



**ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง**
**Factors Predicting health promoting behaviors
among Thai Muslim with Hypertension**

Received: October 28, 2018

Revised: December 3, 2018

Accepted: December 7, 2018

พัชรี รัศมีแจ่ม¹ (พย.ม.)

Patcharee Rasamejam

ปริศนา อัศวธนนพ² (Ph.D.)

Prisana Akaratanapol

พรทิพย์ ลิ้มธีระยศ² (วท.ม.)

Porntip Limteerayos

กมลทิพย์ ชลัษฏธรรมเนียม³ (ปร.ด.)

Kamontip Khungtumneam

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และ 2) ค้นหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวไทยมุสลิมจำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเมษายน – สิงหาคม 2561 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งหมดได้ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ Corresponding Author: pumhcu@gmail.com

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ e-mail: prisanaatp@gmail.com, tomb2s@hotmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ e-mail: noinoi91@gmail.com

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.2 อายุเฉลี่ย 60.57 ปี (S.D. = 12.97) มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมร้อยละ 96.7 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 37.2 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.47) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยอิทธิพลระหว่างบุคคล (beta = 0.43) รองลงมา คือ อายุ (beta = 0.061) ดัชนีมวลกาย (beta = -0.045) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (beta = -1.611) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (beta = 0.014) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 23.0 ($R^2 = 0.23$, $F = 6.858$, $p < .001$) ข้อเสนอแนะ ควรนำปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลมาเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความดันโลหิตสูง ชาวไทยมุสลิม

Abstract

This descriptive research aimed to identify 1) the study of health promoting behaviors among Thai Muslim with hypertension and 2) explore the factors that predicted health promoting behaviors among Thai Muslim with hypertension. The samples were 80 Thai Muslim with Hypertension. Samples were purposively selected according to the specific qualifications. Data were collected from April to August, 2018. The questionnaire was validated by the experts and test reliability by coefficient alpha of 0.85. The data was analyzed by mean, standard deviation, and Multiple Regression Analysis. The results showed that the samples were female 75.2%, mean age 60.57 years (SD = 12.97). There is 96.7% having family history of genetic disorder and 37.2 % were obese. Health promotion behaviors were a good level ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.47). Predictors of health promoting behaviors of Thai Muslims with hypertension were followed by interpersonal influence (beta = 0.43), age (beta = 0.061), body mass index (beta = -0.045), perceived barriers to health promoting behaviors (beta = -1.611) and perceived benefits of health promoting behaviors (beta = 0.014). All factors could explain health promoting behaviors of Thai Muslim with hypertension about 23.0% of the variance ($R^2 = 0.23$, $F = 6.858$, $p < .001$). This study suggested that interpersonal influences factor could be the basis for promoting a healthy way to fit the lifestyle of the Thai Muslim.

Keyword: Health promoting behaviors, Hypertension, Thai Muslim



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัวส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวาย ประสาทตาเสื่อม เกิดตาบอดได้ หรืออาจเสียชีวิตในที่สุด (วิไลวรรณทองเจริญ, 2558) จากการศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 200,000 คน พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 47.0 (Daugherty, et al., 2012) ไม่เพียงแต่ปริมาณผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงก็มากตามไปด้วย จากจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง 400,000 มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดย้อยละ 24.0 หัวใจวายร้อยละ 46.0 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 14.0 และเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.0 (Sim, et al., 2015) ในประเทศไทยพบสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2554 และ 2556 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 1,433 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,621 คนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี 2552 และ 2557 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 (วิชัย เอกพลากร, 2559) และจากการสำรวจพบว่าประชากรชาวไทยมุสลิมเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ (2555) สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรค ไม่ติดต่อกัน 4 ครั้ง (2547, 2548, 2550 และ 2555) พบความชุกของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งประชากรกลุ่ม

ไทยมุสลิมและประชากรภาพรวมประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มไทยมุสลิมพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงสูงกว่าในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของคณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และการสาธารณสุข (2552) พบว่าโรคที่ชาวไทยมุสลิมเป็นมากที่สุดเหมือนกันทุกภาคคือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อกันที่มีผลต่อการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวมของประเทศไทย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายที่จะลดปัญหาในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อกันโดยบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อดังระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) กำหนดว่าภายในปี 2564 ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 20 ซึ่งการที่จะลดปัญหาในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อกันจะต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยคำนึงถึงวิถีชีวิต ความเชื่อของประชาชนในชุมชนนั้นด้วย จึงจะสามารถทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้

ประชาชนชาวไทยมุสลิมมีการดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามหลักคำสอนทางศาสนาในคัมภีร์อัลกุรอาน และปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทำให้ชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับศาสนาอื่น เช่น อาหารที่รับประทานต้องเป็นอาหารฮาลาลและอาหารที่ดี (ตอยยิบัน) ที่มีคุณค่าและดีต่อสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมจะเน้นรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล กะทิ และรสเค็ม เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู มีสมัน โรตีสี มะตะบะ เป็นต้น (นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และ ปัทมา สุพรรณกุล, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของซูไมยะ เต็งสาแม และคณะ (2558) พบว่าผู้นำศาสนาอิสลามมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน



โภชนาการในระดับปานกลางร้อยละ 59.0 ส่วนการออกกำลังกายต้องคำนึงถึงการแต่งกายที่เหมาะสม มีการปกปิดร่างกายตามหลักของศาสนา สถานที่ออกกำลังกายต้องมิดชิดอยู่ในบริเวณบ้านหรือบริเวณใกล้บ้าน หลีกเลี่ยงการปะปนระหว่างชายหญิง (มาตีฮะห์ มะเก็ง ปิยะนุช จิตตานุทและอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, 2558; นิรัชรา ลิลละฮ์กุลและ ปัทมา สุพรรณกุล, 2561) จากศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่ากลุ่มสตรีไทยมุสลิมมีการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มชายไทยมุสลิม โดยสตรีมีการออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 19.2 นอกจากนี้ชาวไทยมุสลิมจะมีพฤติกรรมการเจริญทางจิตวิญญาณที่เคร่งครัด ได้แก่ การละหมาด การถือศีลอด เป็นต้น (ศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) พบว่าความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนในระดับปานกลาง ($r = .493$) ซึ่งตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh and Parsons, 2011) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำงานเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

ปัจจุบัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารรสเค็มที่มีเกลือโซเดียมมาก การดื่มกาแฟ และการสูบบุหรี่ การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน ปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (นิพพาภัทร์ สินทร์พิย์, ฉินวัตร จันครา และบุปผา ใจมัน, 2560;

ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติกซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และหากร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานจะเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างถาวร (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จะเห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh and Parsons, 2011) กล่าวว่าถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตจะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี แต่ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมก็สามารถทำให้เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ทั้งนี้การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องมีปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ด้านความคิดความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และอิทธิพลระหว่างบุคคล (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวไทยมุสลิมน้อย หากต้องการที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวไทยมุสลิมเกิดภาวะแทรกซ้อน บุคลากรทางการแพทย์ควรต้องเรียนรู้เข้าใจบริบทเฉพาะของวิถีชีวิตมุสลิม โดยศึกษาปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญเหล่านั้นมาวางแผนแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

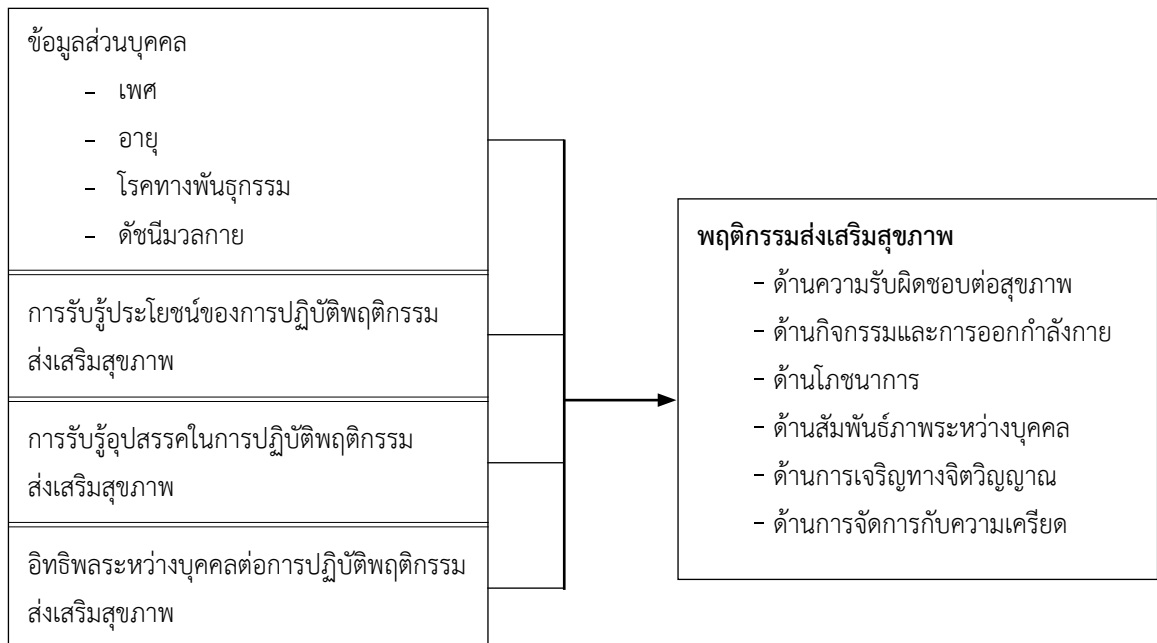


ชาวไทยมุสลิมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาวะได้อย่างที่ควรจะเป็นได้

ตำบลบางปลาเป็น 1 ใน 6 ตำบล ของอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย 15 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 31,354 คน โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชนเซ็นทรัลพาร์กคลินิก สาขา 2 รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่ที่ 9, 10, 11 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามถึงร้อยละ 20.0 (ศูนย์สุขภาพชุมชนเซ็นทรัลพาร์กคลินิก สาขา 2, 2559) ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าในหมู่ที่ 9,10,11 มีผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของประชากรชาวไทยมุสลิม จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวไทยมุสลิม พบว่า ชอบรับประทานอาหารจำพวกอาหารทอด อาหารมัน เช่น มันมัน เนื้อติดมัน โรตีมะตะบะ มีเวลาออกกำลังกายน้อยเพราะต้องออกไปทำงาน แต่ยังคงประกอบกิจทางศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น การทำละหมาด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดการมาตรวจตามนัด และขาดการรับประทานยารักษา

โรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บุคลากรทางการแพทย์ควรต้องเรียนรู้และเข้าใจวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม โดยการจัดบริการที่สอดคล้องและเหมาะสม จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมบรรลุผลลัพธ์เพื่อสุขภาวะได้อย่างที่ควรจะเป็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh , Parsons, 2011) โดยศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถสรุปได้ ดังแผนภาพที่ 1



วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
- 2) เพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2561

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่นับถือศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่หมู่ที่ 9, 10, 11 ตำบลบางปลา ในเขตการดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนเซ็นทรัลพาร์กคลินิก สาขา 2 จำนวน 144 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างถึงในบุญชม ศรีสะอาด, 2556) ได้กลุ่มตัวอย่าง 103 คน นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและเป็นมานานอย่างน้อย 1 ปี นับถือศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่ในตำบลบางปลานานกว่า 6 เดือน โดยไม่มีความผิดปกติทางไต ต่อมไร้ท่อ ระบบหลอดเลือด และระบบประสาทมาก่อน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 30 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

คุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่ม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.253/2560 และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเซ็นทรัลพาร์กคลินิก สาขา 2 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือการถอนตัว การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ความถี่และร้อยละ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

วิเคราะห์อำนาจปัจจัยการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter Method) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 61 คน (ร้อยละ 75.2) เพศชาย 19 คน (ร้อยละ 24.8) อายุเฉลี่ย 60.57 ปี (S.D. = 12.97) สถานภาพสมรสคู่ 45 ราย (ร้อยละ 55.4) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว 54 ครอบครัว (ร้อยละ 67.8) และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด 45 คน (ร้อยละ 55.3) มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม 78 คน (ร้อยละ 96.7) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 62 คน (ร้อยละ 77.7) รองลงมาคือโรคเบาหวาน 10 คน (ร้อยละ 12.4) กลุ่ม

ตัวอย่างมีระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.35 ปี (S.D. = 6.89) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (ร้อยละ 37.2)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (\bar{x} = 3.44, S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับดี (\bar{x} = 4.20, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี (\bar{x} = 3.64, S.D. = 0.72) ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี (\bar{x} = 3.55, S.D. = 0.78) และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีเช่นกัน (\bar{x} = 3.34, S.D. = 0.51) ส่วนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (\bar{x} = 2.98, S.D. = 0.91) และด้านโภชนาการ (\bar{x} = 2.93, S.D. = 0.36) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Max	Min	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	5	2	3.34	0.51	ดี
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	5	1	2.98	0.91	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	3	2	2.93	0.36	ปานกลาง
ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	4	1	3.64	0.72	ดี
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	5	1	4.20	0.78	ดี
ด้านการจัดการความเครียด	5	1	3.55	0.78	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	5	1	3.44	0.47	ดี

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น หลังจากนั้นใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบเข้า

พร้อมกัน (Enter Method) ซึ่งใช้หลักการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ แต่ละตัวจนครบทุกตัวที่ต้องการศึกษา ขณะที่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ และจะคัดเลือกตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เข้าในสมการทำนายเพื่อทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลอง (Goodness-of-fit Test) และเปรียบเทียบแบบจำลอง (Comparing Models) ที่ได้ ในการคัดเลือกตัวแปรเพื่อค้นหาปัจจัยทำนายนั้น ผู้วิจัยเลือกเฉพาะตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยกว่า 0.65 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5
อายุ (X1)	1				
ดัชนีมวลกาย (X2)	.033	1			
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (X3)	.106	-.068	1		
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (X4)	-.026	-.014	-.039	1	
อิทธิพลระหว่างบุคคล (X5)	.006	.031	.606	-.124	1

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุระหว่างตัวแปรทำนายต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ตัวแปรทำนาย	b	Beta
อิทธิพลระหว่างบุคคล	1.662	0.43*
อายุ	0.011	0.061*
ดัชนีมวลกาย	-0.019	-0.045*
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-0.504	-1.611*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.068	0.014*

Constant = 15.074, R square = .23, Adjusted R² = .479, F = 6.858, p < .001

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล ความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการถดถอย อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ โดยอิทธิพล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของ ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลมากที่สุด (beta = 0.43) รอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนาย ลงมา คือ อายุ (beta = 0.061) ดัชนีมวลกาย (beta = -0.045) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = -1.611$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.014$) ปัจจัยทั้งหมดสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 23.0 ($R^2 = 0.23$) และสามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

สมการถดถอยในรูปแบบมาตรฐาน

Z พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง = 0.43 (อิทธิพลระหว่างบุคคล) + 0.016 (อายุ) - 0.045 (ดัชนีมวลกาย) - 1.611 (การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) + 0.014 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ)

อภิปรายผล

1. จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 8.35 ปี (S.D. = 6.89) สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ (2555) สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อ ทั้ง 4 ครั้ง (2547 2548 2550 และ 2555) พบว่ากลุ่มไทยมุสลิมพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงสูงกว่าในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากสตรีชาวไทยมุสลิมมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ต้องคำนึงถึงหลักศาสนา มีการแต่งกายที่เหมาะสม สถานที่ออกกำลังกายต้องมิดชิดอยู่ในบริเวณบ้าน (นิรัชรา ลิลละฮ์กุลและ ปัทมา สุพรรณกุล, 2561) จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.98$, S.D. = 0.91) ประกอบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{x} = 2.93$, S.D. = 0.36) สอดคล้องกับข้อคำถามที่พบว่าอาหาร

ที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นซูปทางวู้ ซูปเอ็นวู้ เนื้อติดมัน แกงกะทิ แกงมัสดำหรือมัสมั่น แกงกะหรี่ (ร้อยละ 9.9) อาหารเหล่านี้จะให้พลังงานสูง เมื่อได้รับพลังงานในแต่ละวันมากเกินไปเกินกว่าความต้องการของร่างกายจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (ร้อยละ 37.2)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 0.78) สอดคล้องกับข้อคำถามที่พบว่าร้อยละของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประจำสม่ำเสมอมากที่สุดคือ การบอกกับตัวเองเสมอว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ที่ประทานมาให้ (ร้อยละ 56.2) และปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ละหมาด ถือศีลอด เพราะถือเป็นเรื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (ร้อยละ 48.8) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกัญจน์ สกกุลปัญญวัฒน์ (2557) พบว่าผู้สูงอายุชาวมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมากที่สุด ($\bar{x} = 3.52$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวไทยมุสลิมจะมีการปฏิบัติตามคำสอนที่ระบุไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานอย่างเคร่งครัด การปฏิบัติตามหลักทางศาสนาช่วยทำให้มีจิตใจสงบ ผิดกับสภาพของโรคอย่างเข้มแข็ง และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย คลายความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดการผ่อนคลาย จะมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดและมีผลต่อสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

ส่วนด้านที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านโภชนาการ ($\bar{x} = 2.93$, S.D. = 0.36) อธิบายว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวไทยมุสลิมลักษณะการบริโภคอาหารจะเลือกบริโภคอาหารที่



อนุมัติตามหลักการอิสลาม โดยอาหารที่นิยมบริโภคคือ อาหารที่ทำมาจากกะทิที่มีความมัน และปรุงด้วยน้ำบูดูที่มีรสเค็ม แต่ไม่คำนึงถึงตอยยิบันที่จะต้องมีความเค็มและมีประโยชน์ต่อร่างกาย สอดคล้องกับข้อความคำถามที่พบว่าร้อยละของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำเป็นประจำสม่ำเสมอมากที่สุดในเรื่องเติมน้ำบูดู น้ำปลา หรือซีอิ๊ว เพิ่มลงในกับข้าวหรืออาหารก่อนรับประทาน (ร้อยละ 17.4) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรัชรา ลิลละฮ์กุล และปัทมา สุพรรณกุล (2561) พบว่าอาหารพื้นบ้านชาวไทยมุสลิมจะเป็นอาหารที่เน้นแป้ง น้ำตาล กะทิ เช่น แกงมัสมั่น โรตีสินิตต่างๆ ซึ่งอาหารเหล่านี้ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน

2. โดยรวมปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล (beta = 0.43) อายุ (beta = 0.061) ดัชนีมวลกาย (beta = -0.045) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (beta = -1.611) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (beta = 0.014) สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 23.0 ($R^2 = 0.23$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ และคณะ (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2011) กล่าวว่าลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ของแต่ละคนมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาแต่ละรายด้านจะพบว่าอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างในด้านพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อระดับความตั้งใจในการปฏิบัติหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.57 ปี ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านร้อยละ 55.3 และ

ส่วนใหญ่มิมีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.35 ปี ซึ่งน่าจะอยู่ในช่วงอายุที่สามารถรับผิตชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและ คนอื่นๆ ได้ ประกอบกับได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตัวเองจากบุคคลรอบข้าง ทั้งคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับของอริยา ทองกร (2550 อ้างถึงใน อานนท์ สีดาเพ็ง และนิคม มูลเมือง, 2556) พบจำนวนงานวิจัยที่บ่งบอกว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึง 16 เรื่อง จากจำนวนงานวิจัย 77 เรื่อง ส่วนดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มิมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน 30 คน (ร้อยละ 37.2) สอดคล้องกับการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายที่ต้องเป็นไปตามหลักศาสนา ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่ากลุ่มสตรีไทยมุสลิมมีการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มชายไทยมุสลิม โดยสตรีมีการออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 19.2 ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้คนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ เป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2011) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่า การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.05$, S.D. = 0.60) จึงปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 67.8) ซึ่งความใกล้ชิดกันระหว่างบุคคลในครอบครัว อาจหล่อหลอมให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกันออกมา สอดคล้องกับ



ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ และคณะ (2558) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ($\beta = .338, p < .01$) ส่วนการศึกษาของปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ (2554) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล ($\beta = .338, p < .01$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเช่นกัน

ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่าอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.09$ (S.D. = 0.49) อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้บุคคลกระทำกิจกรรมมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการอ่านคัมภีร์อัลกรุอัน การละหมาดแสดงความจงรักภักดีต่อพระอัลลอฮ์ ช่วยทำให้มีจิตใจสงบ เป็นผลดีต่อโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52.1) จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 0.78) สอดคล้องการศึกษาของทิพย์วดี พันธภาค (2552) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = .39, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพ

พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.71$, S.D. = 0.61) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2011) กล่าวว่าหากการที่บุคคลจะประเมินถึงสิ่งกีดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความรู้สึกหรือการคาดคะเนของตนเอง หากเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีน้อย บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสูง มีศักยภาพในการเรียนรู้ สามารถคิดวินิจฉัยได้ตรง และมีการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี จึงทำให้มองว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญฤทัย พันธุ์ และจันทร์ฉาย มณีวงศ์ (2559) พบว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ ($\beta = .070, p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมสุขภาพควรเน้นด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการให้แก่ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตและตามหลักคำสอนในคัมภีร์อัลกรุอัน



เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือคลายเครียด*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญฤทัย พันธู และจันทร์ฉาย มณีวงศ์. (2559) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง. *The Journal Baromora-jonani College of Nursing Nakhon-ratchasima*. 22 (1): 93-105.

คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และการสาธารณสุข. (2552). *โรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2551. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*

ซูไมยะ เต็งสาแม และคณะ. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดยะลา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 45(1): 18-27.

ทิพย์วดี พันธภาค. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิพพาทย์ สิ้นทรัพย์, จิณวัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*. 28 (1). 100 -111.

บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน และวิโรจน์ วรรณภิระ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 5(3): 17-28.

ปวีตรา จรรย์สกุลวงศ์ และคณะ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 7(3): 26-36.

มาติฮะห์ มะเก็ง, ปิยะนุช จิตตุนนท์ และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. (2558) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 38(1): 46-62

นිරัชรา ลิลละฮ์กุล และปัทมา สุพรรณกุล. (2561). วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 5 (2): 302-312.



วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพฯ: เดอะกราฟิกโก้ ซีเอสเอ็ม จำกัด.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิกัญจน์ สกกุลปัญญาวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมกรณีศึกษา อำเภอองครักษ์ ตำบลองครักษ์ จ.นครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 15(3): 353-360.

ศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ (2555) สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกลุ่มประชากรไทยมุสลิม ภายใต้การสำรวจ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ. จาก <https://www.muslim4health.or.th>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจอนามัย สวัสดิการ และการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2550.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง.* จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php>.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564).* กรุงเทพมหานคร: อีโมชั่น อาร์ต จำกัด.

โสภิต ทิพย์รัตน์. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (วิชาการพยาบาลศาสตร์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อานนท์ สีดาเพ็ง และ นิคม มูลเมือง. (2556). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัย. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.* 1(1): 59-86.

Daugherty, S.L., Powers, J.D., Magid, D.J., Tavel, H.M., Masoudi, F.A., Margolis, K.L., O'connor, P.J., Selby, J.V. and Ho, P.M. (2012). Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation.* CIRCULATIONAHA-111.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice.* 6th ed. Boston: Pearson. 2011

Sim, J. J., Bhandari, S. K., Shi, J., Reynolds, K., Calhoun, D. A., Kalantar-Zadeh, K., & Jacobsen, S. J. (2015). Comparative risk of renal, cardiovascular, and mortality outcomes in controlled, uncontrolled resistant, and nonresistant hypertension. *Kidney international.* 88(3): 622-632.