรรณ. (2558). *ปัจจัยทำนายระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วรรณกร พลพิชัย, และจันทรา พลพิชัย. (2561). *คุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวประมงในจังหวัดตรัง(รายงานการวิจัย)*. ตรัง: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย.
- วนิดา สติประเสริฐ. (2558). *ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ, และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2542). *การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญกิจการพิมพ์.
- วานิช สุขสถาน. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(3), 1

- วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์
- วิทยา ศรีดามา. (2541). ตำราอายุรศาสตร์ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf> Joint National Committee, [JNC], 1997; World Health Organization-International Society of Hypertension, 1999
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สมเกียรติ วัฒนศัพท์. (2551). พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงตำบลเพชรละคร อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุภาพร พูลเพิ่ม. (2554). พฤติกรรมปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลชีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. (2564). รายงานการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. เข้าถึงได้จาก <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. (2564). รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอก เมษายน 2564 จังหวัดปราจีนบุรี. เข้าถึงได้จาก <https://pri.moph.go.th/news/98-covid-19/771>
- อมรรัตน์ ถือนาม. (2565). ความสัมพันธ์เชิงพื้นที่และสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ, จิดาภา ศรีอรุณ, นามิต้า ฉาดหลี่, ฐิติพร จันทรพร, อนงค์ จันทรเพิ่ม, ชุติพร ไชยสุนันท์, และสมฤดี พุ่มโพธิ์ทอง. (2561). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.
วารสารวิชาการฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 4(3), 48-50
- อังคณา กันใจแก้ว. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนที่มาออกกำลังกายสวนสาธารณะหนองบวกหาด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนจสัถย์เชื้อ. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- อารักขา ใจธรรม. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y. J., Mao, Y. P., Rui-Xue Ye, Q. Z. W., Chang Sun, S. S., . . . Zhou, H. (2020). *Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (Covid-19) during the early outbreak period: A scoping review*. Retrieved July 21, 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079521/>
- Becker, M. H., & Maiman L. A. (1974). *The health belief: origins and correlates in psychological theory*. Health Education Monographs, 2, 300-385.
- Becker; & et al. (1975). *Sociobehavioral Determination of Compliance with Health and Medical Care Recommendation*. Medical Care. 13(3), 24.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed). Englewood cliffs: N.J.: Prentice-Hall.
- Forthofer, Ronald N., Lee, Eun Sul. & Hernandez, Michael. (2007). *Biostatistics: A guide to design, analysis, and discovery* (2nd ed). California: Elsevier Academic.
- 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. (2020). *Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study*. Retrieved July 13, 2022, from <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930211-7>

- Diego Chambergo-Michilot. (2021). Socioeconomic determinants of hypertension and prehypertension in peru: Evidence from the peruvian demographic and health survey. *Journal of PLOS ONE*, 16(1), 1-16.
- Guo, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., Tan, Y. Y., Chen, S. D., Jin, H. J., . . . Yan, Y. (2020). *The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (Covid-19)*.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.
- Kirscth & Cobb S. (1966). *Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior*. Retrieved July 21, 2022, from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00039896.1966.10664365#.U16eilWSyQI>
- Lihua Hu, X. H. (2017). *Prevalence and risk factors of prehypertension and hypertension in southern china*. Retrieved December 12, 2022, from <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170238>
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Ministry of Public Health2. (2021). *Prevention COVID-19: Omicron Update6 December 2021*. Retrieved July 10, 2022, from <https://moph.go.th> (In Thai).
- Pender J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Prasanna Mithra Parthaje. (2016). *Prevalence and correlates of prehypertension among adults in urban south india*. Retrieved December 21, 2022, from <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1010539515616453>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). *Social learning theory and health belief model*. *Health Education Quarterly*, 15(2), 75-138
- Health Protection Scotland. (2011). *Infection prevention and control*.
- Wexler, R., & Aukerman. (2006). Non-pharmacologic strategies for managing hypertension. *American Family Physician*, 73, 1953-1956.

- World Health Organization (WHO). (2013). *A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis*. Retrieved July 21, 2022, from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- World Health Organization. (2020). *Noncommunicable diseases: Mortality*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality>
- World Health Organization1. (2020). *Coronavirus*. Retrieved July 21, 2022, from https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
- World Health Organization1. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved July 21, from [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(Cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(Cvds))

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
ตามหลัก 3อ.2ส.ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง
อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี**

แบบประเมินนี้ ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 85 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน (6 ข้อ)

ส่วนที่ 2 : ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. (30 ข้อ)

ส่วนที่ 3 : ปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. (10 ข้อ)

ส่วนที่ 4 : ปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. (14 ข้อ)

ส่วนที่ 5 : พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. (25 ข้อ)

ข้อมูลที่ได้นี้จะนำมารวบรวมและวิเคราะห์ผล เพื่อให้ทราบระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. เป็นภาพรวมของประชากรในชุมชน ไม่ระบุตัวบุคคลและไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบ จึงขอให้ท่านตอบข้อคำถามตามความเป็นจริงเพื่อนำข้อมูล มาพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพให้กับท่านและประชาชนในตำบลที่ศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่让您เข้าสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะอาจทำให้การเจ็บป่วยของท่านรุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตหรือพิการได้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี (6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

3. ท่านมีสถานภาพสมรสเป็นแบบใด

☐ 1. โสด

☐ 2. สมรส/คู่

☐ 3. หม้าย/หย่า/แยก

☐ 4. อื่น ๆ

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด

☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

☐ 5. อนุปริญญา/ปวส.

☐ 6. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. ลักษณะงานหลัก (อาชีพ) ที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด

☐ 1. ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป เป็นต้น

☐ 2. ค้าขาย/ทำธุรกิจ

☐ 3. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ 4. พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน

☐ 5. นักเรียน/นักศึกษา

☐ 6. อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน

☐ 7. อื่น ๆ

6. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน..... บาท

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อปัจจัยนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถาม

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
1. ในระยะยาวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง					
2. หากเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เกิดไตวายได้					
3. หากเป็นโรคความดันโลหิตสูงและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสียชีวิตได้สูง					
4. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่อันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ					
5. โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงและส่งผลกับการดำรงชีวิตได้					
6. หากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตก็มากขึ้น					
7. กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด					
8. การต้องใช้แรงมาก ๆ เป็นประจำ เช่น การยกของหนัก การแบกหาม จะส่งผลให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
9. ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องงดดื่มสุรา					
10. การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็น ประจำจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความดันโลหิตสูง					
11. มาตรการผ่อนคลายนโยบายการกักโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง					
12. การมีความเครียดในชีวิตประจำวัน เสี่ยง ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
13. การสูบบุหรี่วันละ 2 ซอง ไม่มีโอกาส เสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
14. คนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิต สูง ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ระดับ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น					
15. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงครั้ง เดียว ส่งผลให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง					
16. การรับประทานอาหารรสเค็มจัด เสี่ยงต่อ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง					
17. การปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ของท่าน จะช่วยให้ท่านไม่เจ็บป่วยด้วยโรคความดัน โลหิตสูง และไม่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่รุนแรง					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
18. การวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินตนเอง อยู่เสมอ จะทำให้สามารถประเมินความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้					
19. การออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 3 วันๆละ อย่างน้อย 30 นาที ไม่มีผลต่อระดับ ความดันโลหิต					
20. การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ หรือ อาหารรสจืด จะสามารถควบคุมระดับความดัน โลหิตได้					
21. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง					
22. การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำให้จิตใจเบิก บาน สามารถลดค่าความดันโลหิตได้					
23. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หาก ปฏิบัติตัวดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถลด ระดับค่าความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติได้					
24. การกินอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลา ร้า ไข่เค็ม ทุกวัน ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้					
25. หากท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ท่านก็สามารถประเมินภาวะทางสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
26. การทำอาหารรับประทานเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตทุกมื้อ เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก					
27. การเดินทางเพื่อไปสถานที่ออกกำลังกาย เช่น สนามกีฬาสวนสาธารณะ มีความยากลำบาก และเสียเวลาในการเดินทาง					
28. การไปตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น					
29. การมีความเครียดเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต					
30. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง และปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.					

ตอนที่ 3 ปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิต สูงตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วง

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีผลต่อปัจจัยเอื้อที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถาม

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
1. ท่านได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
2. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่านกลัวที่จะไปออกกำลังภายในที่สาธารณะ					
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าว สารพฤติกรรม 3อ.2ส. จากหน่วยงานสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ เช่น เสียงตามสาย ป้าย แผ่นพับ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
4. มีร้านค้าที่มีการจำหน่ายสุราและบุหรี่ อยู่ใกล้กับบ้านของท่าน ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
5. ท่านได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเดินทางไปรับบริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง					
6. ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. เข้าไปตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านของท่านอย่างต่อเนื่อง					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
7. ท่านสั่งอาหารผ่านช่องทางออนไลน์ หรือ โทรสั่งอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อให้มาส่งที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019					
8. บริการจัดส่งอาหารแบบเดลิเวอรี สร้าง ความสะดวกสบายให้แก่ท่าน โดยท่านไม่ ต้องทำอาหารเอง และไม่ต้องคำนึงถึงการ ปรุงรสอาหารเพื่อควบคุมระดับความดัน โลหิต					
9. มีสนามกีฬา หรือสวนสาธารณะสำหรับ การออกกำลังกายอยู่บริเวณใกล้เคียงกับบ้าน ของท่าน					
10. ยังคงมีร้านขายผัก และผลไม้ แม้ในช่วง สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหมู่บ้านของท่าน					

ตอนที่ 4 ปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่มีผลต่อปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถาม

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
1. ท่านได้รับคำตักเตือนจากครอบครัว เมื่อท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีไขมันสูง					
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. มีการเชิญชวนให้ท่านออกกำลังกาย					
3. เมื่อท่านเกิดความเครียด ท่านสามารถพูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวได้					
4. ท่านมีเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยได้ เมื่อท่านมีเรื่องที่ไม่สบายใจ					
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. มีการให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของท่าน					
6. ท่านได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จากครอบครัว					
7. ท่านได้รับคำชมเชยเมื่อออกกำลังกาย จากคนในครอบครัว หรือเพื่อน					
8. ครอบครัวของท่านไม่สนับสนุนให้ท่านสูบบุหรี่					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย มาก
9. ครอบครัวของท่านไม่สนับสนุนให้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
10. ท่านได้รับการส่งเสริมให้จัดการกับความเครียด เช่น การนั่งสมาธิ สวดมนต์ การร้องเพลง การเดิน เป็นต้น จากคนในครอบครัว					
11. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มสุรา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.					
12. ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนให้รับรู้ถึงอันตรายของผงชูรส หรือผงปรุงรส จากคนในครอบครัว หรือเพื่อน					
13. ท่านได้รับการส่งเสริมให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.					
14. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของบุหรี่มือสอง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.					

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุดเพียงข้อเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ข้อความนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลา ร้า ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง					
2. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง เป็นต้น					
3. ในระหว่างรับประทานอาหารท่านมักเติมน้ำปลา ซอส เติมเค็มลงในอาหาร					
4. ท่านชอบซื้อแกงถุงมารับประทาน เช่น แกงกะทิ แกงเขียวหวาน					
5. ในระหว่างประกอบอาหารท่านปรุงอาหารโดยใช้ผงชูรส หรือซุ๊ปก้อน					
6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน					
7. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
8. ขณะออกกำลังกายท่านรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสุข					
9. หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการยืดเพื่อผ่อนคลาย เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ					
10. หลังออกกำลังกายท่านดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มชูกำลัง					
11. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ เมื่อรู้สึกโกรธ					
12. เมื่อท่านมีความรู้สึกเครียด ท่านมักทำลายสิ่งของเพื่อระบายอารมณ์					
13. ท่านรู้สึกหงุดหงิด และหมกมุ่นอยู่กับปัญหาชีวิต					
14. เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ท่านใช้เหตุผลในการแก้ไขปัญหา					
15. ท่านทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด โดยการทำงานอดิเรก เช่น การดูทีวี ฟังเพลง ปลูกต้นไม้					
16. ท่านสูบบุหรี่เมื่อมีเวลาว่าง					
17. ท่านซื้อบุหรี่จากร้านค้าใกล้บ้าน					
18. ท่านสูบบุหรี่เมื่อเห็นสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสูบ					
19. ท่านสูบบุหรี่เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด					
20. ท่านสูบบุหรี่เมื่อต้องเข้าสังคม หรือพบปะสังสรรค์					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
21. เมื่อท่านมีความสุข หรือประสบความสำเร็จในบางสิ่ง ท่านจะชวนเพื่อนไปดื่มสุรา					
22. ท่านดื่มสุราเมื่อต้องเข้าสังคม หรือพบปะสังสรรค์					
23. ท่านดื่มสุราเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด					
24. ท่านดื่มสุราก่อนหรือขณะขับขียานพาหนะ					
25. เมื่อเพื่อนขอร้องให้ดื่มสุรา ท่านจะปฏิเสธโดยอ้างเหตุผลต่าง ๆ					

ภาคผนวก ข

ใบตอบรับการตีพิมพ์วารสารวิชาการ
คำสั่งแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ที่ ยว ๘๑๑๘/ ๗๕๗



กองบรรณาธิการ
วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒๐ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาบทความวิจัยเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คุณอติวิทย์ เข็มทอง

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก ๓อ.๒ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลวังตาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี" มายังกองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาผลงานเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ (Peer Review) จำนวน ๓ ท่าน

บัดนี้ กรรมการได้พิจารณา บทความวิจัยของท่านเรียบร้อยแล้ว เห็นสมควรให้เผยแพร่ผลงานของท่านในวารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวดี รอดจางกูร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

กองบรรณาธิการ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๗๕๖



ST THERESA INTERNATIONAL COLLEGE

คำสั่ง วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ที่ 034/2565

เรื่อง แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทำการศึกษาวิจัยประกอบการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560)

ด้วย นายอติวิชญ์ เข้มทอง นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ตามหลัก 3อ.2ส.) อำเภอปิ่นนครบุรี
จังหวัดปราจีนบุรี" ภายใต้การควบคุมของ ดร. พรทิพย์ ลอยนรินทร์ และ รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษามักดีภาพ
และจึงขอแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทำการศึกษาวิจัยประกอบการทำ
วิทยานิพนธ์ ดังนี้

- | | |
|--|---|
| 1. ดร. ณัฐพงศ์ แสนทวี | อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. อาจารย์ภูวคินทร์ บัวเกษ | อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาการสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นาวาตรี ดร. พงศ์เทพ จิระโร | อาจารย์ประจำหลักสูตรประกาศนียบัตร
บัณฑิต สาขาวิชาชีพครู (ภาษาไทย)
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา |

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2565

(ลงชื่อ)

(รศ. ดร. จิตรพรรณ ภูษามักดีภาพ)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



หมายเลขการรับรอง
STIC-S ๐๐๑/๒๐๒๒

วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ๑ หมู่ ๖ ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ๒๖๑๒๐

โทร. ๐๒-๒๓๘๕๕๕๗ โทรสาร. ๐๒๗-๕๗๕๖๓๓

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ตามหลัก ๓๑ ๒๕)
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลวังศาล อำเภออเภินทร์บุรี จังหวัดปราชินบุรี

หัวหน้าโครงการ/หน่วยงานสังกัด นายอติวิชญ์ เข็มทอง คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

สถานที่ทำวิจัย ตำบลวังศาล อำเภออเภินทร์บุรี จังหวัดปราชินบุรี

เอกสารรับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. เครื่องมือการวิจัย : แบบสอบถาม

วันหมดอายุ :

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ดำเนินงานให้การรับรองโครงการวิจัย
ตามแนวหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont, CLOMS
Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ZINC-
GCP) โดยมีระยะเวลาการรับรองถึงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร พันธุ์ศรีบุตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่/...../.....

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายอดิวิชัย เข้มทอง
วัน เดือน ปี เกิด	31 ตุลาคม 2536
สถานที่เกิด	ปราจีนบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	525/296 หมู่บ้านพฤษภาเดชะคอนเนอร์โป่งไผ่ หมู่ที่ 7 ซอย 7 ตำบลท่าตูม อำเภอศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	
ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2559	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2566	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา