

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง (สถาบันวิจัยและประมาณเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข , 2556) สถานการณ์โรคเบาหวานในทวีปเอเชียปี ค.ศ. 2010 แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนถึง 113 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 ผู้ป่วยโรคนี้ในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้น เป็น 180 ล้านคน สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แจ้งว่าสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยเป็นที่น่าวิตก โดยอัตราผู้ป่วยในโรคเบาหวานต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ จาก ปี พ.ศ. 2552 เป็น 2,033.19 ปี พ.ศ. 2553 เป็น 2,179.30 ปี พ.ศ. 2554 เป็น 2,227.99 และอัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นกัน คือ พ.ศ. 2554 เป็น 3,222.16 ปี พ.ศ. 2555 เป็น 3,487.97 ปี พ.ศ. 2556 เป็น 3,592.39 (กรมควบคุมโรค, 2558)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะใน 4 โรคสำคัญคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โรคเบาหวาน โรคเมเร็งและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็น 4 โรคไม่ติดต่อสำคัญที่เป็นภัยเงียบคร่าชีวิตประชากรทั่วโลกถึงร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูงนั้น ไม่เพียงแต่นำไปสู่ทั้ง 4 โรคไม่ติดต่อที่กล่าวมานั้น แต่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) โดยร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวาน และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดไตเรื้อรังได้ในอนาคตต่อไป และยังมีรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงกว่า 1,000 ล้านคนโดย 2 ใน 3 เป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนาและได้คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน ส่วนเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากมีความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของ สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, 2011) พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 366 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 8.3 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 4.6 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 552 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งหมายถึง มีมากกว่า 3 คน ที่ถูก

วินิจฉัยว่า เป็นโรคเบาหวานในทุกๆ 10 วินาที สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้นจาก 277.7 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2544 เป็น 954.2 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2553 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 3.4 เท่าและโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญยังเป็นสาเหตุในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระบบต่างๆของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดสมองและหัวใจ ตา ไตและเท้า ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง เป็นปัญหาวิกฤตของสังคมโลกและประเทศไทย ทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม กลุ่มโรคหลักดังกล่าวเป็นผลมาจาก 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและ 4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน (กรมควบคุมโรค, 2558) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลง ตามรูปแบบ 4 x 4 x 4

จากปัญหาและผลกระทบที่ตามมา นับว่าเป็นปัญหา ที่ใหญ่และทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณในการควบคุมดูแล ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ พฤติกรรมและการใช้ชีวิตของผู้คนจะส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยไม่เพียงพอ ปัจจัยอื่นที่พบยังมีภาวะของความอ้วน การมีวิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก สูบบุหรี่ และมีภาวะเครียด และที่สำคัญคือ 70% ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ผู้

ที่ได้รับการรักษาก็ยังไม่ ค่อยให้ความร่วมมือในการใช้ลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน คือ ภาวะการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 2.4 เท่าของผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ รวมทั้งผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยง 0.4 เท่า ต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ และผู้ ที่ไม่เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้และไม่ลดการบริโภคเกลือจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 4.4 เท่า (วิชิต อินทร์ลำพันธ์ , 2549) โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเกือบร้อยละ 50 ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ที่เหมาะสม การค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ การลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคและ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว (กุลพิมล และนิตยา , 2552) สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบ่งเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ (กรมการแพทย์, 2557) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในสถานการณ์ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนไทย เปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีรูปแบบการบริโภคอาหารต่างไปจากเดิม คือ บริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ แป้ง หวาน มัน และเกลือเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ขาดการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องหรือการเคลื่อนไหวร่างกายและพฤติกรรมด้านอารมณ์ของประชาชนมีแนวโน้มทวีเพิ่ม โดยเฉพาะปัญหาโภชนาการเกินและโรคอ้วน พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนรวมถึงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย คุณภาพบริการ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ, 2547) โดยพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ฝังรากอยู่ในชุมชน ในมิติของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อค่านิยม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน โดยการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคม การค้า สถานการณ์โลกาภิวัตน์ มีส่วนเร่งให้ประชาชนเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงสุขภาพโดยง่าย โดยมีพฤติกรรมคัดสนใจเลือกบริโภคที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น หลักสำคัญในการดูแลสุขภาพเพื่อก้าวสู่การมีสุขภาพดี คือ การให้ความรู้ทางด้านโภชนาการอาหาร การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิตและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ จะช่วยป้องกันโรคที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้ถูกชนิด ปริมาณ และถูกเวลา ควรเลือกกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ให้หลากหลายและพอเพียง งดอาหารหวาน มัน เค็ม ดูแลน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะ ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า 80% ของโรคหัวใจ โรคเบาหวานประเภทที่ 2 และมากกว่า 40% ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2558)

ได้มีการศึกษาถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับพฤติกรรมรายบุคคลต่อการควบคุมโรค คือ การศึกษาของ UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) โดยพบว่า การปรับพฤติกรรมสามารถลดการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้ถึงร้อยละ 35-58 ซึ่งลดได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการใช้ยา metformin ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิตได้ดีขึ้น ทุก 1 HbA1C ที่ลดลง ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อหลอดเลือดแดงเล็ก (เช่น ตา ไต) ลงร้อยละ 37 ลดการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 14 และ 12 ตามลำดับ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 130/80 มม.ปรอทพร้อมด้วยพบว่าความดันโลหิตที่ลดลง 10 มม.ปรอท ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนทั้งหลอดเลือดแดงใหญ่

และเล็กร้อยละ 35 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของคนไทย คือ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่นิยม รับประทานอาหารนอกบ้าน การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ขนมนกรอบ เครื่องดื่มที่มีรสหวานและน้ำตาลมากขึ้น โดยพบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลโดยเฉลี่ยเพิ่มจาก 12.7 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในพ.ศ. 2526 เป็น 29.6 กิโลกรัมต่อคนต่อปี ในพ.ศ. 2556 คนไทยบริโภคเกลือ/โซเดียมเฉลี่ยสูงเกินเกณฑ์ที่ควรบริโภคถึงสองเท่า ส่วนหนึ่งมาจากการกินอาหารที่มองไม่เห็นว่ามีส่วนของโซเดียมผสมอยู่ เช่น เครื่องปรุงรส ผงฟู ขนมนกรอบ อาหารกึ่งสำเร็จรูป คนไทยกว่าครึ่งกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ทั้งที่ประเทศไทยเป็นแหล่งผลิตผักผลไม้สำคัญ ด้านการออกกำลังกาย คนไทยมีการออกกำลังกายเป็นประจำ มากกว่า 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 25.7 ในปี 2554 มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพียงพอในกลุ่มคนทำงานที่ใช้แรงกาย แต่ในกลุ่มคนทำงานออฟฟิศ กลุ่มเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมการขยับร่างกายน้อยลง เช่น การใช้หรือเล่นคอมพิวเตอร์ การดูโทรทัศน์ การประชุม เป็นต้น สำหรับการสูบบุหรี่ และบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ปี พ.ศ. 2555 มีคนไทยสูบบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 20 ในกลุ่มอายุ 19-60 ปี และปีพ.ศ. 2554 คนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากที่สุดในช่วงอายุ 25-49 ปีร้อยละ 37.3 รองลงมาช่วงอายุ 15-24 ปีร้อยละ 23.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.6 อย่างไรก็ตามพบว่า มีผู้สูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและเพศหญิง อายุของการเริ่มดื่ม สุราและสูบบุหรี่ลดลง ส่วนการจัดการความเครียดพบว่า สถานการณ์ความเครียดคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2548 ถึง 2553 แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 9.2 ในปี 2554 ส่วนปี 2555 จาก Hotline 1323 กลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปีมีความเครียดสูงสุดเป็น ร้อยละ 85 รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 35 และกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 3 นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่า คนไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพิ่มขึ้น ได้แก่ อ้วนขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตโดยในปี 2551 ผู้ชายอ้วนร้อยละ 28.3 และผู้หญิงอ้วนถึงร้อยละ 40 มีภาวะความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 21.4 หรือกว่า 10 ล้านคน ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ระดับไขมันคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น และคนไทยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจำนวนมากไม่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคแล้ว ทำให้ ไม่ได้รับบริการที่เหมาะสม ขาดโอกาสแม้แต่รับทราบถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้การจัดการตนเองตามสภาวะของโรคได้ไม่ดี เร่งให้เข้าสู่ระยะการเป็นโรค และการมีภาวะแทรกซ้อน รวดเร็วยิ่งขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2558)

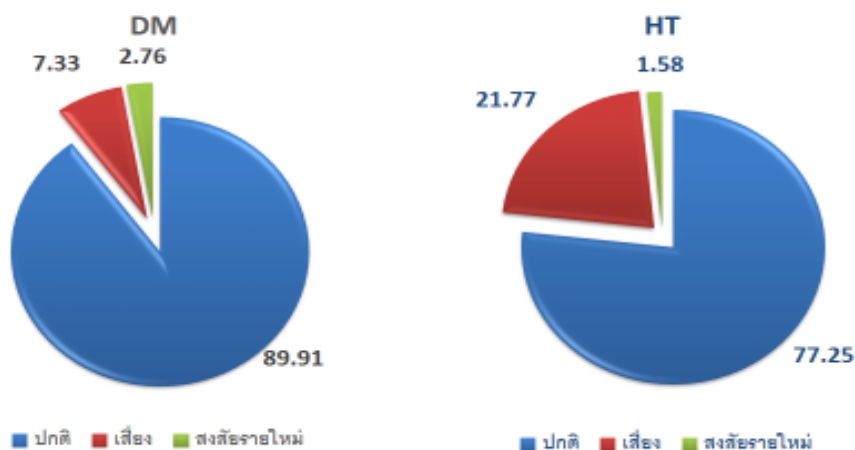
จาก สถานการณ์และผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้น เปรียบเหมือนระเบิดเวลาของทั้งการป่วยใหม่ ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้ ถึงแม้คนส่วนใหญ่จะรู้ตระหนัก เข้าใจถึงผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงอันตรายต่อโรค แต่การก้าวข้ามความ

เคยชินของพฤติกรรมเดิมๆ ไม่ใช่เรื่องง่ายนัก ต้องใช้ทั้งความมุ่งมั่น ความมั่นใจว่าปฏิบัติได้ ความเข้าใจถึงอุปสรรคหรือข้อจำกัด เคล็ดลับสู่การเปลี่ยนแปลง กำลังใจและความช่วยเหลือของเพื่อนและคนรอบข้าง การจัดการตนเอง (Self management) และสิ่งแวดล้อม (Environmental management) เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง (Self care) จนเป็นนิสัย อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการลดการเพิ่มผู้ป่วยใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ ผู้รับบริการ และครอบครัว ต้องเป็นผู้จัดการสุขภาพด้วยตนเอง เป็นส่วนหนึ่งในการรักษาของทีมและในขณะเดียวกันผู้ให้บริการ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ มีความจำเป็นต้องเพิ่มการดูแลโดยไม่ต้องใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่ไปกับการรักษา โดยจัดบริการรายบุคคล รายกลุ่ม สนับสนุน เครื่องมือ คู่มือ เพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการตนเอง มีการสนับสนุนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ชมรม เพื่อเอื้อต่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว ในอดีตที่ผ่านมา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการปรับเปลี่ยน ทักษะคิดและความเชื่อ ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอและยาวนานได้ นักพฤติกรรมศาสตร์ที่ทำการวิจัยคนไทยนานกว่า 15 ปี พบว่า ความรู้และทัศนคตินั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่น่าพึงปรารถนา และการละเว้นพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ของคนไทยได้ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมป้องกันโรค หรืออื่น ๆ ทั้งนี้เพราะผู้รับการพัฒนาส่วนใหญ่ยังขาดจิตลักษณะ ที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน , 2539) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนจากสิ่งที่เคยทำ เคยชิน มาสู่ พฤติกรรมใหม่ผู้ให้คำปรึกษา/ทีมสหวิชาชีพต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของคนที่ชอบเรียนรู้ ปลูกฝัง แนวคิด ความเชื่อ แรงจูงใจ ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตลอดจนกระบวนการ เทคนิค เคล็ดลับต่างๆ ที่จะนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้รับบริการก้าวข้ามผ่านอุปสรรคต่างๆ ที่เป็นข้อจำกัด ตลอดจนเสริมสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการ

จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ ดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย เป้าหมายเน้นหนักในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ครอบคลุมประชากรทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2557 พบว่าอัตราการคัดกรองเบาหวาน ในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 86.79 ผลการคัดกรองแยกเป็นกลุ่มปกติร้อยละ 89.91 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 7.33 และกลุ่มสงสัยรายใหม่ร้อยละ 2.76 ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 39.79 ตามปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ร่วมกับใช้หลัก 3 อ. 2 ส. หลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 30.82 และการคัดกรองความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 76.88

จากการคัดกรองแยกแยกเป็นกลุ่มปกติร้อยละ 77.25 พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 21.17 และสงสัยรายใหม่ร้อยละ 1.58 กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 22.43 หลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 37.04 ภาพที่ 3 อัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง จากปี 2552 - 2554 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2554-2557 อัตราความชุกมีการชะลอเนื่องจาก จังหวัดได้เน้นการดูแลเชิงรุกถึงระดับชุมชน สุขศาลา และมีนักจัดการแกนนำสุขภาพ อสม. เข้มขันในการดูแลเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังภาพที่ 4 อัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มลดลง ในปี 2555 - 2557 ส่งผลจากจังหวัดกาฬสินธุ์ให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ในการบูรณาการโครงการ 3 ดี ของจังหวัดให้พัฒนาเชิงระบบอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงทุกระดับร่วมกับทุกภาคีเครือข่าย ดังภาพที่ 5

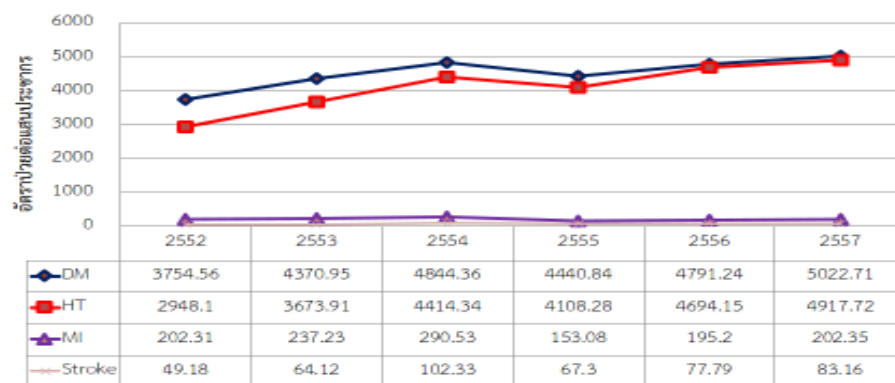
ร้อยละของกลุ่มปกติ เสี่ยง สงสัยรายใหม่ จากการคัดกรอง
DM /HT ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2557



ที่มา HDC : NCD โรคเรื้อรัง

ภาพที่ 3 ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM HT) จังหวัดกาฬสินธุ์แยกเป็น
กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยรายใหม่ปี พ.ศ. 2557

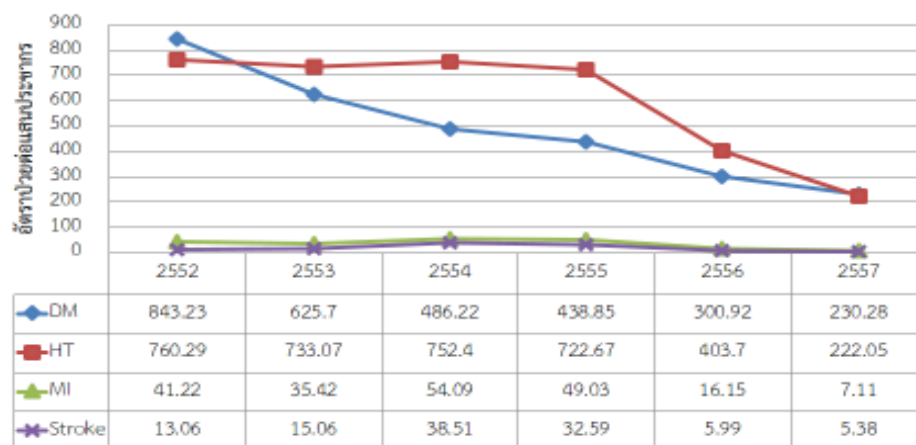
**อัตราความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์
ปี 2555-2557**



ที่มา : provis ฐานข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์

ภาพที่ 4 อัตราความชุกต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM HT MI Stroke COPD) จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2552-2557

**อัตราอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์
ปี 2552-2557**



ที่มา : provis ฐานข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์

ภาพที่ 5 อัตราอุบัติการณ์ต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM HT MI Stroke) จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2552-2557

อำเภอ ห้วยเม็ก เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัด กาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 10 ตำบล มีประชากรทั้งสิ้น (ข้อมูลทะเบียนราษฎร 13 พฤษภาคม 2559) 49,266 คน ประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ข้อมูลด้านสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาล 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่งและ โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล 9 แห่ง การคมนาคมสะดวก ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ประมาณ 40 กิโลเมตร ทำให้ได้รับความเจริญของสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ได้กลายเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ จากข้อมูลสถานะสุขภาพอำเภอห้วยเม็ก ในปี 2559 มีการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่า มีการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป ครอบคลุมร้อยละ 98.78 พบผู้มีภาวะเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.43 และเบาหวานร้อยละ 7.56 ทั้งนี้ในปี 2549 – 2558 อำเภอห้วยเม็ก ได้เล็งความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อต้องการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย แต่ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สามารถลดลงได้ในระยะเวลาหนึ่ง และกลับมาเป็นปัญหาอีก ทั้งนี้เพราะโครงการต่าง ๆ ไม่สามารถสร้างความตระหนักให้กับประชาชนผู้มารับบริการ ที่จะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างยั่งยืนได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงประชากรกลุ่มดังกล่าว ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยกว่าร้อยละ 60 ส่งผลให้การจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งใน ปัจจุบัน นี้ สื่อโฆษณาในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจาก องค์กรผู้ผลิตสินค้าหรือผู้ขายสินค้าหันมาลงทุนทางด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์มากขึ้น โดยหวังว่าสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ของตนเองนั้นจะเข้าถึงใจของผู้บริโภคและทำให้ผู้บริโภคหันมาใช้สินค้าและบริการของตนมากขึ้นทำให้พฤติกรรมในการบริโภคของผู้คนเปลี่ยนไป จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น โรงพยาบาลห้วยเม็ก ได้ตระหนักถึงความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาในเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรค เบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7 , 12 และ 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เนื่องจากหากมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแล้วก็จะนำไปสู่การปรับพฤติกรรม การบริโภคได้ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งอาหารจัดเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสุขภาพอนามัยของมนุษย์ และเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของประชากรในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยเม็กต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรู้และ พฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับ ความรู้และ พฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรค เบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์หรือไม่

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรค เบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรค เบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
2. ความรู้ และอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ขอบเขตการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรค เบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7 , 12 และ 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์โดยเก็บข้อมูลในช่วงมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2559 ซึ่งสามารถแบ่งขอบเขตได้ดังนี้

1.ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ

จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

- 1.1 ด้านความรู้และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
- 1.2 ด้านการรับความรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาเฉพาะแหล่งข่าวสารด้านสาธารณสุข เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร/แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ โปสเตอร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข

1.3 ด้านการรับบริการสาธารณสุข ศึกษาถึงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

2. ขอบเขตด้านพื้นที่

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรค เบาหวาน หมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบล ห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ขอบเขตด้านเวลา

ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา คือ เดือน เมษายน 2559

นิยามศัพท์

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลต่อสุขภาพ หรือผลเสียต่อสุขภาพ

พฤติกรรมกำรบริโภคอาหาร หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกหรือการปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกรวิธี แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หมายถึง ข้อเท็จจริง ข้อมูล หรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ประชาชนในเขตภาษีเจริญ ได้จากการศึกษาค้นคว้า สังเกต และประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

อิทธิพลจากสื่อสารมวลชน หมายถึง การได้รับข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และโภชนาการของประชาชนในเขตภาษีเจริญจากสื่อต่างๆ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ และอื่นๆ สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

เจตคติในการบริโภคอาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องการบริโภคอาหารซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จนกลายเป็นความเชื่อของคน ซึ่งมีทั้งทางลบและทางบวก โดยจะเห็นได้จากพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนหมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปเมื่อวัดความดันโลหิตล่าสุดพบว่ามีความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก อยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หมายถึง ประชาชนหมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก

จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน และตรวจเลือด (Fasting plasma glucose (FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG)) แล้วพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนให้ความรู้และคำปรึกษาสำหรับประชาชนใน เขตพื้นที่ ตำบลห้วยเม็ก อำเภอยุเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางจัดทำโครงการส่งเสริมพฤติกรรมกรบรี โภคที่เหมะสมสำหรับประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอยุเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการวางแผนดำเนินงานหรือปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการส่งเสริมพฤติกรรมกรบรี โภคที่เหมะสมแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอยุเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
4. นำผลวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางศึกษาวิจัยประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับชุมชน
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อสุขภาวะในเขต พื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอยุเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ด้านอาหาร

กรอบแนวคิดของการศึกษา

ตัวแปรต้น (Independent Variable)

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ , อายุ,สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ, รายได้, ดัชนีมวลกาย

ปัจจัยแวดล้อม

- แหล่งความรู้สุขภาพผ่านช่องทาง/สื่อ
- การปฏิบัติตัวเมื่อ เจ็บป่วย
- ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
- ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคและ อธิพพลจากสื่อสารมวลชน

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. โรคเบาหวาน

ภาพที่ 6 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา ความรู้ พฤติกรรม และ ทักษะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน เบาหวาน เส้นเลือดในสมองและภาวะอ้วน ครั้งนี้เป็นการผู้ศึกษาใครรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง
4. แนวคิดการป้องกันโรค
5. แนวคิดการได้รับข้อมูลข่าวสาร
6. แนวคิดเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
7. แนวคิดเรื่องโรคเบาหวาน
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Concept about health behavior)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจเจกบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันเนื่องจากความเป็นปัจเจกบุคคล เช่น พันธุกรรมที่ต่างกันซึ่งเมื่อเกิดมาแล้วพันธุกรรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถดูแลและปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้มีความเชื่อ ความรู้ เจตคติ และทักษะต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคลย่อมมีสุขภาพดี และความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

1.ความหมายพฤติกรรม (health behavior)

จากการศึกษาของคาร์ลและคอบบ์ (Kals and Cobbs.1966,อ้างในสันติ ธรรมชาติ ,2545) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรค หรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการเด่นชัดด้วย อุบล เลี้ยววาริณ (2534 : อ้างใน www.ednet.kku.ac.th ออนไลน์ วันที่ 8 สิงหาคม 2554) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า การปฏิบัติใด ๆ ที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อ

ส่งเสริมสุขภาพ ให้แข็งแรงและป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยใช้เจ็บต่าง ๆ สุภัทร ชุประดิษฐ์ (กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ <http://eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm> ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (covert behavior) และภายนอก (overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ ว่าเกิดขึ้นพฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่นการเดินของหัวใจ การบีบตัวของกล้ามเนื้อพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือเป็นการกระทำ (action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นการไม่กระทำ (non action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำคือการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541 : 17 <http://www.eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm> ออนไลน์เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2554) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงกิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผล สมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้น กล่าวสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านทั้งสุขภาพ กาย ใจ อารมณ์ สังคมให้เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และการเกิดโรค

2. ขอบข่ายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการสังเกต การพูดคุย การสอบถาม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องมีการปลูกฝังตั้งแต่เด็กหรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีไปพร้อม ๆ กันทั้ง 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านความรู้ (cognitive domain) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้

หรือคิดพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ ความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้ทางสุขภาพ (health knowledge) เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงสาเหตุแห่งการติดเชื้อโรค ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะตนเอง เป็นต้น

2.2 ด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (affective domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงเจตคติของบุคคล เช่น ความสนใจ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การชอบหรือไม่ชอบรับประทานผัก การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยดีกว่าการรอให้ป่วยแล้วไปรักษา การออกกำลังกายจะช่วยให้อารมณ์แจ่มใสขึ้นก็สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ได้หรือในด้านลบบางคนอาจคิดว่าการออกกำลังกายทำให้เหนื่อยและเสียเวลา

2.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) คือพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายหรือการกระทำที่สังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการปฏิบัติทางสุขภาพ (Health practice) เช่นการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังออกจากห้องน้ำ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อก การพักผ่อนให้เพียงพอการนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากพฤติกรรมทั้งสามด้านจะเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้นต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินเป็นนิสัยหรือเรียกว่าสุขนิสัย (Health habit)

3.ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

3.1.1 พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การใช้เข็มขัดนิรภัยการสวมหมวกกันน็อก การขับรถให้ถูกกฎจราจร การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

3.1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ควบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

3.2 พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior)

พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ ว่าร่างกายเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่แพทย์จะ วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไร และค้นหา แนวทางแก้ไขตามสภาวะการณ์ เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลยคอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

3.3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior)

การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสังคบน้ำสมุนไพร สูดกลิ่นหอม อาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างสุขภาพดี ปราศจากโรคโดยให้ทุกคนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อย่างถูกต้อง เหมาะสม จึงรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามแนวทาง 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์แจ่มใส อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และ ลด ละ เลิก อบายมุข ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติคือ

1. ออกกำลังกาย การออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์ไม่น้อยกว่า 3 วันและอย่างน้อยใช้เวลา 20-30 นาที

2. อาหารปลอดภัย การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารให้ได้สารอาหาร ที่มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อร่างกายในแต่ละวันให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน และการบริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสม เพียงพอกับความ ต้องการในแต่ละวัยเพื่อพัฒนาการที่สมบูรณ์

3. อารมณ์แจ่มใส การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ คลายความเครียด

4. อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพ การหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะนำโรค การใช้วัสดุที่ย่อยสลายง่าย

5. อโรคยา หมายถึง การไม่มีโรค การปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ สามารถทำได้จากการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค เช่น เชื้อโรคต่าง ๆ โดยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อบางชนิด การตรวจสุขภาพประจำปี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น

6. อบายมุข หมายถึง หนทางที่นำไปสู่ความเสื่อมเสีย เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินตามหลักพระพุทธศาสนา อบายมุข 6 ประกอบด้วย การดื่มน้ำเมา การเที่ยวกลางคืน เป็นต้น รวมถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและปัญหาสังคมด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความหมายของความรู้

ความรู้ เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้ สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลจะมีความรู้ ความเข้าใจอันดีก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแค่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้

ไพศาล หวังพานิช (2526) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

Bloom (1988: 201) กล่าวถึง ความรู้ว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ของรู้นั้นอยู่ในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่

จากความหมายความรู้ดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ความรู้ (Knowledge) คือข้อเท็จจริงต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับรู้จากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต และมีการสะสมไว้ สามารถจำได้ โดยอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยา

ความรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง เรื่องราว รายละเอียด เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง โดยจะศึกษาในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การป้องกันโรค ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากการ เรียนรู้ ประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การที่บุคคลจะสะสมไว้ และสามารถนำไปใช้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผล ขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะทางสติปัญญา

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง

สมชาย สุพันธุ์วิช (2519) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยว่า จุดประสงค์ของการส่งเสริมสุขภาพอนามัยนั้น ก็เพื่อ จะสร้างและผดุงไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกายและ จิตใจให้สมบูรณ์ที่สุด

มัลลิกา มติโก (2525) ได้ให้ความหมายอย่างชัดเจนว่า การส่งเสริมสุขภาพอนามัย หมายถึง พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อสามารถอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุข โดยพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ อีกนัยหนึ่ง หมายถึง การบำรุงรักษาร่างกายให้มีการกินดีอยู่ดี ซึ่งหมายรวมถึงการมีที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศถ่ายเท สะดวก ไม่มีมลพิษในสภาพแวดล้อม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีการออกกำลังกายอยู่เสมอ รู้จักรักษาสุขภาพอนามัยตนเอง รักษาความสะอาดร่างกาย

1. ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง จะหมายรวมถึงการดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพดี ตลอดจน วิธีการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้หลายคน คือ องค์การอนามัยโลก (1988 อ้างถึงใน สุวัจน์ เทียนทอง , 2536) ได้นิยามไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกชน ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมการตัดสินใจในเรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพครอบคลุมถึง การรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค

สมทรง รัชย์เผ่า (2533 อ้างถึงใน วนิดา วิระกุล , 2534) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกชน ครอบครัวและชุมชนรวมถึง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

2.รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2533) ได้เสนอรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองขั้นปฐมภูมิ (Primary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในบริบทโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งนักสาธารณสุขควรช่วยส่งเสริม โดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลตนเองที่ดีอยู่แล้วและแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้าย

2. การดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยภูมิ (Secondary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพโดยสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเน้นกิจกรรมมุ่งให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง ให้กับผู้ป่วย และญาติพี่น้อง

สุมน สุตะชะ (2530) แบ่งองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ ในเรื่องการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น การรักษาสุขภาพจิตและการปรับตัวเมื่อเผชิญกับความเครียด

2. การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลตนเอง เรื่อง การออกกำลังกาย นอนหลับ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ผดุงรักษาภาวะสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายหลังการเจ็บป่วย

แนวคิดการป้องกันโรค

การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคต่างๆ ได้ มีผู้แบ่งระดับการป้องกันโรคไว้หลายท่าน โดยแบ่งคล้าย ๆ กัน เช่น ไพบูลย์ โล

สุนทร, 2524 ได้แบ่งระดับการป้องกันโรคไว้ 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคขั้นที่หนึ่ง ระยะที่ยังไม่เกิดโรคขั้นที่สองเป็นการป้องกันเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว ขั้นที่สาม เป็นการป้องกันในระยะที่มีความพิการ สมชาย สุพันธุ์วนิช (2525) ได้แบ่งการป้องกันโรคเป็น 2 ระยะ คือ 1. ระยะก่อนเกิดโรค เรียกว่า การป้องกันปฐมภูมิ 2. ในระยะเกิดโรค เรียกว่า การป้องกันทุติยภูมิ ดังนั้นระดับการป้องกันโรคจึงสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. การป้องกันในระยะก่อนเกิดโรค คือ เป็นการป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น เป็นการป้องกันโรคล่วงหน้าดีกว่าปล่อยให้เกิดโรคแล้วทำการรักษาภายหลัง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยแล้วยังเป็นผลกระทบต่อเศรษฐกิจด้วย

2. การป้องกันในระยะเกิดโรค แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

การป้องกันทุติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะเมื่อเกิดโรคแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาทันที

การป้องกันตติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะที่มีความพิการหรือโรคเป็นมาก การป้องกันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความพิการของโรค การป้องกันในระยะนี้ ถือว่าเสี่ยงอันตรายและได้ผลน้อยกว่าการป้องกันในระยะแรก

เนื่องจากการป้องกันโรคในระยะที่สอง คือ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้นเป็นการป้องกันโรค เมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น ดังนั้นการศึกษาเฉพาะการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ หรือการป้องกันโรคในขั้นที่หนึ่งเท่านั้น

แนวคิดการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลต้องการข้อมูลในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนอกจากนี้ข่าวสารยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เปิดรับมีความทันสมัย สามารถปรับตัวเข้ากับ

สถานการณ์ในโลกปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม บุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านมาสู่ตน แต่จะเลือกรับเพียงบางส่วนที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน ดังนั้นข่าวสารมักถูกเลือกอยู่ตลอดเวลา

อนัญญา สวณศักดิ์ (2547) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลยังเปิดรับข่าวสารและมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารมากเท่าใด ก็ยิ่งมีความรู้และเท่าทันสภาวะแวดล้อมมากขึ้นเป็นเงาตามตัว และข่าวสารที่ลดความไม่รู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกนั้นเป็นเครื่องช่วยในการตัดสินใจ ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความคิดและแก้ปัญหาต่าง ๆ

ในกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารในสังคมนั้น จำเป็นต้องมีองค์ประกอบของการสื่อสารครบทั้ง 3 ประการ คือ มีแหล่งกำเนิดข่าวสาร ข่าวสาร และจุดหมายปลายทาง แหล่งกำเนิดข่าวสารมีลักษณะเป็นนามธรรม คือที่มาของข่าวสารที่มีสื่อมวลชนทำหน้าที่บันทึกหรือเป็นผู้นำวัสดุดิบมาเปลี่ยนเป็นรูปของข่าวสารไปสู่จุดหมาย คือผู้รับข่าวสาร เนื่องจากการสื่อสารมีลักษณะเป็นกระบวนการ จึงสามารถพิจารณาได้เสมือนระบบหนึ่ง ซึ่งสรุปไว้ ดังนี้ (อ้างถึงใน ชวนพิศ วีระวงษ์ นุสร, 2547)

1. แหล่งข่าวสารหรือผู้ส่งสาร เป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสาร หมายถึงแหล่งกำเนิดของสารหรือผู้เลือกข่าวสารเกี่ยวกับความคิดเห็น เหตุการณ์ต่าง ที่เกิดขึ้นแล้วส่งต่อไปยังผู้รับสาร
2. สาร หมายถึง สิ่งที่ทำหน้าที่ กระตุ้นความหมายให้กับผู้รับ เป็นเรื่องราวสาระที่ส่งออกไปจากผู้ส่งสารถึงตัวผู้รับสาร ต้องมีการวิเคราะห์ เนื้อหาของสาร ซึ่งหมายถึงข้อความที่ผู้ส่งสารใช้สื่อความหมายที่ต้องการ
3. ช่องทางสำหรับส่ง สารหรือสื่อเป็นสิ่งที่พาสารจากผู้ส่งไปยังผู้รับ
4. รับรู้สาร หมายถึง ผู้รับข่าวสารจากแหล่งสาร บทบาทของผู้รับ มี 3 ร คือ รับสาร ถอดรหัส และตอบโต้ความหมาย

พรทิพย์ พิมลสินธุ์ (2529) ได้สรุปการเปิดรับสื่อของผู้รับสาร ว่าผู้รับสารเลือกเปิดรับสื่อตามลักษณะดังนี้

- 1.เลือกรับสื่อที่จัดหามาได้ มนุษย์จะใช้ความพยายามเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น อะไรที่หาได้ยากจะไม่ได้รับการเลือก ผู้รับสารจะเลือกสื่อที่ไม่ต้องใช้ความพยายามมาก เช่น ชาวชนบทมักนิยมรับวิทยุกระจายเสียง
2. เลือกสื่อที่สอดคล้อง กับความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ทักษะของตน เช่น นักศึกษามักอ่านหนังสือพิมพ์ที่ให้ข่าวสารวิชาการมากกว่าข่าวชาวบ้าน
3. เลือกสื่อที่ตนสะดวก แต่ละคนจะมีพฤติกรรมการรับสื่อที่แตกต่างกันตามที่ตนสะดวก เช่น บางคนชอบอ่านหนังสือในห้องสมุด บางคนชอบฟังวิทยุขณะขับรถ เป็นต้น
4. เลือกสื่อตามความเคยชิน ปกติคนกลุ่มหนึ่งในทุกสังคมจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงการ

รับสื่อที่ตนเคยรับอยู่ซึ่งมักจะพบกับคนอายุมาก เช่น เคยฟังวิทยุประจำจะไม่สนโทรทัศน์

5. ลักษณะเฉพาะของสื่อ จากข้างต้นทั้ง 4 ข้อ เป็นความต้องการของผู้รับสารเป็นหลัก แต่ในข้อนี้กลับเป็น คุณลักษณะ ของสื่อที่มีผลต่อการเลือกรับ เช่น หนังสือพิมพ์ ให้รายละเอียด ดีกว่า ราคากว่า

โดยสรุป กระบวนการในการเลือกรับข่าวสาร ประกอบด้วยการเลือกเปิดรับ การเลือก ให้ความสนใจโดยมักเลือกตามความคิดเห็น ความสนใจของตน เพื่อสนับสนุน ทรรศนะเดิมที่มีอยู่ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจ เพื่อไม่ให้เกิดความไม่สมดุลทางจิตใจ การ เลือกรับรู้และตีความหมาย การเลือกจดจำ โดยเลือกจดจำข่าวสารเฉพาะส่วนที่ตรงกับ ความสนใจ ความต้องการ ทรรศนะ ฯลฯ ของตน ซึ่งปัจจัยของผู้รับสารที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเลือก ได้แก่ ความต้องการ ทรรศนะ ค่านิยมเป้าหมาย ความสามารถ เช่น ภาษา การใช้ประโยชน์ วิธีในการ สื่อสาร ซึ่งหมายถึงสถานที่ บุคคลและเวลาที่อยู่ในสถานการณ์สื่อ สารและนิสัย ประสบการณ์ โดย บุคคลจะทำการเปิดรับข่าวสารอยู่ 3 ลักษณะ คือ จากสื่อมวลชน สื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ

แนวคิดเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

คำนิยาม

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic bloodpressure, SBP) > 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) > 90 มม.ปรอท

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP > 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (SBP > 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP > 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต อัตโนมัติพบว่าไม่สูง (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (SBP < 140 มม.ปรอทและ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าสูง (SBP > 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP > 85 มม.ปรอท)

การวัดความดันโลหิต

บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกฝนในการวัดความดันโลหิตให้ถูกต้อง

1. การเตรียมผู้ป่วย

ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัด 30 นาที พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท้า 2 ข้าง วางราบกับพื้น หามันงไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัด แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

2. การเตรียมเครื่องมือ

ทั้งเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (mercury sphygmomanometer) และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic blood pressure measurement device) จะต้องได้รับการตรวจสอบมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ และใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย กล่าวคือ ส่วนที่เป็นถุงลม (bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับผู้ใหญ่ทั่วไป ซึ่งมีเส้นรอบวงแขนยาวประมาณ 27-34 ซม. จะใช้ arm cuff ที่มีถุงลมขนาด 16 ซม. x 30 ซม.

3. วิธีการวัด

การวัดความดันโลหิตนิยมกระทำ ที่แขนซึ่งใช้งานน้อยกว่า (non-dominant arm) พัน arm Cuff ที่ดันแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งจะมีเครื่องหมายวงกลมเล็ก ๆ ที่ขอบให้วางอยู่บนหลอดเลือดแดง brachial ให้ประมาณระดับ SBP ก่อนโดยการคลาบีบลูกยาง (rubber bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลาชีพจรที่หลอดเลือดแดง brachial ไม่ได้ ค่อย ๆ ปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดแก้ว ลดระดับลงในอัตรา 2-3 มม.ปรอท/วินาที จนเริ่มคลาชีพจรได้ถือเป็นระดับ SBP คร่าว ๆ วัดระดับความดันโลหิตโดยการฟัง ให้วาง bell หรือ diaphragm ของ stethoscope เหนือหลอดเลือดแดง brachial แล้วบีบลูกยางจนระดับปรอทเหนือกว่า SBP ที่คลาได้ 20-30 มม.ปรอท แล้วค่อย ๆ ปล่อยลมออก เสียงแรกที่ได้ยิน (Korotkoff sound phase I) จะตรงกับ SBP ปล่อยระดับปรอทลงจนเสียงหายไป (Korotkoff sound phase V) จะตรงกับ DBP ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกัน และทำเดียวกัน นาผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด หากพบผลจากการวัดสองครั้งต่างกันมากกว่า 5 มม.ปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง

ในการวัดความดันโลหิตครั้งแรก แนะนำ ให้วัดที่แขนทั้งสองข้าง หากต่างกันเกิน 20/10 มม.ปรอท จากการวัดซ้ำ หลาย ๆ ครั้ง แสดงถึงความผิดปกติของหลอดเลือด ให้ส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ หากความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 10 จะมี SBP ของแขนสองข้างต่างกัน > 10 มม.ปรอทได้ การติดตามความดันโลหิตจะใช้ข้างที่มีค่าสูงกว่า สำหรับในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือในรายที่

เมื่อการหน้ามีเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดความดันโลหิตในท่ายืนด้วย โดยวัดความดันโลหิตในท่านอน หรือนั่งหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำ อีก 2 ครั้งหลังยืนภายใน 1 และ 3 นาที

หาก SBP ในท่ายืนต่ำกว่า SBP ในท่านั่งหรือนอนมากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension การตรวจหาภาวะนี้จะมีผลความไวขึ้นหากเปรียบเทียบ SBP ในท่านอน กับ SBP ในท่ายืน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก

| Category | SBP (มม.ปรอท) | | DBP (มม.ปรอท) |
|--------------------------------------|------------------|----------|------------------|
| Optimal | < 120 | และ | < 80 |
| Normal | 120-129 | และ/หรือ | 80/84 |
| High normal | 130-139 | และ/หรือ | 85-89 |
| Grade 1 hypertension (mild) | 140-159 | และ/หรือ | 90-99 |
| Grade 2 hypertension (moderate) | 160-179 | และ/หรือ | 100-109 |
| Grade 3 hypertension (severe) | > 180 | และ/หรือ | > 110 |
| Isolated systolic hypertension (ISH) | > 140 | และ | < 90 |

การวัดความดันโลหิตโดยผู้ป่วยเองที่บ้าน โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (self หรือ home blood pressure monitoring, HBPM)

1. ใช้ในการตรวจหาผู้ป่วยที่เป็น isolated office hypertension หรือ WCH และ MH
2. แนะนำให้ใช้ติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตทุกราย ถ้าเป็นไปได้
3. การเตรียมผู้ป่วยและเครื่องมือ
4. ต้องมีการแนะนำผู้ป่วยถึงการใช้เครื่องมือดังกล่าวอย่างเหมาะสม พร้อมกับทำการบันทึกค่าที่วัดได้

5. แนะนำให้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ชนิดวัดที่ต้นแขนและได้รับการรับรองมาตรฐาน

6. ไม่แนะนำให้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ชนิดวัดที่ปลายนิ้วหรือที่ข้อมือ ยกเว้นในกรณีที่การวัดความดันโลหิตที่ต้นแขนหาได้ยากลำบาก เช่น ในผู้ป่วยที่อ้วนมาก

7. แนะนำให้วัดความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง โดยวัดในช่วงเช้ามืดก่อนรับประทานยา ลดความดันโลหิต 2 ครั้ง และช่วงเย็นอีก 2 ครั้ง (รวมวันละ 4 ครั้ง) เป็นเวลา 3-7 วันก่อนพบแพทย์ ให้ตัดค่าที่วัดได้ในวันแรกออก และคำนวณค่าเฉลี่ยจากค่าที่เหลือทั้งหมด แล้วนำ ผลดังกล่าวไปใช้ในการตัดสินใจเริ่มหรือปรับเปลี่ยนการรักษา

8. ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ที่บ้านจากเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติจะต่ำกว่าค่าที่วัดได้ที่สถานพยาบาล ประมาณ 5 มม.ปรอท จึงควรถือว่าความดันโลหิตผิดปกติเมื่อ SBP > 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP > 85 มม.ปรอท

9. ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยปรับขนาดยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง

10. แนะนำให้หุ้ดวัดความดันโลหิตที่บ้านถ้าการวัดนี้ก่อให้เกิดความกังวลต่อผู้ป่วย การวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติชนิดพกพา (ambulatory blood pressure monitoring, ABPM)

1. เนื่องจากเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาที่ใช้ใน ABPM ยังมีราคาสูงมาก และไม่มีใช้แพร่หลายในประเทศไทย ในปัจจุบันเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดนี้ส่วนใหญ่มีใช้ในโรงเรียนแพทย์เพียงบางแห่งเท่านั้น ดังนั้นจึงเหมาะกับการใช้ในงานวิจัย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงเรียนแพทย์เท่านั้น

2. ข้อมูลจาก ABPM สัมพันธ์กับการเกิด target organ damage (TOD) ใกล้เคียงกับ HBPM แต่ดีกว่าการวัดความดันโลหิตในโรงพยาบาล

3. ข้อดีของ ABPM เหนือ HBPM คือสามารถได้ข้อมูลความดันโลหิตในช่วงที่ผู้ป่วยหลับและสามารถใช้ประเมินความแปรปรวนของความดันโลหิต (BP variability)

ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อวัดความดันโลหิตได้ > 140/90 มม.ปรอท ให้วัดความดันโลหิตซ้ำใน 2 สัปดาห์หรือ HBPM หากสามารถทำได้ เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริง

2. หากผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงหรือมีร่องรอยของ TOD ให้เริ่มยาลดความดันโลหิตทันที โดยไม่ต้องรอการวัดซ้ำ

3. ขณะที่รอการยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงให้สังเกตตรวจหา TOD เช่น หัวใจห้องซ้ายล่างโต (left ventricular hypertrophy, LVH), โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD)

และความผิดปกติของจอตาจากโรคความดันโลหิตสูง (hypertensive retinopathy) และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD)

4. หากพบว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยมี TOD เช่น LVH, Albuminuria หรือ proteinuria ให้ส่งตรวจหาสาเหตุอื่นที่พาให้เกิด TOD

5. หากพบว่าความดันโลหิตยังเป็นปกติ ให้ติดตามวัดความดันโลหิตผู้ป่วยที่คลินิกอย่างน้อยทุกปี และอาจวัดความดันโลหิตถี่กว่านั้นหากความดันโลหิตที่คลินิกใกล้ 140/90 มม.ปรอท

6. ให้ส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญโดยเร็วที่สุด ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคหรือภาวะต่อไปนี้

6.1 Accelerated หรือ malignant hypertension ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต > 180/110 มม.ปรอท ร่วมกับตรวจพบเลือดออกที่จอตา (retinal hemorrhage) และ/หรือข้อประสาทตาบวม (papilledema)

6.2 Pheochromocytoma เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น ชีด และเหงื่อแตก หรือตรวจพบ labile หรือ postural hypotension

7) พิจารณาการตรวจพิเศษในผู้ป่วยที่มีอาการและสิ่งตรวจพบที่เข้าได้กับโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (secondary hypertension)

ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนี้

1. อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิต เท่ากับ 120/70 มม.ปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิต อาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 เท่าเดิมก็ได้

2. เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน ตัวอย่างเช่น ในตอนเช้าความดันซิสโตลิกอาจจะวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น

3. จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน

4. เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

5. พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติ ในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

6. สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท

7. ปริมาณเกลือ ผู้ที่รับประทานเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่รับประทานเกลือน้อย ตัวอย่างเช่น ชาวญี่ปุ่นตอนเหนือรับประทานเกลือมากกว่า 27 กรัม/วัน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึง 39% ส่วนชาวญี่ปุ่นตอนใต้รับประทานเกลือวันละ 17 กรัม/วัน เป็นมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียง 21%

ระดับความรุนแรง

ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140-159/90-99 มม.ปรอท

ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160-179/100-109 มม.ปรอท

ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180/110 มม.ปรอท ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

| | systolic blood ressure (มม.ปรอท) | | diastolic blood pressure (มม.ปรอท) |
|----------------------|-------------------------------------|------|---------------------------------------|
| ความดันเลือดปกติ | < 120 | และ | < 80 |
| Pre-hypertension | 120 – 139 | หรือ | 80 – 89 |
| Stage 1 Hypertension | 140 – 159 | หรือ | 90 - 99 |
| Stage 2 Hypertension | ≥ 160 | หรือ | ≥ 100 |

อาการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจจะพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ อาจมีอาการแน่นหน้าอกหรือนอนไม่หลับ

ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกันคือ

กรณีที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรงได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือ หลอดเลือดในสมองแตก

กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตันเช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ หลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจ วายถึง 60-75 % เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก 20-30 % และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง 5-10 %

ภาวะแทรกซ้อน

1. หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวและถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องผนังหัวใจจะยืดยาวและเสียหาย ทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายได้ในที่สุด
2. อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ ถ้าเป็นเรื้อรัง อาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง
3. เลือดอาจไปเลี้ยงไตไม่พอ เนื่องจากหลอดเลือดเสื่อม ทำให้ไตวายเรื้อรังและภาวะไตวายจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีก
4. หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงอย่างช้าๆ อาจมีเลือดที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไปสู่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้ได้ในระยะยาวถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสรุปดังตารางที่ 2 ดังนั้นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำ เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยทุกราย

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

| วิธีการ | ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต |
|---|---|
| ลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI ≥ 25 กก./ม. ² | ทุก ๆ BW ที่ลดลง 1 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 1 มม.ปรอท โดยรวมการลด BW 10 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 5-20 มม.ปรอท |
| การรับประทานอาหารแบบ DASH | SBP ลดลง 8-14 มม.ปรอท |
| การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มก. ต่อวัน | SBP ลดลง 2-8 มม.ปรอท |
| การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ | SBP ลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท DBP ลดลงเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท |
| การลดการดื่มแอลกอฮอล์ | SBP ลดลง 2-4 มม.ปรอท |

BMI = body mass index; BW = body weight; SBP = systolic blood pressure; DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; DBP = diastolic blood pressure.

หลักการใช้ยาลดความดันโลหิต

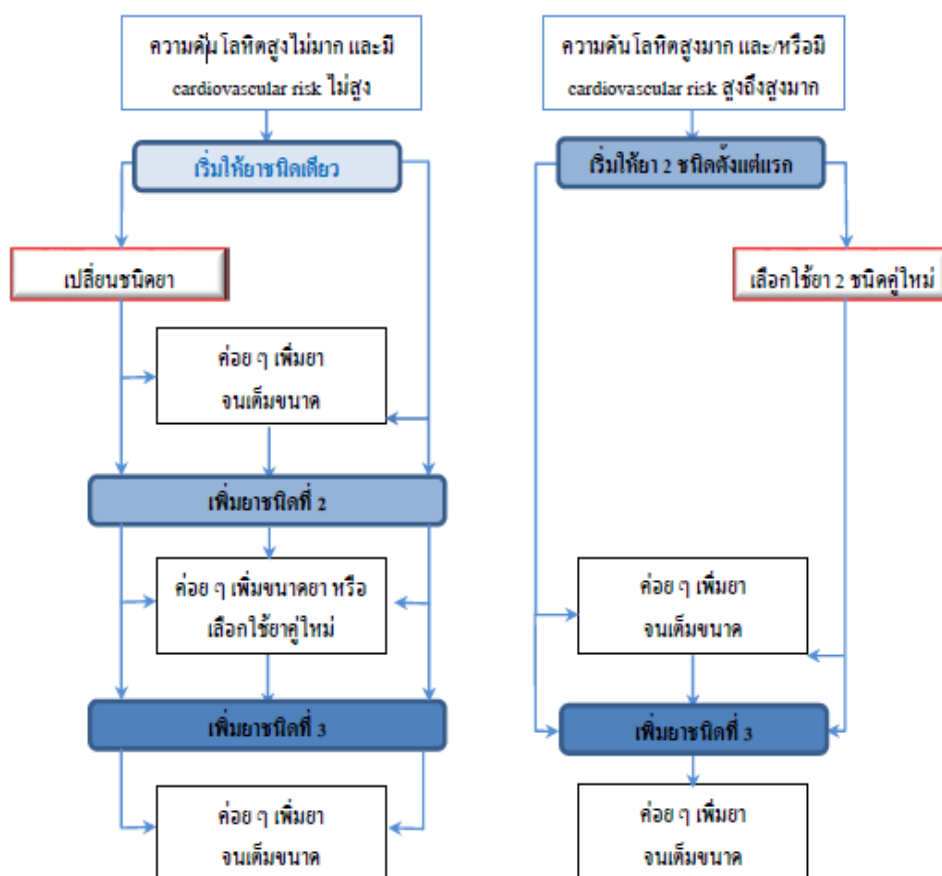
1. แพทย์ควรเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตเริ่มต้นจากยา 4 กลุ่มต่อไปนี้

- 1.1 Thiazide-type diuretics
- 1.2 Calcium channel blockers (CCBs)
- 1.3 Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs)
- 1.4 Angiotensin receptor blockers (ARBs)

สำหรับยา Alpha-blockers (ABs) ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาขนานแรก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต แต่สามารถใช้ ABs ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มหลักได้ ส่วน BBs จะไม่ใช่เป็นยาขนานแรก จะใช้ beta-blockers เป็นยาขนานแรก ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease, CAD) ผู้ป่วยที่เป็น acute coronary syndrome (ACS) ผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นเร็วผิดปกติ ผู้ป่วยที่อาจมีการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic มาก ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (ต้องเลือกจากยา BBs ที่แนะนำให้ใช้ได้ คือ bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate ชนิดออกฤทธิ์นาน หรือ nebivolol เท่านั้น) และควรเลือกใช้เป็นยาชนิดแรกในการรักษาความดันโลหิตสูงในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยในกรณีนี้ควรเลือกใช้จาก BBs ชนิดเดิม ๆ มากกว่าชนิดใหม่ ๆ และถ้าหากมีการตั้งครรภ์ก็ให้ปรับมาใช้ยาตามคำแนะนำ ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ สำหรับยาด้านระบบ renin-angiotensin-aldosterone (RAAS blockers) กลุ่มใหม่ คือ

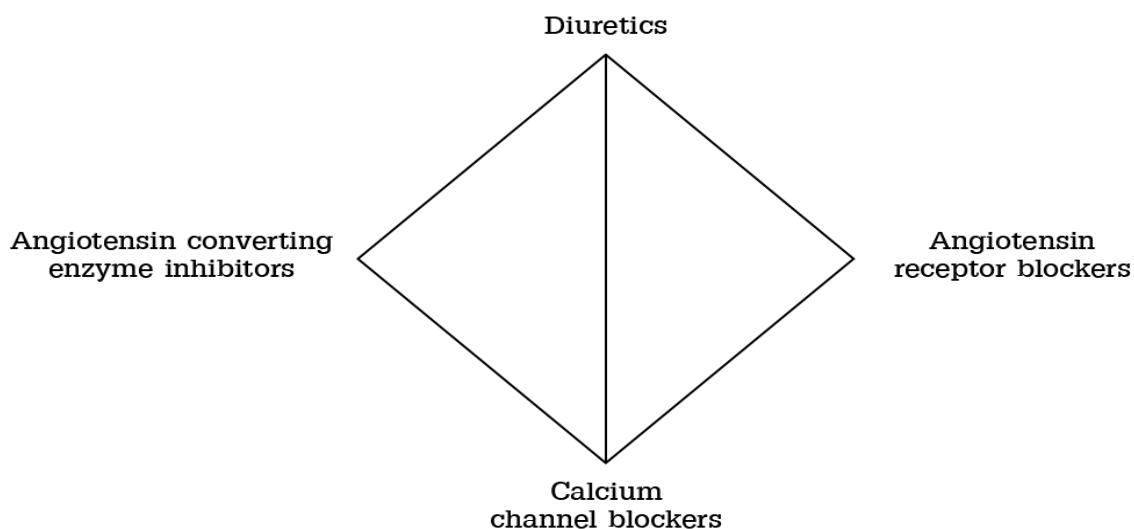
direct renin inhibitor (DRI) ยังไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาชนิดแรก ส่วนยาลดความดันโลหิตอื่น ๆ เช่น methyldopa, clonidine, reserpine มีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก และมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพในระยะยาวนาน้อย จึงแนะนำให้ใช้เป็นยาลำดับหลัง ๆ เพื่อเสริมฤทธิ์ของยากลุ่มหลักในผู้ป่วยที่ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้

2. ขบวนการกลุ่มมีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าเป็นประโยชน์ในระยะยาว กับผู้ป่วยบางกลุ่มในเรื่องของการลดอัตราเสียชีวิตและคุณภาพชีวิต จึงแนะนำให้พิจารณาใช้ยากลุ่มเหล่านี้ก่อน
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยากลุ่มใด ให้ใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างเป็นขั้นตอน ดังแผนภูมิที่ 2



ภาพที่ 7 แนวทางการเริ่มต้นรักษาและการปรับขนาดยาลดความดันโลหิต

ในการเลือกให้ยาชนิดที่ 2 หรือใช้ยาลดความดันโลหิต 2 ชนิดร่วมกันควรเลือกจากกลุ่มยาที่สามารถเสริมฤทธิ์กันได้ดี (แผนภูมิที่ 2) และไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับยาในกลุ่ม ARBs



ภาพที่ 8 การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตที่สามารถเสริมฤทธิ์กัน

4. ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่าง ๆ มีผลข้างเคียงที่จำเพาะและมากน้อยต่างกันจึงมีข้อห้ามหรือข้อควรระวังในการใช้ต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ

| ยา | ข้อห้ามใช้ | ยา | ข้อห้ามใช้ |
|--------------|---|------------|---|
| ACEIs, ARBs, | - ตั้งครรภ์ | Diuretics | - โรคเกาต์ |
| DRI | - หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ 2 ข้างหรือตีบข้างเดียวกรณีที่มีไตข้างเดียว | | - ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ |
| | - ระดับโพแทสเซียมในเลือด > 5.5 มิลลิโมล/ลิตร | ABs | - ภาวะหัวใจล้มเหลว |
| | - eGFR ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ภายใน 4 เดือน | Clonidine | - อาการที่เกิดจากการหยุดยาฉับพลัน (withdrawal syndrome) |
| | | Methyldopa | - ตับอักเสบ |
| BBs | - AV block (grade 2 หรือ 3) | CCBs | - ภาวะหัวใจล้มเหลว |
| | - โรคหอบหืด | | |
| | - โรคหลอดเลือดอุดตัน | | |
| | - โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย | | |

ACEIs = angiotensin converting enzyme inhibitors; ARBs = angiotensin receptor blockers; DRI = direct renin inhibitor; ABs = alpha-blockers; eGFR = estimated glomerular filtration rate; BBs = beta blockers; AV = atrioventricular; CCBs = calcium channel blocker.

Fixed-dose หรือ single-pill combinations

แนะนำให้เลือกใช้ยาลดความดันโลหิตสองชนิดที่รวมกันเป็นเม็ดเดียวในขนาดคงที่ (Fixed dose หรือ single-pill combination) มากกว่าการให้ยาสองชนิดรวมสองเม็ดเนื่องจากการลดจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวันจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่องนานขึ้น (improve adherence) และเพิ่มโอกาสที่จะคุมระดับความโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้มากขึ้น ในปัจจุบันได้มีการผลิตยา fixed-dose combination ของยา 2 ชนิดในขนาดต่าง ๆ อย่างหลากหลายทำให้มีความคล่องตัวในการปรับขนาดใดชนิดหนึ่งขึ้นหรือลดลงได้อย่างสะดวกสบาย โดยไม่ต้องเพิ่มหรือลดยาอีกชนิดหนึ่งตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการนำยาลดความดันโลหิต 3 ชนิดมารวมกันเป็น fixed-dose combination และมีขนาดต่าง ๆ กัน เพื่อให้ง่ายต่อการปรับยาอีกเช่นเดียวกัน (ปกติยาสูตรนี้จะใช้ยาที่ยับยั้งระบบ RAAS รวมกับ CCBs และ diuretics)

การรักษา white-coat hypertension และ masked hypertension

ในผู้ป่วย WCH ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น น่าจะให้การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยไม่ให้ยา แต่น่าจะมีการติดตามอย่างใกล้ชิด ส่วนในผู้ป่วย WCH ที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ หรือจากการที่มี asymptomatic TOD อาจจะให้ยาลดความดันโลหิตเสริมไปกับการปรับพฤติกรรม

ในผู้ป่วยที่มี “white-coat effect” กล่าวคือ ความดันโลหิตที่คลินิกสูงกว่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่า 20/10 มม.ปรอท ให้ใช้ความดันโลหิตที่บ้านในการติดตามการตอบสนองต่อการปรับพฤติกรรมหรือยาลดความดันโลหิต

ในผู้ป่วย MH น่าจะให้การรักษาทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และให้ยาลดความดันโลหิตไปด้วยกัน เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านการเกิด CVD สูงใกล้เคียงกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตสูงทั้งจากการตรวจในและนอกสถานพยาบาล (true hypertension)

การรักษาผู้ป่วย isolated systolic hypertension (ISH)

1. ควรเริ่มการรักษาด้วยยากกลุ่ม diuretics หรือกลุ่ม DHP CCBs ก่อน หากเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์จากยากกลุ่มหนึ่งให้เปลี่ยนเป็นยาอีกกลุ่มแทน
2. หากใช้ยาชนิดเดียวแล้วยังควบคุมความดันโลหิตให้อยู่เป้าหมายไม่ได้ ให้ใช้ Diuretics และ DHP CCBs ร่วมกัน
3. หากใช้ยา 2 ชนิดร่วมกันแล้วยังควบคุมความดันโลหิตให้อยู่เป้าหมายไม่ได้ หรือเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ให้พิจารณาเพิ่ม หรือทดแทนด้วยยากกลุ่มอื่น เช่น ABs, ACEIs, ARBs, BBs, central acting drugs หรือ non-DHP CCBs

Resistant hypertension

Resistant hypertension หมายถึง สภาวะที่ไม่สามารถควบคุมให้ระดับความดันโลหิตลงมาต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทได้ แม้ว่าผู้ป่วยได้ปรับพฤติกรรมและรับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว 3 กลุ่มในขนาดที่เพียงพอ โดยที่มียาลดความดันโลหิตหนึ่งชนิด เป็นยาในกลุ่ม Diuretics resistant Hypertension พบได้ประมาณร้อยละ 5-30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด และเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Cardiovascular และ renal events ได้มากเป็นพิเศษ แนวทางการรักษา Resistant hypertension มีดังต่อไปนี้

แพทย์ควรตรวจสอบว่าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอหรือไม่ , เป็น white coat Hypertension หรือไม่ และมีโรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิหรือไม่

แพทย์ควรตรวจสอบข้อมูลว่ามียาลดความดันโลหิตชนิดไหนบ้างที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ที่ไม่ค่อยมีผลในการลดความดันโลหิตหรือไม่ได้ผลเลย และยกเลิกยารายการนั้นออกจากรายการยาของผู้ป่วย และน่าจะพิจารณาให้ MRAs หรือ amiloride หรือ ABs เช่น doxazosin ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้

ส่วนการพิจารณาทำ renal denervation และ baroreceptor stimulation ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอว่าได้ประโยชน์

ข้อแนะนำอื่น ๆ

1. ให้ยาลดความดันโลหิตวันละครั้งหากเป็นไปได้
2. พิจารณาให้ BBs เป็นยาชนิดแรกในผู้ป่วยดังต่อไปนี้
 - 2.1 ผู้ป่วย CAD
 - 2.2 ผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ
 - 2.3 สตรีวัยเจริญพันธุ์
 - 2.4 ผู้ป่วยที่มีการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic
 - 2.5 ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีค่า ejection fraction ของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง
3. หากใช้ BBs เป็นยาชนิดแรกในการรักษา ยาชนิดที่ 2 ที่จะให้ร่วมควรเป็น DHP-CCBs มากกว่า diuretics เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

แนวคิดเรื่องโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานคืออะไร

คนปกติก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด 70-110 มก.% หลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชม.ระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มก.% ผู้ที่ระดับน้ำตาลสูงไม่มากอาจจะไม่มีอาการอะไร การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะทำได้โดยการเจาะเลือด

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดเนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลงเนื่องจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอยู่เป็นเวลานานจนเป็นโรคเรื้อรัง และก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดปัญหากับ ฟัน , เหงือก, ตา , ไต , หัวใจ และ หลอดเลือดแดง แต่สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ โดยการปรับอาหาร การออกกำลังกาย และยาที่เหมาะสม

ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM)
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM)
3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific types)
4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM)

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้าๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักจะพบการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนคือ พบระดับ ซี-เปปไทด์ (C-peptide) ในเลือดต่ำมาก และ/หรือ ตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนของเซลล์ไอส์เล็ต ได้แก่ Anti-GAD, islet cell utoantibody, IA-2

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรือมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบ

มากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่

โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้นๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบจากการทำ glucose tolerance test ในหญิงมีครรภ์ ซึ่งภาวะนี้มักจะหายไปหลังคลอด ในกรณีที่มียาระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยเบาหวานทั่วไปจากการตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์จะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วไป (สุทิน ศรีธัญญาพร, วรณิ นิธิยานันท์, 2548)

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ 126 มก./ดล.

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล > 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4. การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP certified and standardized to DCCT assay)

สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน เพื่อยืนยันรายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมากลูโคสสรุปไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับพลาสมากลูโคส

| | ปกติ | impaired fasting glucose (IFG) | impaired glucose tolerance (IGT) | โรคเบาหวาน |
|---|---------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------|
| พลาสมากลูโคสขณะ อดอาหาร, FPG (มก./ ดล.) | < 100 | 100 - 125 | - | > 126 |
| พลาสมากลูโคสที่ หลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม OGTT 2 hr- PG (มก./ดล.) | 2 < 140 | - | 140 - 199 | ≥ 200 |
| พลาสมากลูโคสที่เวลา ใดก็ตามในผู้ที่มีอาการ ชัดเจน (มก./ดล.) | | | | ≥ 200 |

ในประเทศไทย ยังไม่แนะนำให้ใช้ HbA1c สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยทั่วไป เนื่องจากยังไม่มี standardization และ quality control ของการตรวจ HbA1c ที่เหมาะสมเพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการตรวจยังค่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ค่า HbA1c 6.0-6.4% จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคเบาหวาน 25-50% สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.

อาการของโรคเบาหวาน

อาการและอาการแสดงของโรคเกิดขึ้นเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ นั่นเอง โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ ดังนี้

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 180 mg %) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ ทำให้แรงดัน osmotic ของปัสสาวะสูงขึ้น renal tubule จึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมาก และบ่อยครั้ง (ภาวนา กิริติวุตม์, 2544)

2. กระหายน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมากจึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (Thirst center) จะถูกกระตุ้น ทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก (ภาวนา กิริติวุตม์, 2544)

3. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมาก แต่น้ำหนักลด (ภวานา กิริติยติวงศ์, 2544)

4. น้ำหนักลด (weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถ นำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมัน และโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังเกิดภาวะ negative nitrogen balance และเกิด ketosis ได้ (Birch & Greear, 1997 อ้างถึงใน จิรากร กันบุญ, 2547)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (ปิติพร รัตนวิบูลย์, 2552) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มากกว่า 250 mg/dl ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยจะมีอาการหิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย หอบลึก ซึม หมดสติ ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเกิดอาการชักกระตุกเฉพาะที่ ซึมหมดสติได้ โดยเฉพาะเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 600 mg/dl (ปิติพร รัตนวิบูลย์, 2552)

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 mg/dl อาการขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือดลดลงรวดเร็วหรือไม่ ผู้ป่วยจะมีอาการตัวสั่น มือสั่น เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว มึนงง หมดสติได้ หากมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อย ๆ ผู้ป่วยอาจหมดสติโดยไม่มีอาการเตือนล่วงหน้าได้ (ปิติพร รัตนวิบูลย์, 2552)

2. โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคของหลอดเลือดตีบ โดยพบว่าถ้าควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้หลอดเลือดหนาตัว ซึ่งหลอดเลือดเหล่านี้ไปหล่อเลี้ยงทุกอวัยวะในร่างกาย เมื่อเส้นเลือดตีบจึงเกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาโดยแบ่งออกเป็นปัญหาแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก และปัญหาแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ดังนี้ (ปิติพร รัตนวิบูลย์, 2552)

2.1 โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ที่สำคัญได้แก่ โรคแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน และโรคระบบประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน (ปิติพร รัตนวิบูลย์, 2552)

2.1.1 โรคแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เกิดหลอดเลือดที่ตาตีบลงจอประสาทตาขาดเลือด ร่างกายพยายามสร้างหลอดเลือดใหม่ทดแทน ซึ่งเส้นเลือดเหล่านี้เปราะแตกง่าย ทำให้ผู้ป่วยตาบอดโดยไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า (ปิติพร รัตนวิบูลย์, 2552)

2.1.2 โรคไตจากเบาหวาน เกิดจากเส้นเลือดฝอยที่ไตมีความเปลี่ยนแปลง หนาตัวขึ้น และมีโปรตีนรั่วออกมา ทำให้ไตเสื่อมลงในที่สุด จนอาจนำไปสู่โรคไตวายเรื้อรัง (ปิติพร รัตนทวีบุญ, 2552)

2.1.3 โรคระบบประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน เลือดที่ไปเลี้ยงที่เส้นประสาทเล็ก ๆ ดิบตัวลง ทำให้เส้นประสาทเหล่านี้เสียหายที่ไป เกิดอาการชาตามปลายเท้าและปลายมือเหมือนใส่ถุงมือถุงเท้า อยู่ตลอดเวลา บางทีก็จะมีความรู้สึกเจ็บเหมือนเข็มทิ่ม หากมีปัญหาระบบประสาทอัตโนมัติด้วย อาจทำให้ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะออกได้ไม่หมด เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย ท้องอืดอาหารไม่ย่อย ท้องเสียถ่ายบ่อย ลูกขึ้นเร็วหน้ามืดเวียนศีรษะ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจน เวลากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ปิติพร รัตนทวีบุญ, 2552)

2.2 โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ที่สำคัญได้แก่ โรคเส้นเลือด หัวใจตีบ เส้นเลือดสมองตีบ และเส้นเลือดปลายเท้าตีบ (ปิติพร รัตนทวีบุญ, 2552)

2.3 โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยจะมีการเจ็บแน่นหน้าอกเหงื่อแตก ใจสั่นแต่ถ้า ผู้ป่วย ปัญหาด้านระบบประสาทอัตโนมัติแล้ว อาจไม่มีอาการเจ็บหน้าอกชัดเจน อาจมาด้วยอาการ เหนื่อยง่ายเวลาออกแรง ภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจทำงานแย่ลง และอาจเสียชีวิตเฉียบพลันได้ (ปิติพร รัตนทวีบุญ, 2552)

2.4 เส้นเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยจะมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเป็นอัมพาต อัมพาตได้ (ปิติพร รัตนทวีบุญ, 2552)

2.5 เส้นเลือดปลายเท้าตีบ ผู้ป่วยจะมีการปวดคน่องเวลาเดินไกล ๆ เท้าเย็น ขนที่ ขาวร่วง เหงื่อออกน้อย (ปิติพร รัตนทวีบุญ, 2552)

การดูแลรักษาโรคเบาหวาน เบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาจึงมุ่งที่จะลดลงหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยมีจุดประสงค์ที่สำคัญคือ ชะลออาการจากโรคเบาหวานและรักษาชีวิตให้ยืนยาว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียง ควบคุมการเผาผลาญอาหารให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานการรักษาโรคเบาหวาน แบ่งออกได้เป็น 4 วิธี

1. การควบคุมอาหาร หรือโภชนาบำบัด เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน (จิตติ สนับบุญ และวิทยา ศรีมาดา , 2545) การควบคุมอาหารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกัน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

2. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น ว่ายน้ำ วิ่ง เดินเร็ว ถีบจักรยาน เต้นแอโรบิก เทนนิส แบดมินตัน เป็นต้น ซึ่งเป็นการออก

แรงโดยอาศัยพลังงานที่เกิดจากการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญ ร่างกายจึงมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น และกลูโคสจะถูกใช้เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (วราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์, 2545)

การประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวาน การประเมินผลการควบคุมโรคเบาหวานสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีหรือไม่ ต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งเป็นการตรวจที่ทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้แก่

1. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting Plasma Glucose) วิธีนี้เป็นการตรวจหาระดับกลูโคสในเลือดดำ หลังจากงดอาหารประมาณ 8 ชั่วโมง เป็นวิธีที่เชื่อถือได้มาก และนิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีข้อดีหลายอย่างคือ

2. ค่าที่ได้ในแต่ละวันบอกความแตกต่างระหว่างคนปกติ และคนที่ เป็นโรคเบาหวานได้

3. ไม่มีผลกระทบต่ออายุ หรือกิจกรรม และมีผลจากปริมาณ แคลลอรี่ที่ได้รับเข้าไปครั้งสุดท้ายเพียงเล็กน้อยเป็นวิธีที่สะดวก การเตรียมตรวจง่าย ค่าที่ได้มีความสัมพันธ์กับลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาอื่น ๆ ของโรคเป็นอย่างดีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 60-110 mg% และถ้าสูงเท่ากับหรือมากกว่า 126 mg% ก็ค่อนข้างจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดควรทำอย่างน้อย 2 ครั้งก่อนการวินิจฉัยโรค เพื่อให้ได้ผลที่แน่นอน เพราะการตรวจบางครั้งอาจมีข้อผิดพลาด ทำให้ผลที่ได้บิดเบือนไปจากความจริง เช่น specimen สับกับของผู้อื่น การตรวจวิเคราะห์หบกพร่อง เตรียมผู้ป่วยไม่ดี หรือผู้ป่วยมีภาวะเครียด เป็นต้น

4. การตรวจวัดระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1c หรือ glycosylate hemoglobin) เป็นการตรวจซึ่งสามารถชี้บ่งถึงการควบคุมเบาหวานในระยะยาว เป็นดัชนีที่ดีในการวัดผลการควบคุมโรคโดยสะท้อนให้เห็นระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่เจาะเลือดออกมาตรวจเป็นการตรวจฮีโมโกลบินที่เกิดจากการรวมตัวของฮีโมโกลบินกับน้ำตาลกลูโคสและค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดในเวลา 4 -12 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เทพ หิมะทองคำ , 2543; ADA, 1998) เพราะค่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะจะเปลี่ยนแปลงประมาณ 4 สัปดาห์ค่าปกติ ขึ้นอยู่กับวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยปกติเม็ดเลือดแดงของคนประกอบด้วยฮีโมโกลบินต่างกัน ที่นิยมวัดกันในปัจจุบันคือการวัดค่ารวมของฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ในคนปกติที่ไม่ได้เป็นเบาหวานฮีโมโกลบินเอวันซีจะมีค่าประมาณ 4 – 6 % ของฮีโมโกลบินเอวันซีทั้งหมดถ้าฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่า 7% แสดงว่าควบคุมเบาหวานได้ 7 - 8% แสดงว่าควบคุมเบาหวานพอใช้ได้ ถ้ามากกว่า 8% ยังควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีเท่าที่ควร (เทพ หิมะทองคำ , 2543) ซึ่งการตรวจโดยวิธีนี้ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงไม่

ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 4-8 สัปดาห์

5. การวัดค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (glycosylate serum protien) หรือการวัดระดับฟรุกโตซามีน (fructosmine) เป็นค่าที่ได้จากการตรวจหาไกลโคสที่จับกับโปรตีนในเลือดจะบ่งบอกถึงการควบคุมโรคเบาหวานย้อนหลัง 1- 3 สัปดาห์ (โศภิตศศิ ปสาทรรัตน์ และคณะ, 2545, หน้า 309)

6. การตรวจปัสสาวะ เป็นวิธีที่ง่ายเสียค่าใช้จ่ายไม่สูงมากและสามารถตรวจได้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับการควบคุมอาหารของตนเอง แต่มีข้อเสียคือไม่สามารถบอกบอกระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยตรงเพราะการมีน้ำตาลในปัสสาวะจะเกิดตามหลังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และไม่สามารถบอกบอกระดับน้ำตาลในเลือดที่มีระดับต่ำได้ (วิทยา ศรีมาดา, 2545, หน้า 262)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประเมินการควบคุมโรคเบาหวานทางห้องปฏิบัติการโดยใช้การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (plasma glucose) เพราะ เป็นวิธีการที่สะดวกการเตรียมตรวจง่ายไม่มี ผลกระทบต่ออายุ หรือกิจกรรม และมีผลจากปริมาณแคลลอรีที่ได้รับเข้าไปครั้งสุดท้ายเพียงเล็กน้อย รู้ผลรวดเร็ว ทันทีหลังการตรวจ สามารถประเมินผลได้ทันทีและ เปรียบเทียบผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อน และหลัง การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบอย่างชัดเจนทำให้ผู้ป่วย เชื่อ และมั่นใจ ในความสามารถตนเองในการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหว ว่าตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จริง และนำไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกตินั้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการรับประทานยาหรือการฉีดยา อย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะทำให้ได้ผลหรือไม่ นั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่

1. เพศ เพศมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (Pender, 1996) ซึ่งเพศชายที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย รับประทานอาหารได้ดีกว่าเพศหญิง เพราะผู้ชายส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน มีโอกาสจะพบปะผู้คนที่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ได้มากกว่าผู้หญิง (สุนทรา หิรัญวรรณ, 2538)

2. อายุ อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพและมีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Pender,1996) อายุที่แตกต่างกันทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่แตกต่างกัน

ดั่งการศึกษาของขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีเป็น 2.03 เท่า

3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพโดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีจะมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปีเป็น 1.43 เท่า (ขนิษฐา นันทบุตร, 2546)

ชนิดของยาที่ได้รับเป็นชนิดรับประทาน แบ่งเป็นกลุ่มยารักษาอาการน้อย กลุ่มยารักษาอาการปานกลาง กลุ่มยารักษาอาการมาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่รวบรวมในการศึกษารั้งนี้ จะเน้นเฉพาะพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

Norton and WoZny (1984) ศึกษาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการควบคุมอาหาร โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง จะรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ สูงกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ และคนที่มีการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตัวเองมากกว่า

อุบล เลี้ยววาริณ (2534) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของปัจเจกบุคคลเป็นผลมาจากสังคม ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นสำคัญ และการศึกษาที่มีผลต่อการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะยิ่งขึ้น

พฤติกรรมการออกกำลังกาย

วิภา ไชยณรงค์ และคณะ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการทดลอง อายุ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 0.5 ส่วนระดับการศึกษาและลักษณะการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกาย

พิชัย พวงแก้ว (2547) ศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของภาคประชาชน ในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา พบว่าด้านการออกกำลังกาย ส่วนมากผู้หญิงทุกวัยจะออกกำลังกายทุกวัน ในตอนเย็น การเดินหรือวิ่งรอบสนาม จะมีทุกเพศทุกวัย แต่ส่วนมากจะเป็นผู้ชายวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่วนวัยรุ่นส่วนมากจะเล่นฟุตบอล ตรีกรี้อ วอลเลย์บอล อาทิตย์ละ 3-4 วัน หรือทุกวันในบางกลุ่ม

ผลงานวิจัยเกี่ยวกับภูมิปัญญากับการรักษาโรค

ปราณี รัตนสุวรรณและคณะ (2551) ได้ทำการวิจัยเชิงสังคมศาสตร์ เรื่อง “ภูมิปัญญาการใช้กระท่อมของหมอพื้นบ้านภาคใต้ของประเทศไทย” พบว่า จากการศึกษาวิจัยทางเอกสาร ในการศึกษาเชิงพื้นบ้าน การศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะจง โดยทำการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์การใช้กระท่อมในการรักษาผู้ป่วย ทั้งหมด 49 คน อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 61 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และแบ่งกลุ่มหมอพื้นบ้านที่มีใบประกอบโรคศิลปะและไม่มีใบประกอบโรคศิลปะซึ่งกว่าร้อยละ 50 มีประสบการณ์เป็นหมอพื้นบ้าน 21-30 ปี ผลจากการศึกษาพบว่า มีเอกสารในการอ้างอิง 3 เอกสาร โดยข้อมูลแหล่งความรู้เกี่ยวกับการใช้กระท่อมร้อยละ 71.4 ได้มาจากบรรพบุรุษ สำหรับที่มาของกระท่อมมาจากปลูกเอง ร้อยละ 48.98 และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำกระท่อมมาใช้รักษาโรคร้อยละ 95.9

ผลการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม โดยวิเคราะห์จากความถี่ของโรคที่หมอพื้นบ้านนิยมใช้กระท่อมรักษาโรค พบว่า มีการใช้กระท่อมรักษาอาการท้องร่วงมากที่สุด ร้อยละ 67.4

เบ้าหวานร้อยละ 63.3 แก้วปวดเมื่อยร้อยละ 32.7 รูปแบบที่ใช้มากที่สุดคือ การใช้ใบเถา คายากแล้วคั้นน้ำตาม และมีข้อห้ามกับคนที่ เป็นโรคหัวใจ ซึ่งกระท่อมในการรักษาโรคชนิดที่มีฤทธิ์ดี คือ ชนิดก้านแดง ส่วนอาการข้างเคียงที่พบในกระท่อม คือ ท้องผูก กลั้วฝน การใช้กระท่อมจึงนิยมใช้ร่วมกับใบชุมเห็ดเทศ และวิธีการรับประทานกระท่อมไม่ให้เสพติดคือ รูดเอาแต่ใบไม่เอาก้านและเมื่อเคี้ยว ห้ามกลืนกาก ถ้าติดแล้วให้ใช้ตำรับยาล้างพิษ นอกจากนี้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความเห็นให้มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเบ้าหวาน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานกับผู้ที่จะศึกษาถึงการบริหารรักษาโรคของหมอพื้นบ้านด้วยกระท่อมด้วยวิธีการใช้แบบที่ไม่เสพติดและวิธีการป้องกันและรักษาผู้ติดกระท่อม เพื่อให้มีการต่อยอดในเชิงวิทยาศาสตร์ที่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกอย่างจริงจัง เพื่อให้ความรู้เหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ทางยาต่อไป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

รุจิรา สายเพชร (2546) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเขตบริการ

สถานีอนามัยบ้านหนองหิน ตำบลสวนกล้วย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 65 คน ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะส่วนบุคคลและตัวแปรจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ แหล่งข่าวสาร ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตนด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ พานพรม (2546) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง 420 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยนำ Preceded Framework มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.8 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และการมีโรคประจำตัว

ชลดา พิหารย์ (2548) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี” “โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลในโรงพยาบาล จำนวน 244 คน จบปริญญาตรี มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อายุราชการ 6-10 ปี ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม แหล่งข้อมูลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ การจัดการความเครียด การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย การปฏิบัติเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การรับประทานอาหาร การใช้ยาและสารเสพติด ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยที่ปฏิบัติ อายุราชการ รายได้ จำนวนบุคคลที่ต้องบผิชอบเลี้ยงดู ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

วันเพ็ญ ใจทน (2549) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานไฟฟ้าส่วนภูมิภาค สำนักงานใหญ่” “โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานที่ปฏิบัติงานประจำ สำนักงานใหญ่ จำนวน 255 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและชายจำนวนใกล้เคียงกันสถานภาพสมรส อายุระหว่าง 41-50 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ภูมิลำเนาในกรุงเทพฯ และปริมณฑล มีตำแหน่งในระดับ 4-9 รายได้ 15,001 บาทขึ้นไป พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ อายุ โดยพนักงานที่มีอายุมากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่มีอายุน้อยกว่า พนักงานที่มีตำแหน่งสูงกว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่มีระดับตำแหน่งต่ำกว่า พนักงานที่มี

รายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่มีรายได้น้อยกว่า พนักงานที่สมรสแล้วจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าพนักงานที่เป็นโสด

สมศรี บุญจันทร์ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ มุสลิม” โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 185 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา อาชีพแม่บ้าน รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ตั้งครรภ์ที่ 1-2 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวระดับปานกลาง ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสูง มีความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรมต่อการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ ระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม คือ อายุและลำดับที่ของการตั้งครรภ์

พรรณทิพย์ หมื่นรักษ์ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15-59 ปี ตำบลหน้าถ้ำ จำนวน 330 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-44 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6 รายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน สรุปมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ รายได้และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

กิ่งดาว รัตนเวชชัยวิมล (2551) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการทางการแพทย์ กรณีศึกษา กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง “โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการทางการแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 200 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงและชายจำนวน ใกล้เคียงกัน อายุระหว่าง 31-50 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ระดับการศึกษาอนุปริญญาถึงปริญญาตรี มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 15,000 บาทต่อเดือน พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยมีระดับพฤติกรรมเหมาะสมสูงสุดทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ การ

สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความถี่ในการรับข้อมูลข่าวสาร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 หมู่บ้าน ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ศึกษาได้เสนอผลการศึกษา ตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
7. จริยธรรมในการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. แหล่งข้อมูล เป็นข้อมูลภาคสนามจะได้จากการจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่
2. ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 3 หมู่บ้าน โดยมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเข้าใจในการตอบแบบสอบถามอย่างมีเหตุผล
3. ขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด จำนวน 255คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการคำนวณจำนวนตัวอย่าง จากสูตร Taro Yamane (ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05) ดังนี้

$$N = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ N = ขนาดของประชากร (จากกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป รายเดือน)

E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง = 0.05

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จะได้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} N &= \frac{697}{1+(697)(.05)^2} \\ &= 254 \end{aligned}$$

4. การสุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่ง จำนวน 3 หมู่บ้าน ๆ ละ 85 คน เนื่องจากต้องการตัวแทนประชากรที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน เมษายน 2559 โดยแจกแบบสอบถามประชาชนกลุ่มเสี่ยงๆ หมู่บ้านละ 85 คน รวมทั้งหมด 255 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของอรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (2552) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข โดยแบ่งเนื้อหาและโครงสร้างแบบสอบถามเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอว โรคประจำตัว แหล่งความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และการมีโรคประจำตัวหรือมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมในช่องว่าง จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยมีลักษณะคำถามเป็นคำถามประเมินความรู้ ซึ่งผู้ ศึกษาใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของอรอดพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (2552) โดยแบบสอบถามจะ ให้เลือกตอบคำว่า “ใช่” “หรือ” “ไม่ใช่” เพียง 2 ตัวเลือกเท่านั้น จำนวน 20 ข้อ

ประเด็นคำถามประเมินความรู้

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ข้อที่ 1 – 10

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ข้อที่ 11 – 20

โดยผู้ศึกษา ได้แปลผลคะแนนหมวดความรู้ ซึ่งได้ประยุกต์จากแนวคิดการแบ่งระดับ

คะแนนแบบ Criteria Reference ของ Bloom ซึ่งมี 5 ระดับ คือ

| | | |
|---------------------|-------------|----------|
| ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ | คะแนนร้อยละ | 0 – 49 |
| ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ | คะแนนร้อยละ | 50 – 59 |
| ระดับปานกลาง | คะแนนร้อยละ | 60 – 69 |
| ระดับดี | คะแนนร้อยละ | 70 – 79 |
| ระดับดีมาก | คะแนนร้อยละ | 80 – 100 |

สำหรับการแปลผลคะแนนในการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของสิ่งที่ต้องการวัด โดยปรับเป็น 3 เกณฑ์ ดังนี้

| | | |
|---------------------|-----------------------|-----------|
| ระดับความรู้สูง | คะแนนมากกว่าร้อยละ | 80 ขึ้นไป |
| ระดับความรู้ปานกลาง | คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ | 60 – 80 |
| ระดับความรู้ต่ำ | คะแนนน้อยกว่าร้อยละ | 60 |

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก คะแนนมีค่าเป็น 1

ถ้าตอบผิด คะแนนมีค่าเป็น 0

ข้อที่ตอบว่า “ใช่” จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 , 2 , 4 , 6 , 7 , 8 , 9 , 11 , 12 , 15 , 16 , 19 และข้อที่ 20

ข้อที่ตอบว่า “ไม่ใช่” จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 5, 10, 13, 14, 17 และข้อที่ 18

โดยนำคะแนนทั้งหมดในส่วนที่ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน นำคะแนนทั้งหมดมาจัดระดับตามเกณฑ์ของ Bloom โดยกำหนดคะแนนดังนี้

| | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| ระดับความรู้สูง | (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) | คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป |
| ระดับความรู้ปานกลาง | (ร้อยละ 60 – 79) | คะแนน 12 - 15 คะแนน |

ระดับความรู้ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยแบบวัดนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของอรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (2552) ซึ่งแบบสอบถามจะโดยเป็นระดับการปฏิบัติให้เลือกตอบ ว่ามีความถี่บ่อยตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติจริงของตนเองมากที่สุด มีให้เลือก 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ปฏิบัติกิจกรรม/พฤติกรรมนั้นเป็นประจำ ทุกครั้ง/ทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นไม่ทุกครั้งแต่ได้ปฏิบัติกิจกรรม/พฤติกรรมค่อนข้างบ่อย

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ปฏิบัติกิจกรรม/พฤติกรรมนั้นไม่ทุกครั้งและได้ปฏิบัติค่อนข้างน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรม/พฤติกรรมนั้น

จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วย

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10 ข้อ

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10 ข้อ

ตารางที่ 6 แสดงคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

| โรค | ข้อความที่มีลักษณะเชิงบวก | ข้อความที่มีลักษณะเชิงลบ |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| ความดันโลหิตสูง | 2,4,7,8,9 | 1,3,5,6,10 |
| เบาหวาน | 11,12,13,16,17,18,18 | 14,15,19 |

ตารางที่ 7 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ

| การปฏิบัติ | ข้อความที่มีลักษณะเชิงบวก | ข้อความที่มีลักษณะเชิงลบ |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | 4 คะแนน | 1 คะแนน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | 3 คะแนน | 2 คะแนน |
| ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง | 2 คะแนน | 3 คะแนน |
| ไม่เคยปฏิบัติ | 1 คะแนน | 4 คะแนน |

เกณฑ์การแปลความหมายระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของการศึกษาครั้งนี้ด้วยการ
กำหนดไว้

2 ระดับ ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

$$\frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{(4 - 1)}{3} = 1$$

จากเกณฑ์ดังกล่าวผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังนี้

| | | |
|--------------------------|---------|------------------------------|
| คะแนนระหว่าง 3.01 – 4.00 | หมายถึง | มีระดับพฤติกรรมสุขภาพดี |
| คะแนนระหว่าง 2.01 – 3.00 | หมายถึง | มีระดับพฤติกรรมสุขภาพปานกลาง |
| คะแนนระหว่าง 1.00 – 2.00 | หมายถึง | มีระดับพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี |

ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการจัดการบริการลดเสี่ยงหรือปรับพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน โครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ต้องการแสดงความคิดเห็น เป็นคำถามปลายเปิด ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระตามกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยให้อาจารย์และนายแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้พิจารณาเนื้อหาในข้อความ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน โดยหาความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนในประเด็นคำถามของแบบสอบถาม ดังนี้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่า 0.78

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

และโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติและสรุปผลเสี่ยงในการเกิดโรคทั้ง 4 ดังกล่าวแล้วรวบรวมรายชื่อไว้
2. ผู้ศึกษาได้ให้อสม.ช่วยแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
3. นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง
4. สรุปข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลได้กำหนดวิธีการจัดเก็บข้อมูล 2 วิธีคือ

1. ข้อมูลเอกสาร ใช้วิธีการค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยและอินเทอร์เน็ต
2. ข้อมูลภาคสนาม โดยใช้แบบสอบถาม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประสานกับผู้ใหญ่บ้านและประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกแห่ง โดยแนะนำแบบสอบถามและวิธีการให้กับผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล (อสม.ประจำหมู่บ้านๆ ละ 5 คน) และรอรับแบบสอบถามคืน ในระหว่างวันที่ เมษายน 9-10 เมษายน พ.ศ. 2559 นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ที่จำนวน 255 ชุด ใช้ในการวิเคราะห์ตามประเด็นที่กำหนดในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้แล้วนั้น เมื่อตรวจให้คะแนนเรียบร้อยแล้ว จะนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างและความแปรปรวนของข้อมูลด้วยสถิติ t-test และ F-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ทำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ และการนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ จากนั้นได้ชี้แจงต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรักษา การรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อแต่ใช้วิธีการใส่รหัสแทน ผลของข้อมูลจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยนำผลการศึกษามาสรุปในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หลังจากผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้าใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาความรู้และพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาที่ได้จากแบบสอบถามเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลแสดงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ข้อมูลแสดงพฤติกรรมสุขภาพ และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยผู้ศึกษาได้เสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
3. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลในการศึกษาที่ได้จากการเก็บรวบรวม จากกลุ่ม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 255 คน ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากเป็นเพศหญิง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 และเพศชาย จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีอายุเฉลี่ย 51 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.95 อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 89 ปี เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ พบว่ามากกว่าครึ่ง อายุ 35-45 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา อายุ 46-55 ปี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุด อายุมากกว่า 56 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากมีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมา คือสถานภาพ โสด จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และน้อยที่สุด คือสถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

วุฒิการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่ง จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 61.6 และรองลงมา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 ไม่ได้เรียน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 และน้อยที่สุด จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4

อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาหนึ่งในสาม มีอาชีพ ทำไร่/ทำสวน จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมา ทำงานบ้าน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 และน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6

รายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมามีรายได้ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 17.30 และน้อยที่สุดมีรายได้ มากกว่า 10,001 บาทต่อเดือน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7

ดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่ง อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 147 คนคิดเป็นร้อยละ 57.7 และมากกว่าเกณฑ์หรือผิดปกติ จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3

ขนาดรอบเอว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่ง มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 65.9 และมากกว่าเกณฑ์หรือผิดปกติ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1

โรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ส่วนมาก ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 ไม่ทราบ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 และมีโรคประจำตัว จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7

จำแนกตามประเภทของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมา เป็น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 21.1 และน้อยที่สุด เป็นโรค หลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 ส่วนโรคอื่น โรคในพื้นที่ยี่สิบห้าในห้าสิบในช่วงที่สำรวจข้อมูล ไม่พบว่า มีอัตราผู้ป่วย

แหล่งรับรู้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทาง/สื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่งได้รับจากอสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมา ได้รับจากโทรทัศน์ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 32.8 และน้อยที่สุดได้รับจากหนังสือพิมพ์/เอกสาร/วารสารแผ่นพับ/ป้าย/โปสเตอร์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0

เมื่อมีการเจ็บป่วยปฏิบัติอย่างไร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่ง ไป รับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาไปรักษาตามคลินิก จำนวน

51 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และน้อยที่สุด ซึ่งยากินเอง/ ไปโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5

การใช้ภูมิปัญญาที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ไม่ใช้ จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 และใช้ภูมิปัญญา จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 เมื่อแยกประเภท ที่ใช้ พบว่า ใช้การนวดแผนไทย จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมา ใช้สมุนไพร และนวดแผนไทย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุด คือ ใช้สมุนไพรพื้นบ้าน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

| ตัวแปร | จำนวน (N= 255) | ร้อยละ (100%) |
|---|-------------------|------------------|
| 1. เพศ | | |
| ชาย | 99 | 38.8 |
| หญิง | 156 | 61.2 |
| 2. อายุ (อายุเฉลี่ย 48 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.75) | | |
| 35 – 45 ปี | 139 | 54.5 |
| 46 – 55 ปี | 55 | 21.6 |
| 56 – 65 ปี | 37 | 14.5 |
| 66 - 75 ปี | 17 | 6.7 |
| 75 ปีขึ้นไป | 7 | 2.8 |
| 3. สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 21 | 8.3 |
| สมรส | 223 | 87.5 |
| หม้าย/หย่าร้าง | 11 | 4.2 |
| 4. ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 38 | 14.9 |
| ประถมศึกษา | 157 | 61.6 |
| มัธยมศึกษา | 41 | 16.1 |

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ตัวแปร | จำนวน (N= 255) | ร้อยละ (100%) |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|
| อนุปริญญา/ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 19 | 7.4 |
| 5. อาชีพ | | |
| ทำสวน/ทำไร่/ทำนา | 162 | 63.6 |
| ทำงานโรงงาน/บริษัท | 0 | 0 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 5 | 2.0 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 18 | 7.1 |
| รับจ้าง | 23 | 9.1 |
| ทำงานบ้าน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน | 32 | 12.6 |
| ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน | 15 | 5.6 |
| 6. รายได้ของท่านต่อเดือน | | |
| ไม่มีรายได้ | 37 | 14.5 |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท | 149 | 58.5 |
| 5,001 – 10,000 บาท | 44 | 17.3 |
| มากกว่า 10,001 บาท | 25 | 9.7 |
| 7. ดัชนีมวลกาย | | |
| ปกติ/ไม่มีปัจจัยเสี่ยง | 147 | 57.7 |
| มากกว่าเกณฑ์/ผิดปกติ/มีปัจจัยเสี่ยง | 108 | 42.3 |
| 8. ขนาดรอบเอว | | |
| ปกติ/ไม่มีปัจจัยเสี่ยง | 168 | 65.9 |
| มากกว่าเกณฑ์/ผิดปกติ/มีปัจจัยเสี่ยง | 87 | 34.1 |
| 9. โรคประจำตัว | | |
| ไม่มี | 163 | 64.0 |
| ไม่ทราบ | 21 | 8.3 |
| มี | 71 | 27.7 |

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ตัวแปร | จำนวน (N= 255) | ร้อยละ (100%) |
|--|-------------------|------------------|
| 10. ประเภทโรค (n = 71) | | |
| ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง | 6 | 8.5 |
| โรคความดันโลหิตสูง | 38 | 53.5 |
| โรคเบาหวาน | 10 | 14.1 |
| โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน | 15 | 21.1 |
| โรคหัวใจ | 0 | 0 |
| โรคหลอดเลือดสมอง (CVD) | 2 | 2.8 |
| 11. แหล่งความรู้ด้านสุขภาพ | | |
| โทรทัศน์ | 84 | 32.8 |
| วิทยุ | 7 | 2.8 |
| หนังสือพิมพ์/เอกสาร/วารสารแผ่นพับ/ป้าย/โปสเตอร์ | 5 | 2.0 |
| อสม./จนท.สาธารณสุข | 159 | 62.4 |
| 12. การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย | | |
| ซื้อ/จัดหาयरับประทานเอง/ไปโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ | 37 | 14.5 |
| ไปคลินิก | 51 | 20.0 |
| ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน | 167 | 65.5 |
| 13. การใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค | | |
| ไม่ใช้ | 210 | 82.4 |
| ใช้ | 45 | 17.6 |
| 14. ประเภทภูมิปัญญา (n = 120) | | |
| สมุนไพรพื้นบ้าน | 33 | 27.5 |
| นวดแผนไทย | 49 | 40.9 |
| สมุนไพรและนวดแผนไทย | 38 | 31.6 |
| อื่นๆ | 0 | 0 |

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่ตอบถูกมากที่สุด มี 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8 ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต คิดเป็นร้อยละ 98.4 รองลงมา ได้แก่ ข้อที่ 19 ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องอาจเกิดภาวะไตวายหรือตาบอดได้ คิดเป็นร้อยละ 97.6 และข้อที่ 11การมีพ่อแม่ ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน เป็นภาวะเสี่ยงต่อโรคต่อเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 96.9 และความรู้การดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ข้อที่ 17 คนปกติก่อนรับประทานอาหารเช้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด 130 – 140 มก.% คิดเป็นร้อยละ 51.0 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
จำแนกรายข้อ

| ข้อคำถาม | ตอบถูก | | ตอบผิด | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. ความดันโลหิต คือ แรงดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย | 239 | 93.7 | 16 | 6.3 |
| 2. คนอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ควรวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละครั้ง | 224 | 87.8 | 31 | 12.2 |
| 3. ควรวัดความดันโลหิต หลังจากนั่งพักอย่าง น้อย 1 ชั่วโมง | 181 | 71.0 | 74 | 29.0 |
| 4. ความดันโลหิตปกติ คือ ความดันโลหิต 120/80 มม./ปรอท | 243 | 95.3 | 12 | 4.7 |
| 5. อาการอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดขมับ แขนขาอ่อนแรง อาเจียน | 230 | 90.2 | 25 | 9.8 |
| 6. ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงต่อการ เกิดโรคความดันโลหิตสูง | 242 | 94.9 | 13 | 5.1 |
| 7. การกินอาหารประเภทสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัดมันจัด เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 248 | 97.3 | 7 | 2.8 |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | ตอบถูก | | ตอบผิด | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 8. ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต | 251 | 98.4 | 4 | 1.6 |
| 9. การออกกำลังกาย เพิ่มการกินผัก ลดความเครียด ควบคุมน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ จะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ | 241 | 94.5 | 1 4 | 5.5 |
| 10. โรคความดันโลหิตสูง สามารถรักษาหายขาดได้ หากกินยาต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน , มาจากกรรมพันธุ์ | 230 | 90.2 | 2 5 | 9.8 |
| 11. การมี พ่อ แม่ ญาติพี่น้องเป็น โรคเบาหวานเป็น ภาวะเสี่ยงต่อโรคต่อเบาหวาน | 247 | 96.9 | 8 | 3.1 |
| 12. ภาวะความดันโลหิตสูง มีไขมัน(กลอ เลสเตอรอล)สูงเป็นภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน | 228 | 89.4 | 2 7 | 10.6 |
| 13. สาเหตุสำคัญ ที่สุดของโรคเบาหวานมาจากกรรมพันธุ์ | 233 | 91.4 | 2 2 | 8.6 |
| 14. โรคเบาหวาน มี 3 ชนิด คือ ชนิดต้องพึ่งอินซูลิน ไม่ต้องพึ่งอินซูลินและชนิดตั้งแต่กำเนิด | 214 | 83.9 | 4 1 | 16.1 |
| 15. การปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด คันตามผิวหนังเป็นอาการเริ่มต้นของโรคเบาหวาน | 237 | 92.9 | 18 | 7.1 |
| 16. การตรวจค่าน้ำตาลในเลือดทำได้โดยเจาะเลือดที่ปลายนิ้วและหลอดเลือดดำที่แขน | 240 | 94.1 | 15 | 5.9 |
| 17. คนปกติก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีระดับ น้ำตาลในเลือด 130 – 140 มก. % | 130 | 51.0 | 125 | 49.0 |
| 18. วิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหาเบาหวาน คือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารและน้ำมาก่อน อย่างน้อย 24 ชั่วโมง | 211 | 82.7 | 44 | 17.3 |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | ตอบถูก | | ตอบผิด | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 19. ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องอาจเกิดภาวะไตวายหรือตาบอดได้ | 249 | 97.6 | 6 | 2.4 |
| 20. พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน คือ ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนออก กำลังกายสม่ำเสมอ ลดอาหารมัน เค็มจัด | 245 | 96.1 | 10 | 3.9 |

ผลการวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมา มีความรู้ระดับสูง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 และน้อยที่สุด มีความรู้ต่ำจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

| ระดับความรู้ | จำนวน (n = 255) | ร้อยละ(100 %) |
|---------------------|-------------------|---------------|
| ความรู้ระดับต่ำ | 35 | 13.7 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | 130 | 51.0 |
| ความรู้ระดับสูง | 90 | 35.3 |
| รวม | 255 | 100 |

ผลการวิเคราะห์เมื่อแยกตามประเภทของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ย . 62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .31 รองลงมา โรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ย .60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .34 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 แสดงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำแนกตามประเภทโรค

| โรค | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|--------------------|-----------|---------------------|
| โรคความดันโลหิตสูง | .62 | .31 |
| โรคเบาหวาน | .60 | .34 |
| รวม | .61 | .33 |

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

1. พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำแนกรายข้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพระดับ ปานกลาง ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 12 เมื่อมีเวลาว่างท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้ ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง การไปปฏิบัติศาสนกิจ มีค่าเฉลี่ย 2.61 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .71 และพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 10 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ มีค่าเฉลี่ย 1.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .55 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 แสดงพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำแนกรายข้อ

| พฤติกรรมสุขภาพ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับพฤติกรรมสุขภาพ |
|--|-----------|---------------------|---------------------|
| พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 1. ท่านรับประทานอาหารประเภทรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด มันจัด | 2.13 | .66 | ปานกลาง |
| 2. ท่านดูแลและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน | 2.15 | .75 | ปานกลาง |
| 3. ท่านมีความเครียดหรือวิตกกังวลในเรื่องการทำงาน | 1.74 | .72 | ไม่ดี |

ตารางที่ 12 (ต่อ)

| พฤติกรรมสุขภาพ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน | ระดับพฤติกรรม สุขภาพ |
|--|-----------|-------------------------|-------------------------|
| พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิต | | | |
| สูง | | | |
| 4. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา วันละ 15-30 นาทีอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ | 2.15 | .79 | ปานกลาง |
| 5. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน และแกงกะทิ | 2.04 | .65 | ปานกลาง |
| 6. ท่านสูบบุหรี่หรือร่วมกลุ่มกับผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ | 1.48 | .79 | ไม่ดี |
| 7. ท่านได้รับการ ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละครั้ง | 2.52 | .79 | ปานกลาง |
| 8. ท่านได้นั่งพักบนเก้าอี้ เท้าวางราบกับพื้นอย่างน้อย 5 นาทีก่อนวัดความโลหิต | 2.30 | .84 | ปานกลาง |
| 9. ท่านดื่มน้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ที่ไม่มีคาเฟอีน | 2.04 | .88 | ปานกลาง |
| 10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ | 1.07 | .55 | ไม่ดี |
| พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน | | | |
| 11.ท่านไปรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด | 2.21 | .86 | ปานกลาง |

ตารางที่ 12 (ต่อ)

| พฤติกรรมสุขภาพ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน | ระดับพฤติกรรม สุขภาพ |
|---|-------------|-------------------------|-------------------------|
| พฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวาน | | | |
| 12. เมื่อมีเวลาว่างท่านจะหางาน อดิเรกทำเช่น การปลูกต้นไม้ ดู ภาพยนตร์ ฟังเพลง การไปปฏิบัติ ศาสนกิจ | 2.61 | .71 | ปานกลาง |
| 13. ท่านรับประทานอาหารที่ หลากหลายไม่จำเจ โดยเน้นผัก และ ผลไม้รสไม่หวาน | 2.41 | .67 | ปานกลาง |
| 14. ท่านรับประทานอาหารประเภท ทอด | 2.32 | .68 | ปานกลาง |
| 15. ท่านมีพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ หรือวิถีชีวิตแบบคนเมือง | 1.60 | .80 | ไม่ดี |
| 16. ท่านใช้การย่าง อบ ต้ม หรือเผา แทนการทอด | 2.08 | .67 | ปานกลาง |
| 17. ท่านได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวานในชุมชน เมื่อมีการ รณรงค์ | 2.49 | .81 | ปานกลาง |
| 18. ท่านได้รับการตรวจสุขภาพ ประจำปี | 1.95 | .96 | ไม่ดี |
| 19. ท่านไม่เคยทราบระดับไขมันใน เลือดของตนเอง | 1.70 | .87 | ไม่ดี |
| 20. ท่านสนใจและรับทราบ เข้าร่วม กิจกรรมลดเสี่ยงโรคเบาหวาน | 2.40 | .77 | ปานกลาง |
| รวม | 2.07 | .77 | ปานกลาง |

ผลการวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน แยกเป็นรายโรค พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิต อยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.97 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .75 และพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .78 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 แสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำแนกรายโรค

| พฤติกรรมสุขภาพ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับพฤติกรรมสุขภาพ |
|----------------------------------|-----------|---------------------|---------------------|
| พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง | 1.97 | .75 | ไม่ดี |
| พฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวาน | 2.18 | .78 | ปานกลาง |
| รวม | 2.07 | .77 | ปานกลาง |

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติ t – test และ F – test ในงานวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรอิสระปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และการใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรตามการศึกษา คือ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานซึ่งขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้รับบริการเพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้รับบริการเพศชาย

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศชาย จำนวน 99 คน มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 2.08 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .26 เพศหญิง จำนวน 156 คน มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 2.05 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .26 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ มีค่า t – test 1.076 ค่า 1-tail P value .088 ซึ่งสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ 1 (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามเพศ

| เพศ | จำนวน | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | t | P-value |
|------------|------------|-------------|---------------------|-------|---------|
| ชาย | 99 | 2.08 | .26 | 1.076 | .088 |
| หญิง | 156 | 2.05 | .26 | | |
| รวม | 255 | 2.07 | .26 | | |

สมมติฐานที่ 2 ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มที่มีอายุ 35 - 45 ปี จำนวน 139 คน มีค่าเฉลี่ย 2.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .27 รองลงมา กลุ่มที่มีอายุ 46 – 55 ปี จำนวน 55 คน มีค่าเฉลี่ย 2.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .28 และน้อยที่สุด กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จำนวน 7 คน มีค่าเฉลี่ย 1.59 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .15 เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ F-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 2 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามอายุ

| กลุ่มอายุ | จำนวน | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | F | P-value |
|---------------|------------|-------------|---------------------|-------|---------|
| 35 - 45 ปี | 139 | 2.09 | .27 | 1.044 | .254 |
| 46 – 55 ปี | 55 | 2.09 | .28 | | |
| 56 – 65 ปี | 37 | 2.07 | .25 | | |
| 65 – 75 ปี | 17 | 2.01 | .18 | | |
| มากกว่า 75 ปี | 7 | 1.59 | .15 | | |
| รวม | 255 | 2.07 | .26 | | |

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน : กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7, 12, 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ศึกษาได้มาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของอรรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (2552) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่า 0.78 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ t-test, F-test โดยใช้โปรแกรม SPSS ดังสรุปผลการวิเคราะห์ การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมาก เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.2 มีอายุเฉลี่ย 51 ปี เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ พบว่ามากกว่าครึ่ง อายุ 35-45 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 87.5 วุฒิการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่ง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 61.6

หนึ่งในสาม มีอาชีพ ทำไร่/ทำนา/ทำสวน จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 63.6 มากกว่าครึ่ง มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 58.5 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ไม่มีปัจจัยเสี่ยง คือ ดัชนีมวลกาย ปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.7 รอบเอวปกติ ร้อยละ 65.9 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.0 แหล่งรับรู้ความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าครึ่งได้รับจาก

อสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 62.4 การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย มากกว่าครึ่ง ไปโรงพยาบาล
ใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.5 การใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า ส่วน
ใหญ่ ไม่ใช่ จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและ
โรคเบาหวาน ที่ตอบถูกมากที่สุด มี 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8 ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของ
การเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต คิดเป็นร้อยละ 98.4 รองลงมา ได้แก่ ข้อที่ 7 การกินอาหารประเภทรสจัด
เช่น เค็มจัด หวานจัดมันจัด เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 97.3 และข้อที่ 11
การมี พ่อ แม่ ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน เป็นภาวะเสี่ยงต่อโรคต่อเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 96.9
และความรู้การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ตอบผิดมากที่สุด
คือ ข้อที่ 17 คนปกติก่อนรับประทานอาหารเช้าจะมีระดับน้ำตาลในเลือด 130 – 140 มก.% คิดเป็น
ร้อยละ 51.0

เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง
จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมามีความรู้ระดับสูง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3
และน้อยที่สุด มีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7

ผลการวิเคราะห์เมื่อแยกตามประเภทของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่
วกับโรค
ความดันโลหิตสูง มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย . 62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน . 31 รองลงมา โรคเบาหวาน มี
ค่าเฉลี่ย .60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .34

พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.07

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
และโรคเบาหวาน จำแนกรายข้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพระดับดี ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 12
เมื่อมีเวลาว่างท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้ ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง การไปปฏิบัติ
ศาสนกิจ มีค่าเฉลี่ย 2.61 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .71 และพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด
ได้แก่ ข้อที่ 10 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ มีค่าเฉลี่ย 1.07 ค่า
เบี่ยงเบนมาตรฐาน .55

พฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

และโรคเบาหวาน แยกเป็นรายโรค พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต อยู่ใน ระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.97 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน . 75 พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ใน ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .78

อภิปรายผลการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่พฤติกรรม สุขภาพโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ดี โดยที่ ทั้ง 2 โรค เป็นโรคที่เกิด จากพฤติกรรม เป็นภัยเงียบที่ไม่รู้ตัวและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศและในพื้นที่มาอย่าง ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชาชนหรือผู้รับบริการที่ไม่มีความตระหนัก ถึงแม้จะมีการสนับสนุน งบประมาณในการจัดทำโครงการคัดกรองผู้มีปัจจัยเสี่ยงและโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่าง ต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระดับพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมี ความแตกต่างกัน เล็กน้อย ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับพฤติกรรม สุขภาพ ไม่ดี และโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงอยู่ในระดับ ไม่ดี จะพบในประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ และประเด็น การสูบบุหรี่หรือร่วมกลุ่มกับผู้ที่ สูบบุหรี่เป็นประจำ และพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ อยู่ในระดับ ไม่ดี จะพบในประเด็น ท่านมีพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ หรือวิถี ชีวิตแบบคนเมือง ประเด็น การไม่ออกกำลังกายระดับไขมันในเลือดของตนเอง และประเด็นการได้รับ การตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล เลี้ยววริน (2534) โดยพบว่า การ ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเป็นการเริ่มต้นของโรค เพราะอาการอาจเกิดขึ้น น้อยๆ ซ้ำ ๆ โดยอาจ ส่งผลถึงระดับความรุนแรงของโรค และปัญหาด้านการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งเป็น ปัญหาจากพฤติกรรมบริโภค ซึ่งสอดคล้อง พฤติกรรมบริโภคอาหารของปัจเจกบุคคลเป็น ผลมาจาก สังคม ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นสำคัญและการศึกษาก็มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคที่ถูกลักษณะยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่พบจากการศึกษา

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรค เบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7, 12 และ 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษามี ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษา พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน หมู่ที่ 7, 12 และ 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.0 ที่ตอบผิดมากที่สุดเกี่ยวกับเรื่อง ค่าระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเช้า สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสื่อสารความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ดีเท่าที่ควรขณะที่ทำการคัดกรองโรคเบาหวาน จึงควรเน้นย้ำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในการดำเนินการคัดกรองตามแนวทางที่ได้จัดทำขึ้น ซึ่งจะมีรูปแบบที่ต้องดำเนินการก่อน ขณะคัดกรองและหลังคัดกรอง ตลอดจนสื่อสารความเสี่ยง ให้แก่ผู้รับบริการให้เห็นความสำคัญและแนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เหมาะสม และผลการศึกษายังพบว่า ผู้รับบริการที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ ดังนั้น จึงควรกระตุ้นเตือนให้ประชาชนเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญที่จะเพิ่มเติมองค์ความรู้ ด้วยรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย แผ่นพับ และโปสเตอร์ และนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 7 , 12 และ 14 ตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับไม่ดี และเมื่อพิจารณาเป็นราย ข้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในด้านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่หรือรวมกลุ่มกับคนที่สูบบุหรี่ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมพฤติกรรมด้านนี้ ให้ดีขึ้น โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ สูบบุหรี่ รวมถึงการพัฒนาทักษะการดูแล /การจัดการ ตนเอง ทั้งนี้ควร มีการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยนำบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ให้มาเป็นแบบอย่างเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นแบบอย่าง ที่ดี เป็นการส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่น เห็นถึงผลดีที่ได้ จากการศึกษา โดยจะส่งผล ให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป และจากการศึกษา ยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ที่ค่าเฉลี่ยน้อย ที่สุด คือ พฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ หรือวิถีชีวิตคนเมือง เพราะฉะนั้น จึงได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยจัดทำโครงการ/กิจกรรม สมาริบำบัดแบบ SKT ในกลุ่มเสี่ยงโรคดังกล่าว รวมถึงการสร้างตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย ขยับกายสบายชีวี การลด หวาน มัน เค็ม ตลอดจน โดยใช้หลัก 3 อ 2 ส นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการเพื่อสนับสนุน การดูแลสุขภาพตนเอง เช่น จัดทำแผนงานโครงการเพื่อ ให้มีสถาน งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการ

ออกกำลังกายในชุมชนที่เหมาะสม ตามวัย สนับสนุนให้จัดตั้งชมรมออกกำลังกายและมี การดำเนิน กิจกรรมที่ต่อเนื่อง

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรร่วมกัน พัฒนาระบบบริการให้พร้อมที่ จะช่วยเหลือผู้รับบริการ ให้มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อถือ อีกทั้งควร แลกเปลี่ยนความรู้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพใน ด้านต่าง ๆ กับผู้ที่มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควรมีการพัฒนาตนเองในด้านความรู้ อย่าง ต่อเนื่องและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

4 ควรเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น เช่น ร่วมกันทำประชาคมด้านสุขภาพ ร่วมคิด ดำเนินการและประเมินผลโครงการ ประสานขอรับการ สนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างงาน สร้างอาชีพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น รวมถึงของบสนับสนุนจัดหาสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพื้นที่ จัดทำโครงการประกวดต่าง ๆ เช่น บุคคลต้นแบบด้านการดูแล สุขภาพ หมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่าง/ต้นแบบ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการสร้างภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่และการบูรณาการโครงการที่ เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าร่วม กิจกรรมของประชาชน

2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหัวใจและหลอดเลือด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบและตำบลที่ห่างไกลอำเภอ เพื่อหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

3. ควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการประชาสัมพันธ์ที่ส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่หลากหลายในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น และ หารูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่สามารถเข้าถึง เหมาะกับบริบทด้าน อาชีพ รายได้ การศึกษา และ เป็นที่ยอมรับของประชาชน

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การควบคุมดูแลโรคความดันโลหิตสูง*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- กรมการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี.: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCDคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กาญจนา ร้อยนาถและคณะ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี*. งานวิจัยเพื่อพัฒนา.
- กิตติศักดิ์ พรหมดาวและคณะ. (2556). *ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี*. งานวิจัยเพื่อพัฒนา.
- กิ่งดาว รัตนเวชชัยวิมล. (2551). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการทางการแพทย์ กรณีศึกษา กองแพทย์หลวง พระบรมมหาราชวัง*. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- กฤษดา พรหมวรรณ. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพความชุกและปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป เขตตำบลปัว อำเภอปัว จังหวัดน่าน*. การวิจัยเพื่อพัฒนา, สถานีอนามัยตำบลปัว อำเภอปัว จังหวัดน่าน.
- กุลพิมล เจริญดี และนิตยา พันธุเวช. (2552). *นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มงานไม่ติดต่อ*.
- กรมพลศึกษา. (2529). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อแสวงหาทางไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543: ศึกษาเฉพาะกรณีนักเรียนระดับประถมศึกษา*. กรมส่งเสริมพลศึกษาและสุขภาพ.
- ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ. (2550). *การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน, กรณีศึกษานวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน : ขอนแก่น*. ภาพพิมพ์การพิมพ์.

- คู่มือ การให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. (2555). สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จินดา บุญช่วยเกื้อกูล. (2541). การดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชีวิต. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ัชชาวล นฤพนธ์จิรกุลและณลินี มังกรเสน. (2538). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุพรรณบุรี, รายงานการวิจัย.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา.(2549). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยี จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ชวนพิศ วีระวงษ์นุสร.(2547). ความคิดเห็นของข้าราชการ สำนักงานประกันสังคมต่อระบบบริหารบุคคลเมื่อปรับเปลี่ยนหน่วยงานเป็นองค์กรมหาชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารมหาวิทาลัยเกษตรศาสตร์.
- ณัทกวี ศิริรัตน์.(2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารมหาวิทาลัยมหิดล.
- ณิชาธิย์ ใจคำวัง. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากกระยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน.(2539). ทฤษฎีต้นไม้วิจัยธรรม การวิจัยและการพัฒนามนุษย์.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ บุญทวีสง .(2549). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก กรณีศึกษาเขตบริการโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารมหาวิทาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์.(2533) . ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข นครปฐม. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ , มหาวิทยาลัยมหิดล
- ธนวรรณ อิ่มสมบุญ.(2541). คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข.
- ปราณี รัตนสุวรรณ.(2551). ภูมิปัญญาการใช้กระท่อมของหมอพื้นบ้านภาคใต้ของประเทศไทย. ภาควิชาเภสัชเวท และเภสัชพฤกษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พันธุ์ทิพย์ รามสูตร.(2540). พฤติกรรมมนุษย์และพฤติกรรมสุขภาพ: ระบาดวิทยาสังคม.

กรุงเทพมหานคร : พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด.

พรรณทิพย์ หมั่นรักษ์ . (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ตำบลหน้าถ้ำ

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สถาบันบัณฑิต-

พัฒนบริหารศาสตร์.

พรทิพย์ พิมลสินธุ์.(2529). หลักและทฤษฎีการสื่อสาร: ผู้รับสาร. เอกสารสอนชุดวิชานิติศาสตร์

นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.

รุจิมา สายเพชร. (2546). พฤติกรรมสุขภาพประชาชน กรณีศึกษาเขตบริการสถานีอนามัยหนองหิน

ตำบลสวนกล้วย จังหวัดศรีสะเกษ. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต.สถาบันบัณฑิต

พัฒนบริหารศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

วันเพ็ญ ใจทน.(2549). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

สำนักงานใหญ่. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

วิจิต อินทร์คำพันธ์. (2549). ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป

จังหวัดสุพรรณบุรี. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.

วิภา ไชยณรงค์ และคณะ.(2540). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรม

ออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระยารามราช

จังหวัดสุพรรณบุรี. เพื่อนสุขภาพ.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ในเวชปฏิบัติทั่วไป.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือประชาชนเรื่องโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน.

สุวรรณา เขียงขุนทดและคณะ.(2556). ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนภายในจังหวัด.

ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชนมหาวิทยาลัยสยาม, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพ (สสส.).

สุขศึกษา, กอง, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542) . แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ใน

การดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.

สุนันทา พานทอง. พฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล. ภาคนิพนธ์

ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุนทร ไตรภูมิ. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการ

ทหารในสังกัด กองทัพน้อยที่2. รายงานการวิจัย นักศึกษา วทบ.สบส. ชุดที่ 52.

- อังศินันท์ อินทรกาแหง. (2556). แนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อป้องกันโรค
อ้วน อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับ
ประชาชน.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตรรินและคณะ.(2547).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและ
พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี.
- อริสา หงส์ทอง.(2552).รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูง. กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลถ้ำพรรณรา นครศรีธรรมราช.
- อนนท์ รักดี. (2545). พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผน
ไทยในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ.(2552). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต
สูงและโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ผู้มารับบริการทางการแพทย์เขตสถานีอนามัย อำเภอบึง
หนองจิก จังหวัดปัตตานี. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์.
- อารีรัตน์ บากาสะแต. (2542). คู่มือการศึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องการปรับ
พฤติกรรม.ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- อุบล เลี้ยววาริณ.(2534). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร.ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- Bloom, B.S. (1988). Taxonomy of Education Objective.The Classification of Education
Goals,Handbook I : Cognitive Domain . New York: David McKay Company.
- Gochman, S.D. (1988). Health Behavior: Emerging Research Perspective. New York :
Plenum Press.
- Harris, Diane M and Guten.(1979). Health Protective Behavior: An Exploratory Study.
Journal of Health and Social Behavior.
- Norton,L. and Wozny. M (1984). Residential Location and Nutritional Adequacy among
Elderly Adults. Journal of Gerontology.
- Walsh, Valerie R.(1985). Health Beliefs and Practices of Runner versus Nonrunner,
Nursing Research.