



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง

**Factors Influencing of Health Promotion Behaviors in Muslim Elders With
Hypertension**

ทิพย์วดี พันธภาค

Thipwadee Phantapak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง
ผู้เขียน	นางสาวทิพย์วดี พันธภาค
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2552

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมุสลิมที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสะเดาและโรงพยาบาลจะนะ จำนวน 126 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงคือ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และอิทธิพลด้านสถานการณ์โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 49

($R^2 = .49$, $p < .01$) และปัจจัยที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ อิทธิพลระหว่างบุคคล ($\beta = .50$, $R^2 = .25$, $p < .01$) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและผู้นำศาสนาให้เข้ามามีส่วนร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงสามารถประกอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้

Thesis Title	Factors Influencing of Health Promotion Behaviors in Muslim Elders With Hypertension
Author	Miss Thipwadee Phantapak
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2009

ABSTRACT

This research aimed to explore predicting factors of health promotion behaviors in Muslim elders with hypertension. The sample comprised 126 Muslim elders attending the hypertension clinic at Sadao Hospital and Jana Hospital. Subjects were selected by purposive sampling. The instruments consisted of a demographic data form, health promotion behaviors questionnaire, and factors influencing health promotion behaviors questionnaire, covering perceived benefits of health promotion behaviors, perceived barriers to performing health promoting behaviors, perceived self-efficacy in health promoting practices, health promoting activity related affect, interpersonal influences and situational influences on health promoting practices. The questionnaires were evaluated by three experts for their content validity. The health promotion behaviors questionnaire and factors influencing health promotion behaviors questionnaire were examined for their internal consistency, yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.71 and 0.79, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results showed that most health promotion behaviors of the subjects were at a good level, but behavior related to physical activity was at a moderate level. Most influencing factors perceived by the subjects were at a high level, except perceived barriers which were at a moderate level. Stepwise multiple regression analysis showed that 49 percent of the variation of health promoting behaviors could be explained by interpersonal influences, perceived benefits, perceived self-efficacy, the activity-related affect, and situational influences. The most powerful predictor was interpersonal influences while perceived barriers could not predict the health promotion behaviors.

These findings could be used as basic data for promoting health of Muslim elders with hypertension by encouraging interpersonal influences. Family members and religious leaders should be encouraged to participate with local health care providers in promoting health behaviors of Muslim elders with hypertension.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ ที่กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมถึงคอยให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้อง สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุมุสลิมทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกระดับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน ที่เปิดโอกาสให้ ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ผู้ร่วมงาน โรงพยาบาลสะเดาทุกท่านที่เสียสละทำงานเพิ่มขึ้น

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ที่เป็นที่รักยิ่ง ผู้คอยดูแลเอาใจใส่ด้วยความรักความห่วงใยเสมอมา รวมถึงน้องสาวที่คอยเป็นแรงใจ ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจอย่างดี ตลอดจนมาจนประสบผลสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ทิพย์วดี พันธภาค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	9
ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง.....	9
การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง.....	9
สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง.....	11
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง.....	11
พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง.....	12
ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง.....	13
การรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง.....	14
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	15

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	15
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006).....	16
วิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง.....	19
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทั่วไปตามหลักศาสนาอิสลาม.....	19
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง.....	20
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความ ดันโลหิตสูง.....	29
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	30
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	31
การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	32
ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ.....	33
อิทธิพลระหว่างบุคคล.....	33
อิทธิพลด้านสถานการณ์.....	34
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิจัย.....	46
อภิปรายผล.....	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	71
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก.....	83
ก ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ.....	84
ข ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	88
ค การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ผู้วิจัย).....	99
ง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ช่วยวิจัย).....	100
จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	101
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	110
ประวัติผู้เขียน.....	111

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 126).....	47
2	ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (N = 126).....	50
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (N = 126)..	51
4	ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (N = 126).....	54
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง (N= 126).....	55
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง (N = 126).....	56
7	เมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	86
8	ความสัมพันธ์และความเป็นอิสระต่อกันของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	87
9	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง (N = 126).....	88
10	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง (N = 126).....	93

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย อัตราตายของประชาชนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่าในปี พ.ศ.2548-2550 ที่ผ่านมา และยิ่งพบมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจากการรณรงค์วัดความดันโลหิตในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปเมื่อเดือนกันยายน 2550 พบผู้มีความดันโลหิตสูงมากถึง 2 ล้าน 4 แสนคน ในจำนวนนี้มีเกินกว่าครึ่งที่ยังไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและประเทศชาติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่หลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัว ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญของร่างกายถูกทำลาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไตและตา ก่อให้เกิดปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวายและจอตาเสื่อม ซึ่งทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบได้ร้อยละ 90-95 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมจิต, 2541) มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ ทั้งด้านระบบฮอร์โมน พันธุกรรม รวมถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน (สุพรชัย, 2542)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักว่าตนมีความเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมักไม่ค่อยแสดงอาการ ผู้ป่วยจึงดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติเหมือนคนไม่เจ็บป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ายังขาดการแสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (วันเพ็ญ, 2543; วาสนา, 2547) มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมคือ รับประทานอาหารรสเค็มๆ มันๆ รวมถึงอาหารทอด (ขนิษฐา, 2542; พัชรินทร์, 2546) รวมถึงมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ (สุริย์, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้

ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (ฉลวย, 2548; ชนิกันต์, 2549; คุษฎี, 2549; วันเพ็ญ, 2543; สุริย์, 2549) แสดงว่าหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม รับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นได้ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีด้วย ตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ใน ระดับสูง จะเป็นการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) เป็นการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพในผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีความเจ็บป่วย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ได้อยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 2006) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจ ไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่สำคัญในการจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นคือ ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของ ตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้าน สถานการณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ได้มีการศึกษาที่ ครอบคลุมทุกตัวแปรในปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมและยังไม่พบ การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นมุสลิม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) นั้นประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออก กำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับ ความเครียด

สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมแม้ว่าปัญหาสุขภาพจะไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุอื่นๆ แต่การดูแล ส่งเสริมสุขภาพต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิต สำหรับมุสลิมในภาคใต้เน้นการบริโภค อาหารนิยมนรสเค็มๆ มันๆ และอาหารทอด เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู เนื้อติดมัน โรตีสี มะตะบะ รวมถึง การดื่มน้ำชา กาแฟ ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่ปฏิบัติกันมายาวนาน ถึงแม้ว่าศาสนาอิสลามจะมีข้อปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแต่ก็เป็นหลักคำสอนแบบทั่วๆ ไปจากคัมภีร์อัลกุรอานซึ่งถือเป็นแนวทาง ในการดำเนินชีวิตในทุกด้านและมีการนำจริยวัตรของท่านศาสดามุฮัมมัดมาเป็นแบบอย่าง (ดำรง, 2547) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ทราบชัดว่าปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมได้ดีที่สุด เพื่อนำข้อเท็จจริงที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน
2. เพื่ออธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ในผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อทดสอบปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่

ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงได้มากน้อยเพียงใด

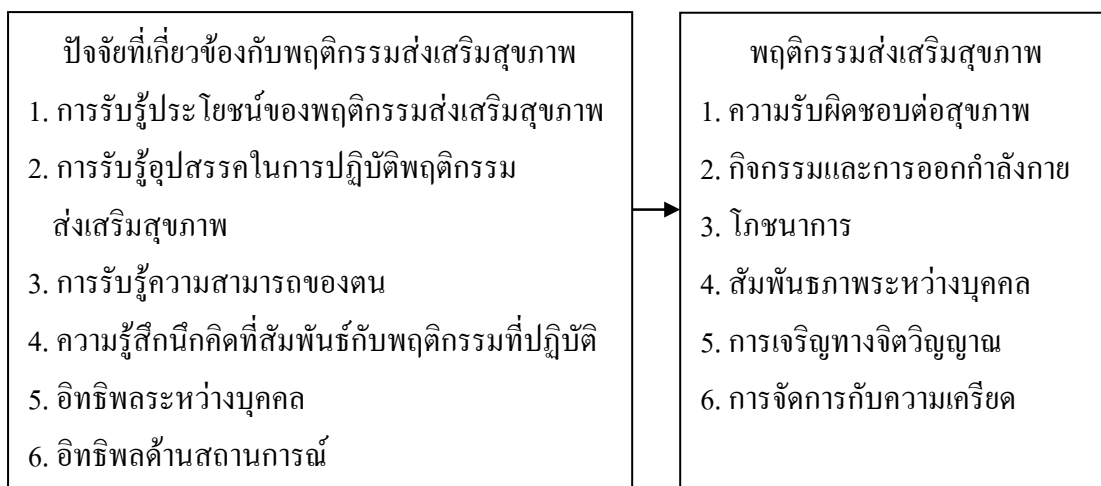
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมี 3 ปัจจัยด้วยกันคือ 1) ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) 2) ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) และ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral outcome)

ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ การศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จึงไม่นำมาศึกษา

ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมนั้นเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจ และนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมากที่สุด ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล (บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (ทางเลือกหรือสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรม) ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมเป็นวัยที่ต้องการการจูงใจ การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพที่จะมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้านคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาตัวแปรด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงว่าปัจจัยใดที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดความรุนแรงของโรคและเพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป กรอบแนวคิดในการวิจัยสรุปได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุม โรคซึ่งแบ่งออกได้เป็น 6 ด้านคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับข้อจำกัดและสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จ

ความรู้สึกรู้สึกดีที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ รู้สึกสนุกสนาน สดชื่น หรือเบื่อหน่าย ไม่พอใจ ซึ่งเคยเกิดขึ้นก่อนปฏิบัติพฤติกรรม ขณะปฏิบัติพฤติกรรม และภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ความคิดเห็น การเรียนรู้ของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงต่อความเชื่อ ทศนคติ หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ การได้รับกำลังใจ

อิทธิพลด้านสถานการณ์ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงต่อเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมในครอบครัว ชุมชนที่เหมาะสมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การมีชมรมออกกำลังกาย มีการจัดอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยยึดกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) เป็นหลัก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจะนะ และโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 126 ราย

ความสำคัญของการวิจัย

เพื่อให้บุคลากรที่มีสุขภาพใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการวิจัยดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง
 - 1.3 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.6 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.7 การรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. วิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไปตามหลักศาสนาอิสลาม
 - 3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การมีความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มีค่ามากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มีค่ามากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางสมอง จอตา หัวใจหรือไต (WHO, 1996)

ความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุได้ 2 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension or primary hypertension) เชื่อว่าสาเหตุเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุก็ต่อเมื่อตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วไม่พบสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สมจิต, 2541) และความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ หรือความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมจิต, 2541) สาเหตุที่ทำให้เกิด ได้แก่ โรคพิษแห่งครรภ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด การอุดตันของหลอดเลือดแดงเออร์ต้า ไตอักเสบ เนื้องอกของต่อมหมวกไต โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (arteriosclerosis)

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จำแนกเหมือนกับกลุ่มต่างๆ ไป ดังนี้

1. จำแนกโดยอาศัยระดับความดันโลหิต ซึ่งแบ่งระดับความดันโลหิตตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee [JNC], 2003) กำหนดเกณฑ์ประเมินเพื่อจำแนกความดันโลหิตสูงไว้ ดังนี้

ความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	< 120	และ	< 80
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120 – 139	หรือ	80 – 89
ความดันโลหิตสูง			
ระยะที่ 1	140 – 159	หรือ	90 – 99
ระยะที่ 2	≥ 160	หรือ	100
ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก	≥ 140	และ	< 90

2. จำแนกตามสาเหตุการเกิด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential hypertension) ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 95 ของความดันโลหิตสูงทั้งหมด แต่สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (JNC, 2003) พบว่ายังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และประวัติครอบครัวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนกำหนด

2.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยกว่า ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากโรคอื่นๆ เช่น สาเหตุจากไต สาเหตุจากระบบต่อมไร้ท่อ สาเหตุจากระบบประสาท สาเหตุจากยาและสารเคมี หรือจากภาวะการสูงอายุ เป็นต้น

3. จำแนกตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ (WHO, 1996)

ระยะที่ 1 ความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีการตรวจพบความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ

ระยะที่ 2 ความดันโลหิตสูงและตรวจพบความเสื่อมสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

- 1) เวนทริเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกายหรือเอกซเรย์ทรวงอก
- 2) หลอดเลือดแดงเรตินามีการตีบทั่วไปหมดหรือเฉพาะส่วน
- 3) พบไข่ขาวในปัสสาวะหรือซีรัมครีอะตินินสูงกว่าปกติ

ระยะที่ 3 ความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ว่าอวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

- 1) ภาวะหัวใจวาย
- 2) อัมพาตที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมองหรือภาวะสมองบวม
- 3) เรติน่าผิดปกติจากความดันโลหิตสูง ประสาทตาบวม

ในปัจจุบันการจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงนั้น บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจะใช้เกณฑ์เดียวกันในการแบ่งระดับของค่าความดันโลหิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เพื่อ

เป็นการค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น สามารถให้คำแนะนำและให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โดยส่วนใหญ่แล้วความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักไม่ทราบสาเหตุ แต่มีการศึกษาที่เชื่อว่ามีปัจจัยสำคัญที่มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ได้แก่ แรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากกลไกหลายอย่าง (ชูศักดิ์, 2538) ดังนี้

1. มีการแข็งตัวของหลอดเลือด เนื้อเยื่อคอลลาเจนบริเวณหลอดเลือดทั่วร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเสียดความยืดหยุ่น นอกจากนั้นความต้านทานภายในหลอดเลือดแดงลดลงในขณะที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ลักษณะเช่นนี้ทำให้ pulse pressure กว้างมากขึ้น ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความดันซิสโตลิกสูงและความดันไดแอสโตลิกต่ำหรือสูงกว่าปกติเล็กน้อย

2. ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ (Baroreceptor) ในหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะทำงานลดลง ทำให้กลไกการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้การทำงานของฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟรินเด่นมากขึ้น ซึ่งเป็นผลให้แรงต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ทำให้สารที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวที่เรียกว่า เอ็นโดทีเลียนไดรว์เรล็กซิงแฟกเตอร์ (Endothelial-driven relaxing factor: EDRF) ลดลงจึงเป็นเหตุให้หลอดเลือดมีแรงต้านมากขึ้น

4. หน้าที่ของไตเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น อัตราการกรองน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่ไตจะลดลง ทำให้ไม่สามารถขับโซเดียมออกได้ตามปกติเป็นเหตุให้มีโซเดียมคั่ง ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการคั่งน้ำเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

5. ประสิทธิภาพของฮอร์โมนเรนิน (rennin) ลดลง มีผลทำให้หลอดเลือดของผู้สูงอายุเกิดแรงต้านมากขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลและปัจจัยอื่นๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการรับประทานเกลือเกินวันละ 6 กรัม หรือมากกว่า 1 ช้อนชา เชื่อว่าเกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาณเลือดในร่างกาย และทำให้กลไกการตอบสนองของระบบ

หัวใจและหลอดเลือด หรือกลไกของไตต่อระบบประสาทซิมพาเทติกสูงขึ้น และการรับประทานอาหารรสหวาน พบว่า น้ำตาลทำให้หลอดเลือดมีความเสื่อมเร็วขึ้น (ชนิกานต์, 2550)

2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก จะเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าดื่มในจำนวนวันละมากกว่า 60 ซีซี อัตราการเกิดโรคและโรคแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้น (พร้อมจิต, 2539)

3. ภาวะอ้วน กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ซึ่งทำให้มีการเพิ่มการซึมผ่านและปริมาณของเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงอ้วนมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วนถึง 4 เท่า (สุพรชัย, 2542)

4. การสูบบุหรี่ ผลของนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่ ทำให้ร่างกายมีการหลั่งแคทีโกลามีนภายหลังจากการสูบบุหรี่ มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ (วิมลรัตน์, 2544)

5. ภาวะเครียด เช่น ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อยล้า ความกังวล การได้รับสารพิษ การเจ็บป่วย ผลของความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งของสารนอร์อีพิเนฟริน ซึ่งจะไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารเรนินทำให้หลอดเลือดหดตัว และต่อมหมวกไตสร้างสารอัลโดสเตอโรน ทำให้มีการดูดซึมโซเดียมกลับเข้ากระแสเลือด จึงมีผลทำให้ความดันโลหิตสูง (ชนิกานต์, 2550)

6. กรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอุบัติการณ์เป็นสองเท่าในบุคคลที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง (จักรพันธ์, 2550)

7. เพศ ในเพศหญิงและเพศชาย จะมีความแตกต่างของระดับความดันโลหิตโดยอายุที่มากกว่า 60 ปี เพศหญิงจะมีอัตราภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน โดยเพศหญิงมากกว่า 60 เปอร์เซ็นต์จะมีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของเรนินในกระแสเลือด ทำให้มีผลต่อการดูดน้ำกลับสู่ร่างกายมากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (สุจิตรา, 2549)

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิต คือ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (Cardiac output) และความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การที่มีระดับความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัย หรือจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชย ซึ่งปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน และระบบการทำงานของไต ดังนี้ (ทรัพย์ทรวง, 2545)

1. การกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกส่วนแอลฟา ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวจึงมีความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก จะมีผลต่อการทำงานของระบบเรินินแองจิโอเทนซิน ทำให้ผลิตแองจิโอเทนซิน II ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น และการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกส่วนเบต้า ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น จึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ

2. การลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลงซึ่งจะไปกระตุ้นระบบเรินินแองจิโอเทนซินทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายและแองจิโอเทนซิน II ในระบบไหลเวียน จะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนจากต่อมหมวกไตส่วนนอก ซึ่งมีผลในการดูดซึมน้ำและโซเดียมที่ไต ปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มสูงขึ้น

3. ต่อมาได้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมน คือ แอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic hormone: ADH) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน และฮอร์โมนดังกล่าวยังมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรงจึงทำอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัวมากยิ่งขึ้น

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในระยะแรกมักไม่ปรากฏอาการ แต่จะปรากฏขณะที่มีความดันโลหิตสูงมาก อาการที่พบบ่อย คือ ปวดศีรษะแบบตื้อๆ บริเวณท้ายทอยในช่วงเช้า เวียนศีรษะ ตามัว อ่อนเพลียและใจสั่นร่วมด้วย (จักรพันธ์, 2550) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไว้ตลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. สมอง ความดันโลหิตสูงในวัยผู้สูงอายุนั้นพบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 3 – 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกันที่มีระดับความดันโลหิตปกติ (WHO, 1999) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมองมีการตีบแคบและขาดความยืดหยุ่น เกิดหลอดเลือดแดงในสมองแตกหรืออุดตันได้ ทำให้สมองขาดเลือด และเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ สับสน ซึม ชัก หมดสติหรือเสียชีวิตได้ (พึงใจ, 2541)

2. หัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจต้องบีบตัวต้านต่อความดันโลหิตสูง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัว มีความหนามากขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก ก่อให้เกิดภาวะหัวใจวาย

ได้ ภาวะความดันโลหิตสูงระยะเวลานานจะทำให้หัวใจขาดเลือดเกิดโรคหัวใจโคโรนารี และมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (จักรพันธ์, 2550)

3. หลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาตัวขึ้น มีการทำลายของผนังหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี เกิดการอุดตันหรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันทำให้อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ สมอง และไต ขาดเลือดไปเลี้ยง (Potter, 2003)

4. ไต ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาขึ้นทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองที่ไตลดลงและมีการทำลายของหน่วยไต ความสามารถของไตในการกำจัดของเสียจึงบกพร่องเกิดของเสียคั่งในร่างกาย ถ้าการคั่งของของเสียในร่างกายอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด เกิดภาวะไตวายเรื้อรังตามมาอาจทำให้หมดสติและเสียชีวิตได้ (จักรพันธ์, 2550)

5. ตา จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจอรับภาพ (retina) ของตา เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบตัน ต่อมาอาจเกิดการแตกที่จอรับภาพทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้ (สุภาวดี, 2543)

การรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ป้องกันความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว ซึ่งหลักเกณฑ์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี (สุกษัย และคณะ, 2544; JNC, 2003) ได้แก่

1. การรักษาทางยา (pharmacologic treatment) ถือสำคัญในการตัดสินใจเริ่มต้นรักษา ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงด้วยยาโดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความรุนแรงของระดับความดันโลหิต การได้รับความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย การมีโรคที่เป็นอยู่เดิม และต้องทราบถึงข้อบ่งชี้ ตำแหน่งและกลไกการออกฤทธิ์ของยา โดยเฉพาะผลข้างเคียงของยาอันเกิดจากต้องให้ยาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งยาที่ใช้ในการลดความดันโลหิตแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ คือ ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ยาด้านระบบประสาทอัตโนมัติ (antiadrenergic agent) ยาขยายหลอดเลือด (arterial vasodilators) ยาแคลเซียม (calcium antagonists) และยากด angiotensin II receptor antagonist หลักในการให้ยาในผู้สูงอายุควรเริ่มให้ช้าๆ และในปริมาณที่ต่ำโดยค่อยๆ เพิ่มขนาดยาโดยควบคุมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาให้น้อยที่สุด ที่สำคัญระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาดังกล่าวและควรรับประทานไม่เกินวันละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุลืมรับประทานยา (จักรพันธ์, 2550)

2. การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (life-style modification) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยา ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโดยอาจจะใช้วิธีควบคุมระดับความดันโลหิตเพียงวิธีเดียวหรือร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วยก็ได้ ควรเน้นให้ผู้สูงอายุทุกรายตระหนักถึง

ความสำคัญและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักส่วนเกิน หยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดปริมาณ การดื่มแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการจนกว่าจะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้หรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งความชุกของโรคจะพบตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นและมักพบในผู้ที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความสุข เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Murray & Zentner, 1993) เป็นกิจกรรมที่บุคคลหนึ่งกระทำเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุข ซึ่งเป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกับการดูแลตนเอง (กนกพร, 2540) เป็นการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ ซึ่งสามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Pender, 2006)

จากความหมายข้างต้น ผู้วิจัยได้เลือกใช้ความหมายตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) เพราะมีแนวคิดที่กว้าง ครอบคลุมกว่าแนวคิดอื่นๆ เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งในกลุ่มบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติและในภาวะที่เจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมักไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่ยังคงดำเนินชีวิตเหมือนกับบุคคลทั่วไปที่ไม่มีโรค การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็ นโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ได้อยู่แล้วให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ที่เป็ นโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรค มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิต

สูงตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีความคุ้มค่าและได้มาซึ่งประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 ประการคือ

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตามมา ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ตัวทำนายที่ดีที่สุดคือความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกับพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัย และยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประโยชน์ และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงหรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychological factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จึงไม่ค่อยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจ และนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefits of action) เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรมใดๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ที่กล่าวว่า การคาดการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้เวลา และแหล่งประโยชน์ในการทำกิจกรรม ที่น่าจะเพิ่มประสบการณ์ของตนเองไปในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ในระยะแรก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอกอาจจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ต่อมาประโยชน์ภายในอาจจะมีพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers to action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือเกิดขึ้นจริงก็ได้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อุปสรรคเป็นเหมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมหรือจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived self-efficacy) เป็นการประเมินความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมโดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้ อย่างไร การตัดสินใจความสามารถของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจที่ผลลัพธ์ เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งเสริมให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ และไม่มีทักษะ

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related affect) เป็นความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนปฏิบัติพฤติกรรม ขณะปฏิบัติพฤติกรรม และ

ภายหลังปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เก็บไว้ในความทรงจำและนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองต่อความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทหรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้น ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ให้ยาวนานขึ้น ถ้ากิจกรรมนั้นให้ผลในทางบวกต่อความรู้สึก เช่น สนุกสนาน พึงพอใจ เพลิดเพลิน บุคคลก็จะปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในด้านลบ เช่น เบื่อหน่าย ไม่พอใจ อึดอัด บุคคลก็จะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ดังนั้นความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นการเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น โดยการเรียนรู้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความ เป็นจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ 1) บรรทัดฐานทางสังคม เป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการกระทำ ซึ่งบุคคลสามารถที่จะยอมรับหรือปฏิเสธได้ 2) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือในด้านอุปกรณ์และกำลังใจที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และ 3) การเป็นแบบอย่าง เป็นการเรียนรู้พฤติกรรมของบุคคลจากบุคคลอื่น โดยผ่านการสังเกต และประสบการณ์การกระทำนั้นแล้วนำมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งกระบวนการทั้ง 3 นี้จะเป็นสิ่งโน้มน้าวให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะของความต้อ งการ และความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความมุ่งมั่นที่จะวางแผนกระทำพฤติกรรม

3. ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม (Behavioral outcome) การกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะดึงให้บุคคลเข้าสู่และผ่านพฤติกรรมไปได้ ประกอบด้วย

3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Commitment to a plan of action) เกิดจากกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่ต้องการดำเนินการกระทำกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งที่เฉพาะเจาะจงในเวลา สถานที่ และกับบุคคลที่เลือกสรร โดยไม่คำนึงถึงสิ่งใดและเป็นการระบุแนวทางในการดำเนินการ และการสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมของบุคคลด้วย

3.2 ความต้องการและความพอใจที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่จะกระทำตามความต้องการกับความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จากสภาพแวดล้อมที่บุคคลไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า และการได้รับสิ่งที่ชอบหรือสิ่งที่พอใจที่คอยเสริมแรงความต้องการที่เกิดขึ้นมานี้ทำให้การควบคุมสภาพแวดล้อมมีความเป็นไปได้สูงเมื่อเลือกได้ว่าจะกระทำตามสิ่งใดก็จะส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion behavior) เป็นจุดสุดท้ายของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก เมื่อผสมผสานไปกับแบบแผนชีวิตจะส่งผลให้เสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกระยะของชีวิต ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมโรค
ความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไปตามหลักศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามเป็นแนวทางแห่งชีวิต เน้นทุกแง่มุมในชีวิตมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นด้านความเชื่อที่ตั้งอยู่บนหลักของพระเจ้าองค์เดียว ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักด้านการปฏิบัติเพื่อความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ตามรูปแบบต่างๆ ศาสนาอิสลามไม่ใช่เพียงแค่เรื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเท่านั้น แต่ยังเป็นหนึ่งเดียวกับวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา รวมถึงสุขภาพ (มาหะมะ, 2551)

สุขภาพอนามัยตามหลักศาสนาอิสลามนั้นไม่แตกต่างไปจากศาสนาอื่นๆ คือเป็นการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ความคิดและจิตใจ มิใช่เฉพาะการปราศจากโรคเท่านั้น การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของภาระหน้าที่ของมนุษย์ต่อตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กษิณิษ, 2548)

1. การรักษาความสะอาด เป็นพื้นฐานของการรักษาสุขภาพอนามัย เพราะความสกปรกนั้นเป็นบ่อเกิดของโรคหรือความชั่วร้ายต่างๆ ศาสนาอิสลามจะไม่ถือว่าคนๆ หนึ่งเป็นมุสลิมที่แท้จริง ถ้าหากไม่รักษาความสะอาดของร่างกายและไม่หลีกเลี่ยงความสกปรก

2. การโภชนาการ ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโภชนาการมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การ

เลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าสูง การทำความสะอาดอาหารก่อนบริโภคและการเตรียมอาหาร อิสลามห้ามกินและดื่มสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ซากสัตว์ เลือด เนื้อหมู ยาเสพติดและเหล้า

แม้ว่าศาสนาอิสลามไม่มีข้อกำหนดเรื่องการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เกลือ และไขมัน แต่ผู้สูงอายุมุสลิมจะต้องตระหนักและปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ความดันโลหิตสูงเพราะถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแลสุขภาพของคนตามแนวทางของอัลลอฮ์

3. การพักผ่อน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพ ศาสนาอิสลามได้กำหนดให้มีการพักผ่อนทั้งทางกายและใจ ซึ่งการพักผ่อนลักษณะแรกคือ การพักผ่อนในลักษณะของการจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ตามรูปแบบที่ศาสนากำหนด เช่น การละหมาดและการถือศีลอด ในระยะเวลาของการละหมาดนั้นจะต้องมีจิตใจจดจ่อกับการเคารพและระลึกถึงอัลลอฮ์ เป็นการเสริมสร้างสมาธิ ทำให้มีจิตใจเข้มแข็งและสุขสงบ เป็นคนมีความนอบน้อมต่อมตน ส่วนการพักผ่อนลักษณะที่สองคือ การถือศีลอด มีผลต่อสุขภาพในแง่ของการพักผ่อนคือ 1) ช่วยควบคุมสติอารมณ์ โดยการไม่กระทำหรือคิดในสิ่งที่จะทำให้เกิดความรู้สึกโกรธแค้น อิจฉาริษยา ลุ่มหลง เป็นต้น 2) ช่วยให้ระลึกถึงอัลลอฮ์ตลอดเวลา เพื่อให้จิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน มีจิตใจมั่นคงนอบน้อมต่อมตน

จะเห็นได้ว่าการพักผ่อนตามแนวทางของศาสนาอิสลามในรูปแบบของการละหมาดและการถือศีลอดดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้จิตใจได้พักผ่อนคลายด้วยเช่นกัน โดยระบบประสาทซิมพาเทติก มีการหลั่งสารเอ็นโดฟินส์ (endorphins) ทำให้รู้สึกสบายผ่อนคลาย และลดการหลั่งของฮอร์โมนอะดรีนาลิน (adrenaline) จากต่อมหมวกไต ขณะเดียวกันไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดขาวซึ่งจะเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย และที่สำคัญจะทำให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ร่างกายทุกระบบได้พัก มีการใช้พลังงานลดลง หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง (พัทยา, 2541)

4. การรักษาโรค ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรค เมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษาไม่ให้ปล่อยปละละเลยให้ตัวเองต้องตกอยู่ในความเสียหายและปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังเพราะอัลลอฮ์จะไม่ส่งโรคต่างๆ โดยปราศจากการส่งยาที่เหมาะสมกับโรคนั้นๆ (กษนิษ, 2548) ดังนั้นผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อเป็นการดูแลรักษาสุขภาพของตนให้สอดคล้องกับคำสอนตามหลักศาสนา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ซึ่งการรักษาต้องประกอบด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมควบคู่กันไป การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

1. พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ควรมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในการสนใจและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง แสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ ควบคุมรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจเป็นปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เช่น ด้านการมองเห็นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสายตา อ่านฉลากยาได้ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการใช้ยาได้ (ปิยนุช, 2549) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิด จากการที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ทำให้การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลง เกิดภาวะหลงลืม (วิไลวรรณ, 2545) ซึ่งการลืมรับประทานยาเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านการได้ยิน ทำให้ความสามารถในการได้ยินลดลง เกิดความไม่เข้าใจหรือได้ยินคำแนะนำของบุคลากรที่มสุขภาพได้ไม่ชัดเจน จึงอาจเป็นปัญหาในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาของปิยนุช (2549) เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.60 เท่าของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าและเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อยมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่าของผู้ที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับมาก และพบว่าผู้ที่สูงอายุรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เป็นผลจากการหลงลืมจากการที่เซลล์สมองทำงานลดลง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติจะมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยามากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และผู้ที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อยก็เสี่ยงต่อการไม่รับประทานยามากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมาก อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอยู่ไม่ได้รุนแรง เพราะไม่ค่อยแสดงอาการจึงทำให้ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคติน เมื่อสูบบุหรี่หรือดมควันเข้าไป สาร

นิโคตินจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก หลังฮอร์โมนอะดรีนาลิน มีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น และในขณะที่สูบบุหรี่ระดับนิโคตินในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 25 – 50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร การสูบบุหรี่มวนแรกๆ จะกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นประมาณ 10 – 15 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูงขึ้น 5 – 10 มิลลิเมตรปรอท ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และพบว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อเซลล์เยื่อผิวของหลอดเลือดแดง ทำให้ทำงานผิดปกติ ซึ่งเชื่อว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่มีผลทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและหลอดเลือดตีบ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2549) นอกจากนี้ควรงดดื่มชา กาแฟ เนื่องจากกาแฟจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีการศึกษาในผู้ที่ดื่มกาแฟ 2 – 3 ถ้วยติดต่อกันพบว่าจะทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น 5 – 15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาทีและคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง (นิภา, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสตรีแต่มีการศึกษาในกลุ่มวัยกลางคน ได้แก่ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดชลบุรีพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (อายุระหว่าง 35-55 ปี) มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับดี แต่การแสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ยังมีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย (วันเพ็ญ, 2543) เนื่องจากการที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ไม่มีเวลาในการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ แต่จากการศึกษาของฉลวย (2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-44 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย และไม่มีโรคประจำตัวจึงไม่ได้ใส่ใจดูแลสุขภาพและไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และยังขาดการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และพบว่ายังมีการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านนี้เป็นบางครั้ง ไม่ได้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะให้ความรู้ คำแนะนำ รวมถึงสื่อต่างๆ ที่เผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน เพื่อกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุสตรีมุสลิมพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง

2. พฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และลดอาการแทรกซ้อนของโรค ช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพดี การออกกำลังกายในระดับที่เพียงพอจะสามารถลดความดันโลหิต ช่วยให้หัวใจมีประสิทธิภาพในการสูบฉีดโลหิตได้มากขึ้น ช่วยลดกรดไขมันอิสระซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้ยังช่วยเผาผลาญแคลอรีซึ่งมีผลทำให้น้ำหนักลดลง ช่วยลดความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และทำให้อารมณ์ดีขึ้น (สุจิตรา, 2549)

ประเภทของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงนั้นควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) หรือการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน เป็นการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ หมายถึง การออกกำลังกายที่ร่างกายมีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทั่วร่างกาย เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจ รวมทั้งระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ลักษณะการออกกำลังกายที่กล่าวถึงนี้ได้แก่ การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ เป็นต้น (สุวิมล, 2545) และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้านวัตถุ จะมีผลให้มีแรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตดีกว่าความหนักระดับสูง โดยต้องมีหลักการออกกำลังกายที่เหมาะสมถูกต้องเพื่อความปลอดภัยในการออกกำลังกาย ซึ่งหลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. ความถี่ (frequency) ของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (Pescatello et al., 2004) โดยระยะเริ่มต้นควรเริ่มที่ความถี่น้อยๆ ก่อนจนร่างกายสามารถรับได้ จึงค่อยๆ เพิ่มความถี่ขึ้นและทำอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายในความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์มีผลในการลดระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 70-100 (Takata et al., 2003)

2. ความหนักเบา (intensity) ของการออกกำลังกาย โดยมีเป้าหมายของความหนักเบาในการออกกำลังกายให้มีอัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด หรือประเมินได้จากระดับความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละคนเป็นเกณฑ์ดังนี้ 1) ความหนักเบาในการออกกำลังกายระดับต่ำ ผู้ที่ออกกำลังกายจะสามารถร้องเพลงได้อย่างสบายขณะออกกำลังกาย 2) ระดับปานกลาง ขณะออกกำลังกายผู้ที่ออกกำลังกายจะรู้สึกเหนื่อยแต่สามารถพูดกับผู้อื่นได้ 3) ระดับหนัก ผู้ที่ออกกำลังกายจะรู้สึกเหนื่อยมากไม่สามารถพูดคุยได้ ดังนั้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมต้องเริ่มโดยการออกกำลังกายที่ละน้อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่ระดับความหนักมากเกินไป อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (ศุภวรรณ และ ฉายศรี, 2542)

3. ระยะเวลาการออกกำลังกาย (time or duration) เป็นช่วงระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรออกกำลังกายนาน 20-30 นาทีต่อครั้ง ซึ่งระยะเวลาการออกกำลังกายมักจะเกี่ยวข้อง

กับความหนักเบาของการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายที่หนักแต่ใช้เวลาสั้นก็ให้ผล เช่นเดียวกับการออกกำลังกายที่เบาแต่ใช้เวลานาน (เรื่องศักดิ์, 2542) ซึ่งระยะเวลาของการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) เป็นการเริ่มต้นการออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อม ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที จะช่วยให้ปริมาณเลือดไหลเวียนเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เพิ่มขึ้น เพิ่มอุณหภูมิของร่างกายและอัตราการเต้นของหัวใจ ลักษณะของการออกกำลังกายที่ใช้ในการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดกล้ามเนื้อ วิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่ช้าๆ แล้วจึงออกกำลังกายอย่างอื่น

3.2 ระยะออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความทนทาน (Endurance) เป็นการออกกำลังกายที่หนักขึ้นและต่อเนื่องจากระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาทีจะช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น เป็นผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะการออกกำลังกายที่ดีควรใช้พลังงานอย่างน้อย 400 แคลอรี สำหรับการออกกำลังกายในระยะนี้ เช่น การปั่นจักรยาน การเดินเร็ววันละ 20-30 นาที การวิ่งเหยาะๆ เพื่อให้ได้ร้อยละ 75 ของอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

3.3 ระยะผ่อนคลาย (Cool down) เป็นช่วงภายหลังสิ้นสุดการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายเบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที หากมีการหยุดออกกำลังกายทันทีจะทำให้เลือดคั่งอยู่ในกล้ามเนื้อมาก เลือดจะไหลเวียนจากขากลับสู่หัวใจไม่ทัน การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือเดินเร็วอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรือออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic exercise) จะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 4 – 9 มิลลิเมตรปรอท และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) ได้แก่ การยกของหนัก การดึงหรือการทำงานที่ออกกำลังมากๆ เพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ (เกษม, 2542)

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง คือ ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกายที่โปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก เลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ใส่สบาย ไม่รัดรูป และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที เช่น เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจสั้น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ เหงื่อเย็นจนพูดไม่ได้ หายใจหอบ เหงื่อออกมาก มึนงง (เรื่องศักดิ์, 2542) ควรหยุดพัก หากอาการไม่ดีขึ้นต้องรีบไปพบแพทย์

มีรายงานการศึกษาที่กล่าวถึงหลักของศาสนาอิสลามที่มีการสนับสนุนการออกกำลังกาย โดยเฉพาะอิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน ได้แก่ การละหมาด โดยท่าที่ใช้ในการละหมาด เช่น ท่ายืน กราบ นั่ง เท่ากับเป็นการออกกำลังกาย (มานี, 2544) แต่ลักษณะกิจกรรมนั้นยังไม่หนักพอที่จะลดระดับความดันโลหิตลงได้ ดังนั้นผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงจึงควรมีการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักของการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลช่วยลด

ระดับความดันโลหิต ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และยังช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพดีอีกด้วย จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังเห็นได้จากการศึกษาของอรพินท์ (2542) พบว่า การปฏิบัติสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกันต์ (2550) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีไทยมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากขาดสมาชิกที่มีความสนใจในการออกกำลังกายประเภทเดียวกันทำให้ต่างคนต่างออกกำลังกายในรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน รวมถึงการจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับออกกำลังกาย จึงส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมุสลิมควรออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยคำนึงความหนักเบา รวมถึงระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม อีกทั้งควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต และเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

3. พฤติกรรมด้านโภชนาการ

หลักการด้านโภชนาการในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง (JNC, 2003) ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต ประกอบด้วยอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผักและผลไม้มากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือแร่ในอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงควรคำนึงถึงสิ่งดังต่อไปนี้

1. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัว ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม ไข่แดง เนื้อสัตว์ที่ติดมัน เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หอยนางรม ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงและหันมารับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเป็นส่วนประกอบในการทำอาหาร ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) กรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (monounsaturated fatty acid) ได้แก่ กรดโอเลอิก เป็นกรดไขมันที่ร่างกายสามารถสร้างเองได้ จะช่วยลดไขมันในเลือดซึ่งมีมากในน้ำมันมะกอก น้ำมันจากเมล็ดถั่วต่างๆ เช่น ถั่วอัลมอนด์ ถั่วลิสง น้ำมันปลา 2) กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดหลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acid) เป็นไขมันที่ร่างกายไม่สามารถสร้างเองได้ ต้องได้รับจากการรับประทาน เช่น โอเมก้า 3 และ โอเมก้า 6 ซึ่งมีมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น ถึงแม้ว่าไขมันเหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่หากรับประทานมากไปจะทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดง่ายขึ้น ทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ง่ายและทำให้ร่างกายบวม น้ำ ดังนั้นจึงไม่ควรรับประทานมากเกินไป และหลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีไขมันมาก เช่น อาหารทอด ผัด ควรหันมารับประทานอาหารโดย

ใช้วิธีการต้ม ตุ่น อบ อย่าง นึ่ง แทน และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีกะทิพวก แกงเทโพ แกงเผ็ด ของหวาน

2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง โดยการรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยลงอยู่ในปริมาณ 1,600 – 2,300 มิลลิกรัม/วัน หรือประมาณ 2 กรัม/วัน หรือประมาณ 1 ช้อนชา จะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2 – 8 มิลลิเมตรปรอทและลดความดันไดแอสโตลิกได้ 3.8 มิลลิเมตรปรอท (Staessen et al., 1989 อ้างตาม ปิยนุช, 2549) และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ซอสถั่วเหลือง ซอสหอยนางรม น้ำบูดู กะปิ เต้าหู้ยี้ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋อง จำพวกผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง ขนมหกรอบ มันฝรั่งทอด อาหารกึ่งสำเร็จรูปพวก บะหมี่ โจ๊ก ซุป หรือสารปรุงรสต่างๆ เช่น ผงชูรส ผงฟู เนยแข็ง ผงกันบูด รวมถึงเครื่องดื่มเกลือแร่ที่บรรจุขวด

3. ควรรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ส้ม องุ่น ลูกเกด เป็นต้น อาหารประเภทนี้จะช่วยขับปัสสาวะที่มีโซเดียมมากผิดปกติ ยับยั้งการหลั่งเรนินจากไต และช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Mahan, 1996)

4. ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) เช่น ผัก ผลไม้ เพราะมีใยอาหารซึ่งจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับ เป็นการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น

ตามวิถีทางของศาสนาอิสลาม ท่านศาสดาได้กำหนดให้เห็นความสำคัญในการนำเอาสิ่งหนึ่งสิ่งใดเข้าไปในร่างกาย อย่าให้เกินไปกว่าที่ร่างกายจะย่อยสลายได้ ดังที่อัลลอฮ์ ได้ทรงกล่าวว่า จงกินและจงดื่มแต่จงอย่าสุรุษสุร่าย นั่นคือ ให้รับประทานอาหารในปริมาณที่พอดีเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย (กษิณิษ, 2548) แต่ในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม อาหารที่นิยมรับประทานได้แก่ แกงมันมัน แกงกะทิ สังเกตได้จากเมื่อมีงานทำบุญ มักจะประกอบอาหารประเภทนี้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นเหมือนเอกลักษณ์ของชาวมุสลิม แสดงถึงการมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาของ อรพินท์ (2543) เกี่ยวกับผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 40 – 59 ปี พบว่า มีพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยพุท (Chaiput, 2003) พบว่า สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องรายได้ จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเลือกหาอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายมารับประทาน จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าวิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่น และรายได้ เป็นส่วนสำคัญที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

4. พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นการติดต่อสื่อสารที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสนิทสนม โดยไม่ต้องกำหนดกฎเกณฑ์ เป็นการกระทำโดยการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกร่วมกัน (วาสนา, 2547) การที่บุคคลจะได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นนั้น จะต้องมิปฏิบัติสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อจะได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปกติบุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์จากตนเองก่อน หากไม่สามารถแก้ปัญหาได้ก็จะค้นหาแหล่งสนับสนุนจากภายนอก เช่น ครอบครัว กลุ่มทางสังคม เพื่อแก้ปัญหา (Pender, 2006) ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงต้องมีระบบสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่มีการศึกษาของฉลวย (2548) เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง พบว่า พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2547) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ทำให้ได้รับความรักความอบอุ่น มีการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทุกคน นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพและบุคคลในครอบครัวจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมมากขึ้น (Stewart et al., 2005)

หลักศาสนาอิสลามสอนให้ชาวมุสลิมมีความรักใคร่ปรองดองกัน ผู้ใดที่นับถือศาสนาอิสลามก็เปรียบเสมือนพี่น้องกัน หากรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตชาวมุสลิมจะต้องไปร่วมงานหรือต้องไปเยี่ยมเยียน ถือเป็นหน้าที่อันพึงปฏิบัติ (ดำรง, 2547) แสดงให้เห็นว่าศาสนาอิสลามสอนให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน นำมาซึ่งความรู้สึกที่ดีต่อกัน ส่งผลต่อคุณค่าทางจิตใจ

พฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมเกิดกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น มีความรู้ความเข้าใจจากการได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับบุคคลอื่น หรือบุคลากรทีมสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

5. พฤติกรรมด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

การเจริญทางจิตวิญญาณเป็นการค้นหาความหมายของชีวิต เรียนรู้เกี่ยวกับการมีความรัก ความสงบสุข ความพึงพอใจ รวมถึงวิธีการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด (Pender, 2006)

ศาสนาอิสลามถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมีแนวคิดที่ว่าชีวิตประกอบด้วยส่วนที่เป็นวัตถุ และจิตวิญญาณ ศาสนาอิสลามต้องการให้องค์ประกอบของชีวิตทั้งสองส่วนดำรงอยู่ด้วยกันอย่างมีดุลยภาพ จึงมีหลักคำสอนที่ไม่ใช่เพียงแต่ความเชื่อทางศาสนาเท่านั้น แต่เป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้มนุษย์สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุล ศาสนาอิสลามสอนให้มุสลิมมีความศรัทธาต่อกฎกำหนด สภาวะการณ์ที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าได้กำหนดไว้ (มานี, 2544) การละหมาดและขอพรต่ออัลลอฮ์เป็นหนทางหนึ่งในการได้รับความรักความเมตตาจากอัลลอฮ์เป็นการเจริญทางจิตวิญญาณ จะช่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงมีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ และมีเป้าหมายในชีวิต ยอมรับในคุณค่าของตนเอง จะช่วยให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคได้

6. พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด

ภาวะเครียดเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน โดยความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัสกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกมีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที และความเครียดกระตุ้นให้มีการดูดกลับของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนมีผลเพิ่มความดันโลหิตได้ (สร้อยจันทร์, 2545) การจัดการกับความเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดตลอดจนมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูง ควรปฏิบัติดังนี้ (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545)

1. วางแผนจัดการความเร่งด่วนของงาน มีสติ ไม่เร่งร้อนในการทำงาน แบ่งเวลาให้เหมาะสม
2. คิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี รู้จักให้อภัย
3. ใช้วิธีแก้ไขและขจัดความเครียด

4. หาวีธีผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกการหายใจ การนวด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคเหล่านี้จะช่วยลดการกระตุ้นที่ระบบประสาทส่วนกลางไปยับยั้งไฮโปทาลามัสให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือดทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต

จากการศึกษาของสร้อยจันทร์ (2545) เกี่ยวกับผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเทปบันทึกเสียงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทั้งร่างกายและโปรแกรมเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ และจากการศึกษาของแพนดิคและคณะ (Pandic et al., 2008) เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการฟังเพลงร่วมกับการกำหนดลมหายใจแบบช้าๆ เป็นจังหวะตามเสียงเพลง พบว่า หลังการทดลองเป็นเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิกลดลง 16.8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันไดแอสโตลิกลดลง 4.1 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจะเห็นว่าการผ่อนคลายความเครียดมีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต

ในศาสนาอิสลามมีหลักปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตใจให้สงบ โดยกำหนดให้มีการละหมาดเพื่อเข้าเฝ้าพระเจ้าทุกวันๆ ละ 5 เวลา เป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้วิธีหนึ่ง ซึ่งในกระบวนการและขั้นตอนของการปฏิบัติศาสนกิจ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีการชำระร่างกาย จิตใจให้สะอาดสงบ ทำการอธิษฐานเพื่อเข้าเฝ้าพระองค์ขอความเมตตาในการให้สติเพื่อเป็นหนทางในการผ่อนคลายความเครียด (ชนิกานต์, 2550) ซึ่งการละหมาดทำให้ผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงได้ทำจิตใจให้สงบ เป็นการช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค สามารถส่งเสริมให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าและได้มาซึ่งประโยชน์ โดยพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกด้วย ซึ่งความคิดและความรู้สึก

เฉพาะต่อพฤติกรรมนั้นเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ความเชื่อหรือการคาดการณ์ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพราะถ้าบุคคลรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำ จะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Pender, 2006) การรับรู้ประโยชน์จะเป็นตัวสนับสนุนหลักในแบบแผนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพราะหากบุคคลให้ความสำคัญในการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการกระทำก็จะเป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเกิดขึ้นได้ทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งในระยะแรกของการรับรู้ประโยชน์นั้นเกิดขึ้นจากภายนอก เนื่องจากบุคคลมองเห็นคุณค่าเพราะต้องการสิ่งหนึ่งสิ่งใด ได้แก่ การได้รับคำชมเชย ต่อมาการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติด้วยความเต็มใจและต้องการที่จะกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดี (อ้างตาม วาสนา, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาของ นันทริกา (2549) เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกอยู่ในระดับสูง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี (2549) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมกับโรคด้วย

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีการศึกษาของชิตชนก (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ นั่นอาจเป็นเพราะว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะเห็นถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ยังไม่ได้มีการ

ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงไม่สามารถเป็นตัวทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และจากการศึกษาของ อรุณลดา (2550) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค การรับรู้ประโยชน์ และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด รองลงมาคือความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคและระยะเวลาที่เป็นโรคตามลำดับ นั้นแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี ทำให้สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้โดยหากมีระยะเวลาของการเป็นโรคนานขึ้น จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีขึ้นเนื่องจากมีประสบการณ์มากขึ้น และการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคได้ดีขึ้นเพราะเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและลดความรุนแรงของโรคได้

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาผลการศึกษายังแตกต่างกัน จึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ทราบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้หรือไม่อย่างไร

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้กล่าวถึงการรับรู้อุปสรรคของการกระทำว่าเป็นปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่คู่กับการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งมีผลต่อความตั้งใจและลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่บุคคลคาดหมายไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การเสียเวลา เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของ สุภา (2546) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายในอดีต การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย อิทธิพลของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายในอดีตและการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี (2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นั่นคือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage, and Delicath, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี แต่ถ้ามีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ก็จะเป็นตัวขัดขวางให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้ไม่ดีหรือไม่ยอมปฏิบัติพฤติกรรม แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ประภาและคณะ(2543) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในระดับมากจะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงน่าจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ คือ ความคิดเห็นหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาของ ริวิชา (2545) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน พบว่า สตรีวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมน้ำหนักเกินโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาณิษฐ์ (2544) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และจากการศึกษาของ สร้อยจันทร์ (2545) เกี่ยวกับผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้สูงขึ้น จะก่อให้เกิดพฤติกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อและช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ และจากการศึกษาของ ชิดชนก (2547) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนได้ดีก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีด้วย

ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ

เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 2006) เชื่อว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกๆ ครั้งจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ผลของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ให้ยาวนานขึ้น ถ้าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อความรู้สึก เช่น สนุกสนาน พึงพอใจ เพลิดเพลิน บุคคลก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบ เช่น เบื่อหน่าย ไม่พอใจ อึดอัด บุคคลก็จะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาของปานจิต (2547) เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่อการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีความรู้สึกมีความสุขภายหลังออกกำลังกาย รู้สึกภูมิใจเมื่อได้ออกกำลังกาย และไม่รู้สึกวิตกกังวลขณะออกกำลังกาย แต่ยังคงพบว่าความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภา (2546) พบว่า ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีผู้ศึกษาตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมในผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง

อิทธิพลระหว่างบุคคล

เป็นความนึกคิดของบุคคลต่อความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลอื่น บุคคลไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่เพียงลำพังในสังคม ต้องได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลรอบข้างตลอดจนต้องปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อของสังคม ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการเกิดพฤติกรรมของบุคคล (Pender, 2006) เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลจะมีการแสวงหาแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ตนเองพ้นหายจากโรค จากการทบทวนวรรณกรรมของ จีรวรรณ (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ การได้รับกำลังใจ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และการเป็นแบบอย่างในการออกกำลังกายของ

ครอบครัว เพื่อนสนิทและบุคลากรในทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งมีการศึกษาที่สอดคล้องกัน พบว่า ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น เครือข่ายทางสังคม เช่น สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความถี่ในการพบปะสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต หากบุคคลปราศจากเครือข่ายทางสังคมหรือไม่ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลจะมีการทำนายโรคที่แย่ลง และทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Sendino, Castillon, Banegas, and Artalejo, 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี ได้แก่ การศึกษาของชิคาร์ตัน (2547) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ความมุ่งมั่นต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายจังหวัดพังงา พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย มีการเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตน และมีพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นประจำอยู่ก่อนแล้ว การเป็นแบบอย่างหรือการสนับสนุนจากบุคคลอื่นจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาซึ่งมีความขัดแย้งกัน อาจเนื่องมาจากในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วย การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างจะช่วยให้เกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี และมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว การสนับสนุนจากบุคคลอื่นจึงไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับบริบทของชาวมุสลิมนั้นจะให้ความสำคัญกับผู้นำศาสนาหรือที่เรียกกันว่า โต๊ะอิหม่าม เนื่องจากถือว่าเป็นผู้ให้ความรู้และเป็นผู้ที่คอยเผยแพร่หลักศาสนา รวมถึงมีบทบาทในการทำพิธีทางศาสนาในวาระต่างๆ เมื่อชาวมุสลิมไปรวมกันเพื่อประกอบศาสนกิจในแต่ละครั้ง โต๊ะอิหม่ามจะเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสารต่างๆ ซึ่งในชุมชนนั้นถือว่า โต๊ะอิหม่ามมีบทบาทสำคัญสำหรับชาวมุสลิม ผู้วิจัยเชื่อว่า โต๊ะอิหม่ามน่าจะเป็นบุคคลหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงในผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงถึงอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อิทธิพลด้านสถานการณ์

เป็นการรับรู้และเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะต่างๆ ที่ต้องการ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมได้อย่างเต็ม

ความสามารถในสภาพแวดล้อมที่บุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รู้สึกผูกพัน ปลอดภัยและวางใจ (Pender, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาอิทธิพลด้านสถานการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบเพียงการศึกษาในกลุ่มอายุอื่นๆ จะเห็นได้จากการศึกษาของสุภา (2546) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย อิทธิพลของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ต้องมียาหรือโรคเรื้อรัง การดูแลครอบครัว การสนับสนุน การได้เห็นแบบอย่างในการออกกำลังกายของสมาชิกในครอบครัวจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม และอิทธิพลด้านสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกายในอดีตและการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ส่วนตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการแต่จะปรากฏอาการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ พฤติกรรมารับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ พันธุกรรม รวมถึงความเครียด ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีและความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ที่มีการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัยส่งผลกระทบต่อ สมอง หัวใจ ไต และตา ซึ่งการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งการเฝ้าระวังและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญโดยเป็นหนทางหนึ่งในการรักษาและควบคุมโรค ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชิดชนก, 2549; นันทริกา, 2549; อรุณลดา, 2550) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปราณี, 2542) แต่

ขัดแย้งกับการศึกษาของประภาและคณะ(2543) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชญาณิษฐ์, 2544; ชิดชนก, 2547; รวิษา, 2545; สร้อยจันทร์, 2545) ขณะที่ความรู้สึกรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (สุภา, 2546) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จิรวรรณ, 2541) ส่วนอิทธิพลด้านสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (สุภา, 2546) ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนาย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (จิรวรรณ, 2541; ชญาณิษฐ์, 2544; ชิดชนก, 2549; นันทริกา, 2549; รวิษา, 2545; สร้อยจันทร์, 2545) ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ความรู้สึกรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (สุภา, 2546) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผลการศึกษาที่ได้ยังแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงอย่างแท้จริง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยมีระเบียบวิธีการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสงขลา โดยผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกโรงพยาบาลที่ศึกษาโดยจัดกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดสงขลา 15 แห่ง ตามจำนวนประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่มี 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ และโรงพยาบาลรัตภูมิ ผู้วิจัยทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้โรงพยาบาลที่ศึกษา 2 แห่ง ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลสะเดา และโรงพยาบาลจะนะ

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยมุสลิมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. สามารถติดต่อสื่อสาร ฟังและพูดภาษาไทยได้

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบสหสัมพันธ์ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: $1 - \beta$) เท่ากับ 0.80 เลือกรขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่ 0.25 เนื่องจากมีการศึกษาที่ใกล้เคียงปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (วาสนา, 2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .41, p < .01$) เมื่อเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย โดยแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลสะเดา 63 ราย และโรงพยาบาลจะนะ 63 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังต่อไปนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การรักษาที่ได้รับ ระดับความดันโลหิตในวันที่มาตรวจ โรคประจำตัวอื่นๆ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในปัจจุบัน รวมทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ กิจกรรมและการออกกำลังกาย 4 ข้อ โภชนาการ 7 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ การเจริญทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และการจัดการกับความเครียด 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามด้านบวก ดังนี้

- | | |
|---------|---|
| คะแนน 1 | หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย |
| คะแนน 2 | หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์ |
| คะแนน 3 | หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์ |
| คะแนน 4 | หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน |

ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 16, 18 และ 30 ให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อคำถามด้านบวก ดังนี้

- | | |
|---------|------------------------------------|
| คะแนน 4 | หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย |
|---------|------------------------------------|

- คะแนน 3 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
 คะแนน 2 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
 คะแนน 1 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมจะมีค่าอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน
 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้าน
 โภชนาการ อยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน ส่วนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านสัมพันธภาพ
 ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ระหว่าง 4-16
 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พิจารณาตามหลัก
 สถิติคำนวณหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ ดังนี้

- | | | |
|------------------------|---------|------------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 30.0-60.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับไม่ดี |
| คะแนนเฉลี่ย 60.1-90.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 90.1-120.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี |

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านความ
 รับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ
 ดังนี้

- | | | |
|-----------------------|---------|------------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 7-14.00 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับไม่ดี |
| คะแนนเฉลี่ย 14.1-21.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 21.1-28.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี |

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิต
 วิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรายภาคชั้น 3
 อันดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------------------|---------|------------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 4.0-8.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับไม่ดี |
| คะแนนเฉลี่ย 8.1-12.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 12.1-16.0 | หมายถึง | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี |

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ muslim
 โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดของเพน
 เดอร์ (Pender, 2006) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ปัจจัย คือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อ การรับรู้
 อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 7 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตน 7 ข้อ ความรู้สึกรู้สึกคิด

ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ 6 ข้อ อิทธิพลระหว่างบุคคล 5 ข้อ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ 5 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยหรือไม่มีความรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความนั้น
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นความเชื่อหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นความเชื่อหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นความเชื่อหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก

การให้คะแนนแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีข้อคำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 21 และ 22 นอกนั้นเป็นข้อคำถามด้านบวก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วย	1	4
เห็นด้วยน้อย	2	3
เห็นด้วยปานกลาง	3	2
เห็นด้วยมาก	4	1

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 5.0-10.0	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 10.1-15.0	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 15.1-20.0	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 7.0-14.0	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 14.1-21.0	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 21.1-28.0	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตน พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 7.0-14.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับต่ำ
----------------------	---------	--------------------------------------

คะแนนเฉลี่ย 14.1-21.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 21.1-28.0	หมายถึง	มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูง
การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติพิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ ดังนี้		
คะแนนเฉลี่ย 6.0-12.0	หมายถึง	มีความรู้สึกนึกคิดในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 12.1-18.0	หมายถึง	มีความรู้สึกนึกคิดในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 18.1-24.0	หมายถึง	มีความรู้สึกนึกคิดในระดับสูง
การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น 3 อันดับ ดังนี้		
คะแนนเฉลี่ย 5.0-10.0	หมายถึง	ได้รับอิทธิพลในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 10.1-15.0	หมายถึง	ได้รับอิทธิพลในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 15.1-20.0	หมายถึง	ได้รับอิทธิพลในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและด้านหลักศาสนอิสลาม 1 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้แต่ละข้อความของเครื่องมือ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสะเดา จำนวน 20 ราย เพื่อนำแบบสอบถามมาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) และกำหนดค่าความเที่ยงอย่างน้อย 0.70 (Polit & Hungler, 1999) การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพและแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เท่ากับ 0.71 และ 0.79 ตามลำดับ จึงนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสะเตาและ โรงพยาบาลจะนะ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลแผนกผู้ป่วยนอก

1.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด การใช้แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ภายใต้การแนะนำและการดูแลจากผู้วิจัย พร้อมทั้งมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างควบคู่กันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ตรงกับผู้วิจัยและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง หากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง มีการติดตามผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง หากพบข้อบกพร่องผู้วิจัยจะเดินทางไปชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเอง เพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง โดยการประสานงานขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสะเตา และโรงพยาบาลจะนะ ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยและแนะนำผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

2.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 เมื่อผู้ปวยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินให้เป็นที่เข้าใจ ขออนุญาตในการจัดบันทึกข้อมูล และขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 30 นาที เริ่มจากผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ต่อด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ภายหลังจากการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยดูจากแฟ้มประวัติ

2.5 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์คะแนนตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง หากขณะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดศีรษะหรือมีอาการใดๆ ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล และจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือแสดงความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่มีใครถอนตัวระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกโดยรวมและรายด้าน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ วิเคราะห์โดยการหาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแต่ละด้าน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

5. ทดสอบข้อมูลที่ใช้ให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (กัลยา, 2546; บุญใจ, 2547; เพชรน้อย, 2546) ดังนี้

5.1 ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ของตัวแปรที่ศึกษาและค่าความคลาดเคลื่อนโดยใช้กราฟ 2 ชนิด คือ กราฟฮิสโตแกรม (histogram) และกราฟ normal probability plot (P-P Plot)

5.2 ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าประมาณตัวแปรตามว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ไม่มีความสัมพันธ์กันเองและมีการกระจายแบบโค้งปกติ

5.3 ทดสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)

5.4 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง การแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.75

5.5 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น ไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) โดยค่า r อยู่ระหว่าง 0.31-0.74 นอกจากนี้ใช้ collinearity statistics ทดสอบโดยพิจารณาจากค่า VIF (variance inflation factor) ซึ่งค่าปกติไม่ควรมากกว่า 10 และพิจารณาค่า Tolerance ซึ่งค่าปกติไม่ควรเข้าใกล้ 0 (Stevens, 1992; Pedhazur, 1997 อ้างตามเพชรน้อย, 2546)

จากการทดสอบพบว่าค่า VIF เท่ากับ 1.02-2.22 และ Tolerance อยู่ระหว่าง 0.46-0.98 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูงและเป็นอิสระต่อกันและผลการทดสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ ดังนั้นความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปรมีค่าคงที่ ซึ่งผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ

6. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสะเดาและโรงพยาบาลจะนะ ทั้งหมด 126 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 67 ปี (ระหว่าง 60-81 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.7) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.7) มีลักษณะการอยู่อาศัยกับคู่สมรสและบุตรหลานมากที่สุด (ร้อยละ 47.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.9) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 51.6) ได้รับยามากกว่า 3 ชนิด (ร้อยละ 69.8) มีระดับความดันโลหิตในวันที่มาตรวจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 73) โดยค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิก คือ 135.28 มิลลิเมตรปรอท (ระหว่าง 100-200 มิลลิเมตรปรอท) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกอยู่ที่ 79.07 มิลลิเมตรปรอท (ระหว่าง 50-140 มิลลิเมตรปรอท) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ (ร้อยละ 83.3) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรงกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน (ร้อยละ 44.4) รายละเอียดดังแสดงใน ตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	33.30
หญิง	84	66.70
อายุ (ปี) (\bar{X} = 67.85, SD = 5.55, Min-Max = 60-81)		
60-69	82	65
70-79	35	27.80
≥ 80	9	7.20
สถานภาพสมรส		
คู่	84	66.70
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	42	33.30

ตาราง 1 (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	55	43.70
	ประถมศึกษา	64	50.70
	มัธยมศึกษา	7	5.60
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)			
	1-3	43	34.10
	4-6	57	53.20
	7-9	16	12.70
ลักษณะการอยู่อาศัย			
	อยู่คนเดียว	6	4.80
	อยู่กับคู่สมรส	12	9.50
	อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	60	47.60
	อยู่กับบุตรหลาน	48	38.10
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49	38.90
	เกษตรกร/ทำสวน	46	36.50
	ค้าขาย	31	24.60
รายได้ (บาท/เดือน)			
	ไม่มีรายได้	16	12.70
	< 3,000	19	15.10
	3,001-6,000	42	33.30
	6,001-9,000	38	30.20
	> 9,000	11	8.70
ความเพียงพอของรายได้			
	เพียงพอ	126	100
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) (\bar{X} = 10.02, SD = 7.35, Min-Max = 1-30)			
	< 10	65	51.60
	\geq 10	61	48.40

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ได้รับ (ชนิด)		
< 3	38	30.20
> 3	88	69.80
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
ความดันซิสโตลิก (\bar{X} = 135.28, SD = 18.71, Min-Max = 100-200)		
ความดันไดแอสโตลิก (\bar{X} = 79.07, SD = 13.42, Min-Max = 50-140)		
≤ 140/90	92	73
> 140/90	34	27
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	105	83.30
เบาหวาน	17	13.50
เบาหวานและถุงลมโป่งพอง	4	3.20
การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน		
แข็งแรงกว่าคนอื่น	56	44.40
ไม่ค่อยแข็งแรง	11	8.80
เหมือนๆ กับคนอื่น	35	27.80
ไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน	24	19

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 107.72 คะแนน (SD = 5.22) จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับดี มีเพียงด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม และรายด้าน (N = 126)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	87-117	107.72	5.22	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน				
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	20-28	24.99	1.88	ดี
กิจกรรมและการออกกำลังกาย	4-16	11.52	3.66	ปานกลาง
โภชนาการ	20-27	23.94	1.82	ดี
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	8-16	15.45	1.24	ดี
การเจริญทางจิตวิญญาณ	15-16	15.98	.15	ดี
การจัดการกับความเครียด	13-16	15.84	.46	ดี

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านและรายข้อ ดังนี้ (ตาราง 3)

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การบอกให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ ($\bar{X} = 3.97$) การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ($\bar{X} = 3.97$) และการไม่เพิ่มหรือลดจำนวนยาที่รับประทานเอง ($\bar{X} = 3.93$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ($\bar{X} = 2.29$)

2. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านหรือทำสวนจนเหงื่อแตกวันละ 20-30 นาที ($\bar{X} = 3.60$) การออกกำลังกายด้วยการเดินช้าๆ แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินให้นานขึ้น ($\bar{X} = 3.22$) และการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว วันละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ($\bar{X} = 2.54$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ก่อนออกกำลังกายจะอบอุ่นร่างกายเบาๆ ด้วยการยืดเส้นยืดสายเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย ($\bar{X} = 2.16$)

3. ด้านโภชนาการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร ($\bar{X} = 4.00$) การรับประทานผัก ผลไม้ ($\bar{X} = 3.98$) และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป ($\bar{X} = 3.49$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การหลีกเลี่ยงอาหารทอด ($\bar{X} = 2.67$)

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งโดยการพูดไถ่เกื้อ ($\bar{X} = 3.97$) การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แบ่งปันสิ่งของให้กับเพื่อนบ้าน

($\bar{X} = 3.97$) และการแสดงความรักความห่วงใยกับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว ($\bar{X} = 3.94$)
 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเข้าร่วมหรือช่วยเหลือกิจกรรมในหมู่บ้าน ($\bar{X} = 3.57$)

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การบอกกับตัวเอง
 เสมอว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคตเป็นพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ที่จะ
 ประทานมาให้ ($\bar{X} = 4.00$) การปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด ($\bar{X} = 4.00$) และการพึงพอใจ
 กับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่คาดหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ ($\bar{X} = 4.00$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ
 การฝึกจิตใจให้สงบเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง ($\bar{X} = 3.98$)

6. ด้านการจัดการกับความเครียด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การผ่อนคลาย
 ความเครียดโดยการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ($\bar{X} = 4.00$) การหางานอดิเรกทำเมื่อมีความเครียด ($\bar{X} =$
 4.00) และการพยายามปล่อยวางไม่เก็บเรื่องในครอบครัวมาคิด ($\bar{X} = 4.00$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ
 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจนอนไม่หลับ จะไม่รับประทานยานอนหลับ ($\bar{X} = 3.84$)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนก
 เป็นรายด้านและรายข้อ ($N = 126$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	SD
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ		
1. ท่านบอกให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ เช่น ปวด มีนศีรษะมาก แขนขาอ่อนแรง	3.97	.18
2. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	3.97	.28
3. ท่านรับประทานยาความดันโลหิตสูงตามเวลาที่แพทย์สั่ง โดยไม่ลดหรือ เพิ่มจำนวนยาที่รับประทานเอง	3.93	.46
4. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต เมื่ออาการดีขึ้นแล้ว*	3.90	.37
5. ท่านติดตามข่าวสารใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น อ่าน หนังสือพิมพ์ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือฟังจากหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน	3.62	.88
6. ท่านซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อท่านไม่เข้าใจคำแนะนำหรือมีเรื่อง ที่ท่านอยากรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	3.31	1.27

หมายเหตุ * = ข้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 3 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	SD
7. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น สปอนเซอร์ กระทั่งแดง ลิโพ เพราะช่วยให้รู้สึกกระชุ่มกระชวย สดชื่นมีแรงทำงาน*	2.29	1.43
<u>ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย</u>		
8. ท่านออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านหรือทำสวนจนเหงื่อแตกวันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	3.60	.88
9. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินช้าๆ แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินให้นานขึ้น เพื่อให้ได้ประโยชน์ในการลดระดับความดันโลหิต	3.22	1.15
10. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ไร่ไม้พลอง วันละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	2.54	1.38
11. ก่อนออกกำลังกายท่านจะอบอุ่นร่างกายเบาๆ ด้วยการยืดเส้นยืดสายเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย	2.16	1.31
<u>ด้านโภชนาการ</u>		
12. ท่านเลือกใช้ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ ในการปรุงอาหาร	4.00	.00
13. ท่านรับประทานผัก ผลไม้	3.98	.15
14. ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงไปไปกับข้าวหรืออาหารก่อนรับประทาน*	3.77	.671
15. ท่านรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น ปลากระป๋อง มาม่า*	3.49	.68
16. ท่านรับประทานซุปร้างวุ้น ซุปเอ็นวูว์ เนื้อติดมัน แองเทโท แองกะทิ*	3.10	.72
17. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปลาต้ม น้ำบูดู แองไตปลา*	2.94	.77
18. ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ทอด โรตีมะตะปะ*	2.67	.83
<u>ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</u>		
19. เมื่อมีปัญหาข้อขัดแย้ง ท่านแก้ไขโดยการพูดไกล่เกลี่ย	3.97	.25
20. ท่านเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แบ่งปันสิ่งของให้กับเพื่อนบ้าน	3.97	.25
21. ท่านแสดงความรักความห่วงใยกับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว	3.94	.29
22. ท่านเข้าร่วมหรือช่วยเหลือกิจกรรมในหมู่บ้าน เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญทางศาสนา	3.57	.78

หมายเหตุ * = ข้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 3 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	SD
<u>ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ</u>		
23. ท่านบอกกับตัวเองเสมอว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดในปัจจุบันและอนาคตเป็นพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ที่จะประทานมาให้	4.00	.00
24. ท่านปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ละหมาด ถือศีลอด เพราะถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นแนวทางที่ต้องปฏิบัติตามหลักคำสอนของพระองค์อัลลอฮ์	4.00	.00
25. ท่านพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่คาดหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้	4.00	.00
26. ท่านฝึกจิตใจให้สงบเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง	3.98	.15
<u>ด้านการจัดการกับความเครียด</u>		
27. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน	4.00	.00
28. เมื่อมีความเครียดท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ดูทีวี	4.00	.00
29. ท่านพยายามปล่อยวาง ไม่เก็บเรื่องในครอบครัวมานึกเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด	4.00	.00
30. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ นอนไม่หลับท่านจะรับประทานยานอนหลับ*	3.84	.46

หมายเหตุ * = ซ้ำคำถามเชิงลบ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ตัวแปร พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 19.82$, $SD = .61$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 20.42$, $SD = 4.43$) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 26.86$, $SD = 1.58$) ความรู้สึกรู้สึกดีที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 22.44$, $SD = 2.44$) อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 19$, $SD = 1.33$) และอิทธิพลด้านสถานการณ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 18.51$, $SD = 2.01$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($N = 126$)

ตัวแปร	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์	17-20	19.82	.611	สูง
การรับรู้อุปสรรค	10-28	20.42	4.43	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตน	22-28	26.86	1.58	สูง
ความรู้สึที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ	15-24	22.44	2.44	สูง
อิทธิพลระหว่างบุคคล	16-20	19	1.33	สูง
อิทธิพลด้านสถานการณ์	14-20	18.51	2.01	สูง

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .49, .31, .48, .50$ และ $.48$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง (N= 126)

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	1	2	3	4	5	6	7
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1.00						
การรับรู้ประโยชน์	.49**	1.00					
การรับรู้อุปสรรค	.31**	.34**	1.00				
การรับรู้ความสามารถของตน	.48**	.47**	.34**	1.00			
ความรู้สึที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม	.17	-.02	.22*	-.15	1.00		
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.50**	.24**	.25**	.23*	.13	1.00	
อิทธิพลด้านสถานการณ์	.48**	.28**	.17	.23*	-.06	.74**	1.00

*p < 0.05, ** p < 0.01

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ได้ทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Stevens, 1996; Pedhazur, 1997; Munro, 2001; Burns & Grove, 1997; Tabachnick & Fidell, 2001; ศิริชัย, 2545 อ้างตามเพชรน้อย, 2546) พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นคือ 1) ตัวแปรอิสระพบว่าบนทุกค่าของตัวแปรอิสระมีการแจกแจงปกติ โดยใช้กราฟการกระจายโค้งปกติและฮิสโตแกรม 2) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระแต่ละตัว (linearity) โดยดูจากกราฟ normal probability (P-P) Plot 3) ทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .85 (Munro, 2001) โดยค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.31-0.74 4) ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของตัวแปรอิสระ พบว่า ทุกตัวเป็นอิสระต่อกันโดยได้ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.46-0.98 ซึ่งค่าปกติต้องไม่เข้าใกล้ศูนย์ (กัลยา, 2546) และค่า Variance Inflation Factor: VIF อยู่ระหว่าง 1.02-2.22 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5) ข้อมูลในการวิจัยนี้มีความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) เนื่องจากค่าสถิติ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.75 ซึ่งค่าปกติอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กัน (เพชรน้อย, 2546) ดังแสดงในภาคผนวก ก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงไว้ 6 ตัวแปร จากผลการวิเคราะห์ถดถอยสหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบเพียง 5 ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายความแปรปรวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 49 ($R^2 = .49, p < .01$) โดยตัวแปรอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ($\beta = .50, t = 6.39, p < .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .39, t = 5.37, p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตน ($\beta = .26, t = 3.39, p < .01$) ความรู้สึกรู้สึกดีที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ($\beta = .17, t = 2.52, p < .01$) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ($\beta = .21, t = 2.09, p < .01$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ($N = 126$)

ตัวทำนาย	R^2	R^2	b	β	F	t
		Change			Change	
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.25	.25	.20	.50	40.83	6.39*
การรับรู้ประโยชน์	.39	.14	3.32	.39	28.87	5.37*
การรับรู้ความสามารถของตน	.44	.05	.86	.26	11.49	3.39*
ความรู้สึกรู้สึกดีที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม	.47	.03	.37	.17	6.35	2.52*
อิทธิพลด้านสถานการณ์	.49	.02	.55	.21	4.35	2.09*

$SE_b = 5.81$; constant = 70.664, * $p < .01$

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง โดยสร้างสมการการทำนาย ดังนี้

เขียนสมการการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$y = 70.66 + .20x_1 + 3.32x_2 + .86x_3 + .37x_4 + .55x_5$$

เขียนสมการการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z = .50x_1 + .39x_2 + .26x_3 + .17x_4 + .21x_5$$

โดยกำหนดให้

y	หมายถึง	คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรูปแบบคะแนนดิบ
z	หมายถึง	คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรูปแบบคะแนนมาตรฐาน
x ₁	หมายถึง	อิทธิพลระหว่างบุคคล
x ₂	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
x ₃	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถของตน
x ₄	หมายถึง	ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ
x ₅	หมายถึง	อิทธิพลด้านสถานการณ์

จากสมการสามารถอธิบายได้ว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 49 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 5.81 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบเป็น .20 ในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .50 รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบเป็น 3.32 ในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .39 รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตน สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบเป็น .86 ในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .26 รองลงมาคือความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบเป็น .37 ในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .17 และสุดท้ายคืออิทธิพลด้านสถานการณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบเป็น .55 ในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .21

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ได้ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงจำนวนทั้งหมด 126 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงสองเท่า (ร้อยละ 66.7) ซึ่งจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในปี 2547 พบว่าประชากรผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นคือ 60-69 ปี (ร้อยละ 65) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.7) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.8) ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 47.6) เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งในวิถีชีวิตวัฒนธรรมของมุสลิมจะอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่และแบบเครือญาติ โดยผู้สูงอายุมุสลิมโดยเฉพาะเพศหญิงจะมีบทบาทหน้าที่ภายในบ้านในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทั้งเรื่องความเป็นอยู่และความสะอาดเรียบร้อยของที่อยู่อาศัย แต่เพศชายนั้นเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเผยแพร่หลักศาสนาอิสลาม เช่น การไปมัสยิด การสอนหนังสือแก่เด็กๆ ในชุมชนเกี่ยวกับหลักการอิสลาม การไปตะวะห์ตามสถานที่ต่างๆ รวมไปถึงต่างจังหวัด ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาอันเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ภาระส่วนใหญ่อยู่ที่ผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นเพศหญิง อาจทำให้เกิดความเครียดที่ต้องรับการดูแลครอบครัว ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ยอยู่ที่ 10 ปี ได้รับยามากกว่า 3 ชนิด (ร้อยละ 69.8) ซึ่งจากการที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเวลาที่มาตรวจรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าภาวะสุขภาพของตนเองแข็งแรงกว่าคนอื่นๆ ในวัยเดียวกัน อาจเป็นไปได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ค่อยแสดงอาการและความดันโลหิตโดยเฉลี่ยไม่สูงมาก (135/79 มิลลิเมตรปรอท) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะหากับประทานยาอย่างต่อเนื่องก็จะมีอาการปวดมึนศีรษะ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติเหมือนกับคนไม่เจ็บป่วย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 19.82$, $SD = .61$) (ตาราง 3) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 24.99$, $SD = 1.88$) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 15.45$, $SD = 1.24$) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 15.98$, $SD = .15$) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X} = 15.84$, $SD = .46$) ยกเว้นด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 11.52$, $SD = 3.66$) และด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 23.94$, $SD = 1.82$) ที่อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจากจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น และมีพื้นฐานการศึกษาระดับประถมทำให้อ่านออกเขียนได้ สามารถรับรู้และเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สามารถรายงานอาการผิดปกติให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ และปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งในชุมชนมีระบบบริการสุขภาพที่หลากหลายและเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น มีอสม. คอยประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพจาก โรงพยาบาลในชุมชนออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค อีกทั้งยังมีสถานีอนามัยให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการตื่นตัวและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง การที่ผู้สูงอายุมีความดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองได้ดี อาจเป็นเพราะว่าเมื่ออายุสูงขึ้นเป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองหรือรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ (2551) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของวันเพ็ญ (2543) ที่พบว่า พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองได้ดี อาจเป็นเพราะว่าเมื่ออายุสูงขึ้นจะเป็นช่วงที่ต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต เช่น คู่ครอง เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น (นิรมล, 2547)

2. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเนื่องจากต้องประกอบอาชีพซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้กิจกรรมทางกายเพื่อหารายได้ และคิดว่าการทำงานบ้านหรือทำสวนเป็นประจำทุกวันก็เหมือนกับการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ (2549) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบกับต้องทำงานประจำจึงทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมนั้นจะต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับหลักการของศาสนาอิสลาม ต้องมีการแต่งกายมิดชิด

3. ด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีการเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร รับประทานผักผลไม้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ทำให้มีความเอาใจใส่ในการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน โดยพยายามลดปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อติดมัน อาหารทอด อาหารรสเค็ม แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ยังคงรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น น้ำบูดู แกงไตปลา และอาหารทอด เช่น ไข่ทอด โรตีสี มะตะบะ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งวิถีชีวิตของมุสลิมในภาคใต้นั้นอาหารเหล่านี้เป็นอาหารประจำท้องถิ่นที่นิยมรับประทานกันเป็นประจำ ประกอบกับคนในภาคใต้นั้นชอบบริโภคอาหารรสจัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงรับประทานอาหารเหล่านี้ถึงแม้จะทราบว่าเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค การศึกษานี้ให้ผลสอดคล้องกับกับการศึกษาของชนิษฐา (2542) พบว่าผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามชอบรับประทานแกงกะทิ เนื้อติดมัน แกงไตปลา สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลีภา และคณะ (2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่างนิยมบริโภคอาหารทอดสูงที่สุดและยังบริโภค เกลือ น้ำปลา (ร้อยละ 100) เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชรินทร์ (2546) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีการบริโภคอาหารที่ไม่ควรบริโภคในเรื่องการใช้น้ำปลาและเกลือในการปรุงรสอาหาร (ร้อยละ 53.63 และ 33.64 ตามลำดับ) จากผลการศึกษานี้ควรส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมในเรื่องนี้ให้ดียิ่งขึ้น

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ทำให้เกิดความผูกพันระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานภายในครอบครัว เมื่อก่อนเกิดความรู้สึกเจ็บป่วยจึงมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลอื่น มีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ซึ่งในศาสนาอิสลามนั้นสอนให้ชาวมุสลิมมีความรักใคร่ปรองดองกัน ผู้ใดที่นับถือศาสนาอิสลามก็เปรียบเสมือนพี่น้องกัน (คำรง, 2547) ผู้สูงอายุมุสลิมจึงมีการแสดงออกถึงความรักใคร่ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เมื่อมีปัญหาข้อขัดแย้งจะแก้ไขโดยการพูดคุยไกล่เกลี่ย นอกจากนี้ยังมีการแสดงความรักต่อบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณ (2551) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของอารักขา (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความศรัทธาในพระองค์อัลลอฮ์ โดยจะบอกกับตัวเองเสมอว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคตเป็นพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ที่จะประทานมาให้ รวมถึงการปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ละหมาด ถือศีลอด ฝึกจิตใจให้สงบเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง และพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่คาดหวังสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีเป้าหมายในชีวิต ยอมรับในความเป็นจริง เกิดความสงบในจิตใจ เกิดความสบายใจ มีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหลักศาสนาอิสลามมีแนวคิดที่ชีวิตประกอบด้วยส่วนที่เป็นวัตถุและจิตวิญญาณ ศาสนาอิสลามต้องการให้องค์ประกอบของชีวิตทั้งสองส่วนดำรงอยู่ด้วยกันอย่างมีคุณภาพ (มานี, 2544)

สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมมีนั้นมีความเชื่อว่าการมีชีวิตอยู่ด้วยความศรัทธา และการมีอายุที่ยืนยาวนั้นเป็นสิ่งที่ดีเป็นความโปรดปรานของพระองค์อัลลอฮ์ ถือเป็นความเมตตาของพระองค์ที่ได้เพิ่มโอกาสให้ทำความดี และเพื่อชำระล้างบาปที่เคยกระทำในวัยหนุ่มสาว (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ดังนั้นการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมจึงมีเป้าหมายเนื่องจากมีหลักการของศาสนาอิสลามเป็นเครื่องนำทางและยึดเหนี่ยวในชีวิต

6. ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีวิธีในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ด้วยการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การปลูกต้นไม้ การพยายามปล่อยวางไม่เก็บเรื่องในครอบครัวมาคิดเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มากมาย ทำให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีการแสดงความรักต่อกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ช่วยลดความขัดแย้งหรือความเครียดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา (2549) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีวิธีในการจัดการกับความเครียดด้วยการบอกกับตัวเองเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้า เป็นเจ้า ประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมนั้นเป็นวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความศรัทธาและระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลา ทำให้มีจิตใจสงบ ผ่อนคลาย ลดความเครียดลงได้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีเพียงด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายและด้านโภชนาการที่อยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายและด้านโภชนาการก็มีความสำคัญและจำเป็นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค ดังนั้นการส่งเสริมให้

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายและด้านโภชนาการอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจะช่วยให้อายุขัยของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในทุกๆ ด้าน

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 19.82$, $SD = .611$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นคือ 60-69 ปี (ร้อยละ 65) ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่การเสื่อมโทรมลง กลุ่มตัวอย่างจึงให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยมากกับการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มๆ มันๆ ว่าจะสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ รวมถึงเห็นด้วยมากกับการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาดว่าจะช่วยให้มีจิตใจสงบผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียด และการรับประทานยาตามเวลาทุกครั้งจะเป็นผลดีต่อโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง อาจทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน อาจทำให้ผู้สูงอายุ muslim โรคความดันโลหิตสูงมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และเพื่อจะได้มีชีวิตยืนยาวอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว จึงไม่ปล่อยปละละเลยในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ประกอบกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีอย่างแพร่หลายและทั่วถึงทุกชุมชน มีทั้งสถานอนามัย หน่วยบริการจากโรงพยาบาลชุมชนที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพออกติดตามเยี่ยมบ้าน มีอสม. ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตอยู่สม่ำเสมอ ช่วยให้อายุขัยของกลุ่มตัวอย่างเกิดการตื่นตัวและใส่ใจในการดูแลตนเองมากขึ้น เพราะเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร (2547) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ (2543) และการศึกษาของสุจิตรา (2549) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง อาจมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริมา (2542) เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 20.42$, $SD = 4.43$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่มาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54 เห็นด้วยมากกับความเบื่อก่อนจากการที่ต้องรับประทานยาความดันโลหิตต่อเนื่องเป็นเวลานาน แต่ก็ยังคงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยาเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ช่วยไม่ให้เกิดอาการปวดมึนศีรษะ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่าการรับประทานยาเป็นเวลานานๆ เป็นความเบื่อก่อนเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคิดว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจทำให้คิดว่าอุปสรรคนั้นไม่ยากเกินความสามารถที่จะกระทำ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.2) เห็นด้วยมากกว่าเวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจ มักจะเก็บมาคิดคนเดียวไม่กล้าปรึกษาคนอื่น อาจเป็นเพราะว่าวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์และเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวมากกว่าจะเป็นผู้รับคำปรึกษาและด้วยความรักความห่วงใยที่มีต่อบุตรหลานไม่ยากทำให้บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวต้องไม่สบายใจ เพราะบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวนั้นมีภาระหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว อาจทำให้ผู้สูงอายุมักเก็บความไม่สบายใจมาคิดคนเดียว แต่จะหาวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านเพื่อเป็นการคลายเครียดแทนซึ่งก็ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสบายใจขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นไม่ได้เป็นสิ่งยุ่งยากจึงทำให้มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง อาจมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31$, $p < .01$) แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี ตรงกันข้ามหากมีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของประภาและคณะ (2543) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่แตกต่างจากการศึกษาของจิราพร (2547) และการศึกษาของปิยะนุช (2549) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 26.86$, $SD = 1.58$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จอยู่ในระดับสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มๆ มันๆ งดการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือการสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมั่นใจว่าจะแสวงหาความรู้เพื่อการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค และหากมีอาการผิดปกติจะแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบทุกครั้ง ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 2006) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรม โดยเป็นการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาและยังมีความรู้ในหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปานจิต (2547) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูง อาจมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร (2547) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสุภา (2546) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายไม่สามารถที่จะกำหนดพฤติกรรมออกกำลังกายให้เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างได้

ความรู้สึกรู้สึกดีที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 22.44$, $SD = 2.44$) เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกและความคิดเห็นที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติ

พฤติกรรมนั้นซ้ำอีก ในทางกลับกันถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบ บุคคลนั้นจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Pender, 2006) การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิมนั้นมีความรู้สึกนึกคิดที่ดีกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกสดชื่นเมื่อได้ออกกำลังกาย และรับรู้ว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะช่วยควบคุมโรคความดันโลหิตสูงถึงแม้ว่าจะรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.6) มีระยะเวลาเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี และมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท (ร้อยละ 73) การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะช่วยควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติเมื่อเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ถึงแม้ว่าความรู้สึกจากการปฏิบัตินั้นอาจเป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาสุภา (2546) ที่พบว่าความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปานจิต (2547) ที่พบว่าความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ดีขึ้น

อิทธิพลระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 19, SD = 1.33$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อทัศนคติหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ พยาบาล รวมถึงการช่วยเหลือ การได้รับกำลังใจ หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง เห็นได้จากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้วยมากกับการได้รับกำลังใจและดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการที่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลเรื่องการปรุงอาหารโดยหลีกเลี่ยงของเค็มๆ มันๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ทำให้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น เพื่อนำมาปรับใช้กับตนเอง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 47.6) ซึ่งสังคมผู้สูงอายุมุสลิมมักจะอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีคนคอยดูแล ได้รับการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากบุคคล

ในครอบครัว รวมถึงผู้นำศาสนา เช่น โต๊ะอิหม่าม ซึ่งมีบทบาทมากในชุมชนมุสลิม เพราะเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับนับถือจากมุสลิมด้วยกัน เมื่อมีการปฏิบัติศาสนกิจที่มีสยิด ทำให้เกิดการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และนำมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมสำหรับตนเอง ทำให้ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับสูง ชัดแย้งกับกับการศึกษาของธิดารัตน์ (2547) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลของสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายในจังหวัดพังงาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลมีการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับความพร้อมของร่างกายและความต้องการของตนเองอยู่ก่อนแล้ว การเป็นแบบอย่างหรือการสนับสนุนจากบุคคลอื่นจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50, p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการศึกษาที่สอดคล้องกัน พบว่า ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น เครือข่ายทางสังคม เช่น สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความถี่ในการพบปะสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต หากบุคคลปราศจากเครือข่ายทางสังคมหรือไม่ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลจะมีการทำนายโรคที่แย่ลง และทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Sendino, Castillon, Banegas, and Artalejo, 2005)

อิทธิพลด้านสถานการณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลด้านสถานการณ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 18.51, SD = 2.01$) ซึ่งอิทธิพลด้านสถานการณ์เป็นการรับรู้และเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่จะส่งเสริมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเห็นด้วยกับการณรงค์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดการตื่นตัวที่จะดูแลตนเองมากขึ้น รวมถึงการได้เห็นบุคคลที่เป็นอัมพาตช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้เกิดความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น และการได้รับบริการที่อบอุ่นเป็นกันเองและสะดวกรวดเร็วของโรงพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาที่ผ่านมาของธิดารัตน์ (2547) พบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์อยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายจังหวัดพังงา ($r = .07, p > .05$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่ออิทธิพลด้านสถานการณ์ ได้แก่ การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย

หลายประเภท การมีทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่ได้เป็นตัวส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายจนเป็นกิจวัตรและได้เลือกประเภทกิจกรรมการออกกำลังกายที่ตรงตามความต้องการแล้ว

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, P < .01$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมีทางเลือกให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน โทรทัศน์ และสถานบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการรับรู้ต่อสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 49 ($p < .01$) โดยตัวแปรอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด สามารถอธิบายได้ดังนี้

อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุดถึงร้อยละ 25 ($\beta = .50, t = 6.39, p < .01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าบุคคลที่ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลในระดับต่ำ ซึ่งบุคคลไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่เพียงลำพังในสังคม ต้องได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ตลอดจนต้องปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อของสังคม ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการเกิดพฤติกรรมของบุคคล (Pender, 2006) จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ตลอดจนบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งในบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมนั้นการปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อทางหลักศาสนาเป็นสิ่งสำคัญ เปรียบเสมือนเครื่องยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิต ซึ่งสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพรวมถึงผู้นำศาสนาเป็นผู้ที่มีบทบาทต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมเป็นอย่างมาก การได้รับการดูแลเอาใจใส่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นที่รักของสมาชิกในครอบครัว เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและเกิด

ความรู้สึกที่ดีที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสม ดังนั้นอิทธิพลระหว่างบุคคลจึงสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ (2541) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ การได้รับกำลังใจ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และการเป็นแบบอย่างในการออกกำลังกายของครอบครัว เพื่อนสนิทและบุคลากรในทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่สองที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .39, t = 5.37, p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ก็จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับว่าก่อให้เกิดผลดีต่อตน บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Pender, 2006) การรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปีและบางส่วน 10 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค จึงสามารถปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้น เนื่องจากมีประสบการณ์การเป็นโรคนาน สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลดา (2550) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคสามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของกลุ่มตัวอย่างได้

การรับรู้ความสามารถของตน เป็นตัวแปรที่สามที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .26, t = 3.38, p < .01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ตัวเองสามารถกระทำได้ไม่ยากจนเกินไป แสดงว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ จะทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสำเร็จได้มาก การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของชิดชนก (2547) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ เป็นตัวแปรตัวที่สี่ที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .17, t = 2.52, p < .01$) ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบบุคคลมักจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Pender, 2006) ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติจึงสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McAuley & Coumeya (1992) พบว่าการตอบสนองต่อผลกระทบด้านบวกในระหว่างการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายความสามารถในการออกกำลังกายในภายหลัง

แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของปานจิต (2547) เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีความรู้ที่มีความสุขภายหลังออกกำลังกาย รู้สึกภูมิใจเมื่อได้ออกกำลังกาย และไม่รู้สึกรัดอกกังวลขณะออกกำลังกาย แต่ยังพบว่าความรู้ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างได้

อิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นตัวแปรสุดท้ายที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .21, t = 2.08, p < .01$) การรับรู้และเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมจะมีผลในการส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมที่สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยจูงใจให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของสุภา (2546) ที่พบว่าอิทธิพลด้านสถานการณ์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ก่อนแล้ว ปัญหาหรือสิ่งที่มาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมจึงไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้อุปสรรคจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นต้องประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยหลักคือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษารอบทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ รวมไปถึงปัจจัยหลักตัวสุดท้ายคือ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) บางส่วน ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตอย่างแท้จริงต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสะเดา และโรงพยาบาลจะนะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 126 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม 2552

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 11.52, SD = 3.66$) ที่อยู่ในระดับปานกลาง
2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ ($\bar{X} = 19.82, SD = .61$) การรับรู้ความสามารถของตน ($\bar{X} = 26.86, SD = 1.58$) ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ($\bar{X} = 22.44, SD = 2.44$) อิทธิพลระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 19, SD = 1.33$) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ($\bar{X} = 18.51, SD = 2.01$) อยู่ในระดับสูง ขณะที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 20.42, SD = 4.43$)
3. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .49, .31, .48, .50$ และ $.48$ ตามลำดับ)

ขณะที่ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 49 ($R^2 = .49, p < .05$) โดยตัวแปรอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด ($\beta = .50, t = 6.39, p < .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .39, t = 5.38, p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตน ($\beta = .26, t = 3.39, p < .01$) ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ($\beta = .17, t = 2.52, p < .01$) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ($\beta = .21, t = 2.09, p < .01$) ตามลำดับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสะเดาและโรงพยาบาลจะนะ ที่พูดและฟังภาษาไทยได้และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมในภาคใต้เท่านั้นผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงประชากรผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยภาพรวมได้
2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในแบบสอบถามนั้น มีข้อคำถามบางข้อที่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุมุสลิม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานี้เป็นข้อพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยพยาบาลร่วมกับผู้นำศาสนาหรือสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง
2. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเสริมสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชาวมุสลิม

3. ควรมีการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เหมาะสมมากกว่านี้และควรมีการศึกษาเพิ่มในกลุ่มที่พูดภาษามาลายู เพื่อให้ได้กลุ่มที่กว้างขึ้นและสามารถเป็นตัวแทนประชากรได้

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง. (2540). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ จันทร์แดง. (2541). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัด
ปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมอนามัยแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *เมืองไทยสุขภาพดี* ค้นเมื่อวันที่ 18
กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 จาก <http://www.moph.go.th>
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข ข้อมูล
ข่าวสารสาธารณสุข. (2550). *สถิติโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร.
- กษิณีย์ ศรีสง่า. (2548). *การแพทย์ตามแนวทางท่านศาสดามุฮัมมัด* ชล. กรุงเทพฯ: แผนงานสร้าง
เสริมสุขภาพมุสลิมไทย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม วัฒนชัย. (2542). *การดูแลโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: มิตรสัมพันธ์กราฟิก
อาร์ต.
- ขนิษฐา นาคะ. (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งใน
ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา สิทธิโชคชัย และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์. (2544). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรค
ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพัทลุง*. รายงานการวิจัยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลพัทลุง.
- จริยาวัตร คมพักษณ์. (2531). *แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้*. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์*, 6(2), 96-106.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). *โรคความดันโลหิตสูง*. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ),
ตำราอายุรศาสตร์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 175-201)*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิตอารี ศรีอาคะ. (2543). *การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. (2547). *แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร ทองดี. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำลอง ดิษยวณิช และ พร้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ*. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ฉลวย เหลาะหมาน. (2548). *พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ตำบลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณัฐยา จิตประไพ. (2542). *การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในโรคหลอดเลือดโคโรนารี*. เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาธิบดี. กรุงเทพฯ.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง. (2544). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรธานี*. การค้นคว้าแบบอิสระตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิกานต์ สมจारी. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชิดชนก ไชยกุล. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.

- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์.
- คุษฎี พงศ์อุดม. (2549). *ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดำรงค์ แวอาลี. (2547). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*. สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- เดือนจิตร ภักดีพรหม. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2540). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง*. ศรีนครินทร์ เวชสาร, 12, 152-177.
- ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2545). *การส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ นะแสง. (2542). *การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล*. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ธิดารัตน์ ทรายทอง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ความมุ่งมั่นต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายในจังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นันทริกา เลิศเชวงกุล. (2549). *การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุชาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตดา หงส์วิวัฒน์. (2547). *อาหารมุสลิม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดดจำกัด.
- นิภา จรูญเวสม์. (2542). *ความดันเลือดกับสิ่งแวดล้อม*. ใน สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี. ลอฟท์ส และ กฤษณา ศรีสำราญ (บรรณาธิการ.), *ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม (Environment medicine): ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราช* (หน้า 925-933). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ*
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
นูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประกาย ลิ้มประสูติ, แอนน์ สารจินดาพงศ์, วงเดือน สุวรรณศิริ, นันทนา น้ำฝน, จรรยา เสียงเสนาะ,
จารุวรรณ เหมะธร, และคณะ. (2543). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปานจิต นามพลกรัง. (2547). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรค
ความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลสงขลา
นครินทร์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัชรินทร์ สืบสายอ่อน. (2546). *การบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิต
สูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัทยา อุดมสินคำ. (2541). *ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษา
พยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลป
ศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิชฌาย์วีร์ สิงห์ปัญจนที. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี*. รายงานวิจัย วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2543). 1999 WHO/ISH Guideline for the management of hypertension. ใน
รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, สมเกียรติ วสุวิฑูฏกุล, และดำรงส ตริสุโกศล (บรรณาธิการ.),
อายุรศาสตร์ทันยุค 6 (หน้า 199-231). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2546). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มานี ชูไทย. (2544). *หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- รวิชา หงส์โรจนภักย์. (2545). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรืองศักดิ์ ศิริผล. (2542). *การออกกำลังกายและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. กรุงเทพฯ: ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณิ จันท์สว่าง และ อุษณีย์ เพชรรัชชชาติ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(4), 510-515.
- วันดี คำศรี. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันเพ็ญ จาริยะศิลป์. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2544). *โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. *เอกสารประกอบการสอนภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมาศ บุญประसार. (2544). *การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศุภชัย ถนอมทรัพย์, พีระ บุรณะกิจเจริญ, พิงใจ งามอุโฆษ, หลิงน้อย อุบลเดชประจักษ์,
พงษ์อมร บุญนาค, สาธิต วรรณแสง และคณะ. (2544). *แนวทางในการดูแลรักษาความดัน
โลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์, 18(2), 11-25.*
- ศุภวรรณ มโนสุนทร, และ ฉายศรี สุพรรณศิลป์ชัย. (2542). *สุขศึกษากับโรคความดันโลหิตสูง.*
กรุงเทพฯ: ส่วนพฤติกรรมและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือการดูแลฟื้นฟู
สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม สำหรับผู้นำประจำมัสยิด. ชุมชนมุสลิมแห่งประเทศไทย
ประเทศไทย.*
- สมจิตร สุทชนะ. (2543). *ผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด
ความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนวิเจพรินต์ติง.*
- สมชาติ โลจายะ และ อรวรรณ สุวจิตรานนท์. (2536). *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์
ครั้งที่ 2, หน้า 480-494). กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชั่น.*
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2549). *แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิต
สูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. ใน อภิรักษ์ पालวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ), แนวปฏิบัติบริการ
สาธารณสุข Quick reference guide สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. กรุงเทพฯ.*
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). *ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). *แผน 9๑ ฉบับประชาชน.*
กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
เลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนปัจจัย
ด้านพฤติกรรม และวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. สำนักพัฒนาวิชาการ
แพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*

- สุภา อินทร. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี ด่านธำรงกุล. (2543). *การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต*. ใน สาลิกา เมชนาวิน และสุภาวดี ด่านธำรงกุล (บรรณาธิการ), *คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ* (หน้า 53-96). กรุงเทพฯ: ดาวัลย์พรีนติ้ง.
- สุมาลีกา เปี่ยมมงคล, สุธีรา เสาวภาคย์, และอับดุลเลาะ อับรู่. (2544). *บทบาทของการบริโภคอุตสาหกรรมอาหารฮาลาลต่อรูปแบบการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมกลุ่มต่างๆ ในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง*. รายงานการวิจัยภาควิชาวิทยาศาสตร์การอาหารและโภชนาการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีร่วมกับภาควิชาอิสลามศึกษา วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปัตตานี.
- สุริย์ คำพอง. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). *ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวนีย์ จิตหมวด. (2535). *วัฒนธรรมอิสลาม*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ทางนำ.
- อรพินท์ กายโรจน์. (2542). *ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณดา นางแย้ม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อามีนะห์ คำรงผล. (2544). *สาระนั้นรู้เกี่ยวกับชีวิตมุสลิม*. กรุงเทพฯ: นันทาพับลิชชิ่ง.
- อารักขา ใจธรรม. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- Benyamini, Y., Blumstein, T., Boyko, V., & Lerner-Geva, L. (2008). Cultural and Educational Disparities in the use of Primary and Preventive Health Care Services among midlife women in Israel. *Women's Health Issues* 18, 257-266. Retrieved December 28, 2008.
- Chaiput, S. (2003). *Menopause Symptoms and Health Practices among Middle Aged Thai Muslim Women*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing. Prince of Songkla University, Songkhla.
- Drevenhorn, E., Bengtson, A., Allen, J. K., Saljo, R., Kjellgren, K. I. (2007). Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 46-53.
- Franzen, L., & Smith, C. (2009). Acculturation and environmental change impacts dietary habits among adult Hmong. *Journal homepage: www.Elsevier.com/locate/appet*, 173-183. Retrieved April 12, 2009.
- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure.
- McAuley, E and Courneya, K. S. (1992). Self-efficacy relationships with affective and exertion responses to Exercise. *Journal of Applied Social Psychology* 22, 312-326.
- Mahan, L. K. (1996). *Krause food, nutrition, and diet therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research*. (4th ed.). Philadelphia; PA: Lippincott.
- Murray, R.B., & Zentner, J. P. (1993). *Nursing assessment and health promotion Strategies through the life span*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pandic, S., Ekman, I., Nord, L., Kjellgren, I. K. (2007). Device-guided breathing exercises in the treatment of hypertension-perceptions and effects. *CDV prevention and Control* 3, 163-169. Retrieved November 27, 2008.
- Pender, N.J (2002). *Health promotion in nursing practice*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. Fifth edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Pescatello, L. S., Franklin, B. A., Fagard, R., Farquhar, W. B., Kelley, G. A., & Roy, C. A. (2004). *Exercise and hypertension*. Retrieved September 26, 2008, from <http://www.acsm-msse.org>

- Polit, D. F., & Hungler, B P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter, J.F. (2003). Hypertension. In R. C. Tallis & H. M. Fillit (Ed.), *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (pp.393-406). London: Churchill Livingstone.
- Scheltens, T., Bots, M., Numans, M., Grobbee, D., & Hoes, A. (2007). Awareness, treatment and control of hypertension: the 'rule of halves' in an era of risk-based treatment of hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 21(2), 99-106. Retrieved October 21, 2008.
- Scott, A. K. (1998). Hypertension. In R. Tallis, H. Fillit & J.C. Brocklehurst (Eds.), *Geriatric Medicine and Gerontology* (pp.321-335). Edinburgh: Harcourt Brace.
- Sechrist, K. R., Walker, S.N., & Pender, N.J. (1987). Development and psychometric evaluation of exercise benefits/barriers scale. *Research in Nursing and Health*, 10, 357-365.
- Sendino, A. R., Castillon, P. G., Banegas, J. R., & Artalejo, F. R. (2005). *Relationship between social network and hypertension in older people in Spain*. Retrieved September 7, 2009.
- Sohng, K. Y., Sohng, S., Yeom, H.A. (2002). Health promoting behavior of elderly Korean immigrants in the United States. *Public Health Nursing*, 19, 294-300.
- Stewart, A., Noakes, T., Eales, C., Shepard, K., Becker, P., & Veriawa, Y. (2005). Adherence to cardiovascular risk factor modification in patients with hypertension. *Cardiovascular Journal of South Africa*, 16, 102-107. Retrieved November 25, 2008.
- Swales, J.D. (1995). *Manual of hypertension*. Oxford: Blackwell science.
- Takata, K. I., Ohta, T., & Tanaka, H. (2003). How much exercise is required to reduce blood pressure in essential hypertensive: A dose-response. *American Journal of Hypertension*, 16, 629-933. Retrieved November 25, 2008.
- Thanavaro, J. L., Moore, S. M., Anthony.M., Narsavage, G., & Delicath, T., (2006). Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied Nursing Research* 19, 149-155. Retrieved September 7, 2009.
- Waldstein, S., Brown, J., Maier, K., & Katzel, L. (2005). Diagnosis of Hypertension and High Blood Pressure Levels Negatively Affect Cognitive Function in Older Adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 174-180. Retrieved October 21, 2008.
- World Health Organization International Society of Hypertension. (1999). World Health Organization International Society of Hypertension guideline management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 17, 151-183.

Zhang, X., Zhu, M., Dib, H. H., Hu, J., Tang, S., Zhong, T., et al. (2008). Knowledge awareness behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China. *Internation Journal of Cardiology*. Retrieved October 24, 2008.

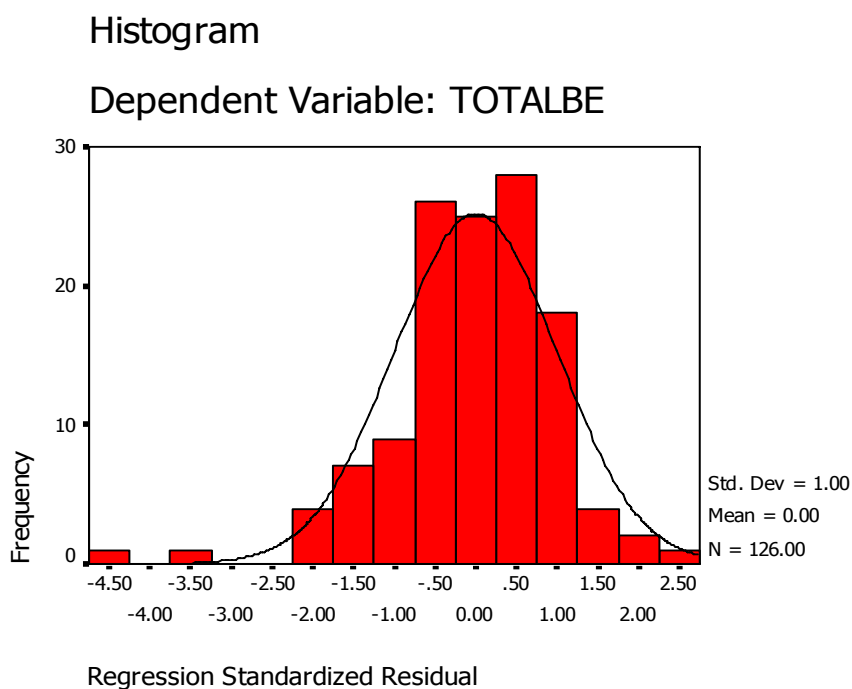
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

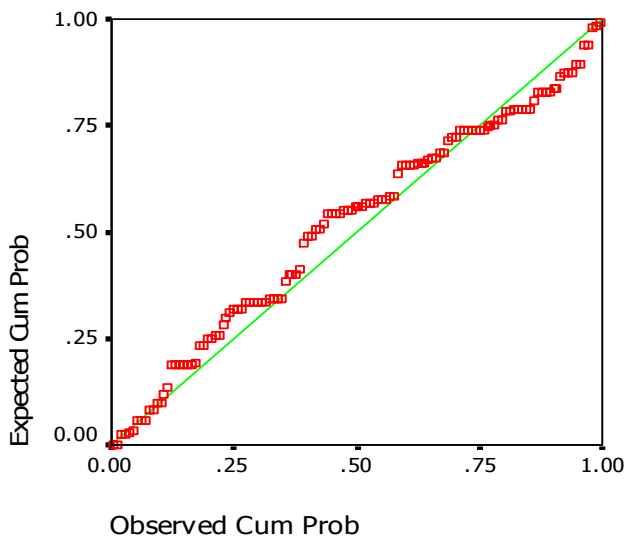
ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (กัลยา, 2546; บุญใจ, 2547; เพชรน้อย, 2546) ดังนี้

1. ทดสอบลักษณะการแจกแจงปกติ (normality) ของตัวแปรที่ศึกษาและค่าความคลาดเคลื่อน โดยใช้กราฟ 2 ชนิด คือ กราฟฮิสโตแกรม (histogram) และกราฟ normal probability plot (P-P Plot) ผลการทดสอบพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บนตัวแปรต้นทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์มีการแจกแจงเป็น โคนึงปกติ (normal distribution) ดังภาพ 1



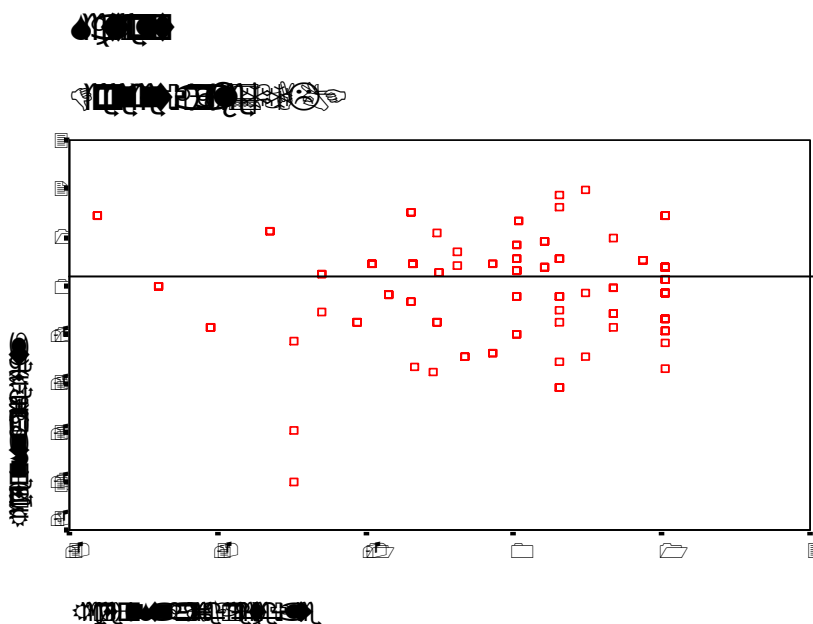
ภาพ 1 ผลการทดสอบการกระจายของค่าคลาดเคลื่อน (residual) โดยกราฟฮิสโตแกรม

Normal P-P Plot of Regression Standardized
Dependent Variable: TOTALBE



ภาพ 2 ผลการทดสอบการกระจายของค่าคลาดเคลื่อน (residual) โดย normal probability plot (P-P Plot)

2. การทดสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปรมีค่าคงที่ (homoscedasticity) โดยใช้แผนภาพการกระจาย (scatter plot) ผลการทดสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ ดังนั้นความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปรมีค่าคงที่



3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง การแจกแจงข้อมูลเป็น โค้งปกติ ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) โดยใช้ค่า Durbin-Watson ซึ่งต้องมีค่าระหว่าง 1.5-2.5 (กัลยา, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.75

4. ทดสอบว่าตัวแปรต้นแต่ละตัวเป็นอิสระต่อกัน ไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน .85 (Munro, 2001) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูง ($r = .49, .31, .48, .50, .48$ และ $.74$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

เมตริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1.00						
การรับรู้ประโยชน์	.49**	1.00					
การรับรู้อุปสรรค	.31**	.34**	1.00				
การรับรู้ความสามารถของตน	.48**	.47**	.34**	1.00			
ความรู้สึที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม	.17	-.02	.22*	-.15	1.00		
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.50**	.24**	.25**	.23*	.13	1.00	
อิทธิพลด้านสถานการณ์	.48**	.28**	.17	.23*	-.06	.74**	1.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

5. ใช้ collinearity statistics ทดสอบโดยพิจารณาจากค่า VIF (variance inflation factor) ซึ่งค่าปกติไม่ควรมากกว่า 10 และพิจารณาค่า Tolerance ซึ่งค่าปกติไม่ควรเข้าใกล้ 0 (Stevens, 1992; Pedhazur, 1997 อ้างตามเพชรน้อย, 2546) จากการทดสอบพบว่าค่า VIF เท่ากับ 1.02-2.22 และ Tolerance อยู่ระหว่าง 0.46-0.98 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูงและเป็นอิสระต่อกัน ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

ความสัมพันธ์และความเป็นอิสระต่อกันของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	Tolerance	VIF
การรับรู้ประโยชน์	.95	1.06
การรับรู้อุปสรรค	.94	1.07
การรับรู้ความสามารถของตน	.95	1.06
ความรู้สึที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ	.98	1.02
อิทธิพลระหว่างบุคคล	.95	1.06
อิทธิพลด้านสถานการณ์	.46	2.22

ภาคผนวก ข
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 9

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง (N = 126)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคยทำ	1-2 วันต่อสัปดาห์	3-6 วันต่อสัปดาห์	ทำทุกวัน	\bar{X}	SD
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
<u>ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</u>						
1. ท่านติดตามข่าวสารใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือฟังจากหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน	8 (6.3)	10 (7.9)	4 (3.2)	104 (82.5)	3.62	.884
2. ท่านซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อท่านไม่เข้าใจคำแนะนำหรือมีเรื่องที่ท่านอยากรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	29 (23)	-	-	97 (77)	3.31	1.267
3. ท่านบอกให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดมึนศีรษะมาก แขนขาอ่อนแรง	-	-	4 (3.2)	122 (96.8)	3.97	.176
4. ท่านรับประทานยาความดันโลหิตสูงตามเวลาที่แพทย์สั่ง โดยไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนยาที่รับประทานเอง	3 (2.4)	-	-	123 (97.6)	3.93	.459
5. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต เมื่ออาการดีขึ้นแล้ว*	116 (92.1)	9 (7.1)	-	1 (0.8)	3.90	.367

หมายเหตุ * = ข้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคยทำ	1-2 วันต่อ สัปดาห์	3-6 วันต่อ สัปดาห์	ทำทุกวัน	\bar{X}	SD
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
6. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	1 (0.8)	-	1 (0.8)	127 (98.4)	3.97	.281
<u>ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย</u>						
7. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำพลง วันละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	52 (41.3)	5 (4)	18 (14.3)	51 (40.5)	2.54	1.378
8. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินช้าๆ แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินให้นานขึ้น เพื่อให้ได้ประโยชน์ในการลดระดับความดันโลหิต	23 (18.3)	3 (2.4)	23 (18.3)	77 (61.1)	3.22	1.152
9. ก่อนออกกำลังกายท่านจะอบอุ่นร่างกายเบาๆ ด้วยการยืดเส้นยืดสายเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย	66 (52.4)	7 (5.6)	20 (15.9)	33 (26.2)	2.16	1.311
10. ท่านออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านหรือทำสวนจนเหงื่อแตก วันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	10 (7.9)	3 (2.4)	15 (11.9)	98 (77.8)	3.60	.878
<u>ด้านโภชนาการ</u>						
11. ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงไปพร้อมกับข้าวหรืออาหารก่อนรับประทาน*	109 (86.5)	10 (7.9)	2 (1.6)	5 (4)	3.77	.671

หมายเหตุ * = ข้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคยทำ	1-2 วันต่อ	3-6 วันต่อ	ทำทุกวัน	\bar{X}	SD
	สัปดาห์					
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
12. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น สปอนเซอร์ กระทั่งแดง ลิโพ เพราะช่วยให้รู้สึก กระชุ่มกระชวย สดชื่นมีแรงทำงาน*	48 (38.1)	8 (6.3)	3 (2.4)	67 (53.2)	2.29	1.431
13. ท่านรับประทานซูบหางวัว ซุปเอ็นวัว เนื้อติดมัน แกงเทโพ แกงกะทิ*	39 (31)	60 (47.6)	27 (21.4)	0 (0)	3.10	.720
14. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปลาต้ม น้ำบูดู แกงไตปลา*	26 (20.6)	75 (59.5)	17 (13.5)	8 (6.3)	2.94	.773
15. ท่านรับประทานผัก ผลไม้	-	-	3 (2.4)	123 (97.6)	3.98	.153
16. ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ไข่ทอด โรตีมะตะบะ*	13 (10.3)	74 (58.7)	23 (18.3)	16 (12.7)	2.67	.829
17. ท่านเลือกใช้ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ ในการปรุงอาหาร	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
18. ท่านรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น ปลากระป๋อง มาม่า*	72 (57.1)	47 (37.3)	4 (3.2)	3 (2.4)	3.49	.678

หมายเหตุ * = ข้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคยทำ	1-2 วันต่อ สัปดาห์	3-6 วันต่อ สัปดาห์	ทำทุกวัน	\bar{X}	SD
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
<u>ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</u>						
19. ท่านแสดงความรักความห่วงใยกับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว	-	2 (1.6)	3 (2.4)	121 (96)	3.94	.291
20. เมื่อมีปัญหาข้อขัดแย้ง ท่านแก้ไขโดยการพูดไกล่เกลี่ย	-	2 (1.6)	-	124 (98.4)	3.97	.251
21. ท่านเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แบ่งปันสิ่งของให้กับเพื่อนบ้าน	-	2 (1.6)	-	124 (98.4)	3.97	.251
22. ท่านเข้าร่วมหรือช่วยเหลือกิจกรรมในหมู่บ้าน เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญทางศาสนา	-	23 (18.3)	8 (6.3)	95 (75.4)	3.57	.784
<u>ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ</u>						
23. ท่านบอกกับตัวเองเสมอว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคตเป็นพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ที่จะประทานมาให้	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
24. ท่านปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ละหมาด ถือศีลอด เพราะถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นแนวทางที่ต้องปฏิบัติตามหลักคำสอนของพระองค์อัลลอฮ์	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
25. ท่านฝึกจิตใจให้สงบเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง	-	-	3 (2.4)	123 (97.6)	3.98	.153

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ไม่เคยทำ	1-2 วันต่อสัปดาห์	3-6 วันต่อสัปดาห์	ทำทุกวัน	\bar{X}	SD
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
26. ท่านพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่คาดหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
<u>ด้านการจัดการกับความเครียด</u>						
27. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
28. เมื่อมีความเครียดท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ดูทีวี	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
29. ท่านพยายามปล่อยวาง ไม่เก็บเรื่องในครอบครัวมาคิดเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
30. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ นอนไม่หลับท่านจะรับประทานยานอนหลับ*	110 (87.3)	13 (10.3)	2 (1.6)	1 (.8)	3.84	.463

หมายเหตุ * = ซื้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 10

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง (N = 126)

ข้อความ	ไม่เห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	SD
	ด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						
1. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มๆ มันๆ จะช่วยให้ผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
2. การงดดื่ม น้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จะช่วยให้ผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้	3 (2.4)	3 (2.4)	-	120 (95.2)	3.88	.546
3. การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาดแสดงความรักภักดีต่อพระองค์อัลลอฮ์ ช่วยให้ท่านมีจิตใจสงบ ผ่อนคลายและช่วยลดความเครียด เป็นผลดีต่อโรคความดันโลหิตสูง	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
4. การรับประทานตามเวลา ครบตามจำนวนทุกครั้งจะเป็นผลดีต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
5.การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้	-	2 (1.6)	4 (3.2)	120 (95.2)	3.94	.303

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	SD
	ด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
<u>การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ</u>						
6.การออกกำลังกายที่ไม่ใช่การทำงานบ้านหรือทำสวน เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำพลอง เป็นสิ่งที่ท่านเห็นว่ายุ่งยาก*	113 (89.7)	9 (7.1)	-	4 (3.2)	3.83	.576
7. การที่ท่านต้องรับประทานยาความดัน โลหิตสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย*	54 (42.9)	4 (3.2)	-	68 (54)	2.35	1.477
8. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทาน บูดู แองไดปลา มัสมัน แกงกะทิ เนื้อติดมัน เพราะเป็นอาหารที่ท่านชอบ*	94 (74.6)	4 (3.2)	-	28 (22.2)	3.30	1.248
9. ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงได้เพราะมีผู้ปรุงอาหารให้และต้องรับประทานร่วมกับสมาชิกในครอบครัว*	82 (65.1)	-	-	44 (34.9)	2.95	1.436
10.ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังได้ เพราะดื่มาแล้วรู้สึกกระชุ่มกระชวย มีแรงทำงาน*	85 (67.5)	1 (.8)	4 (3.2)	36 (28.6)	3.07	1.363
11.เมื่อท่านไม่สบายใจหรือมีความเครียด ท่านไม่กล้าปรึกษาใคร มักเก็บมาคิดคนเดียว	35 (27.8)	-	-	91 (72.2)	1.83	1.349
12.เมื่อท่านไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ท่านไม่กล้าที่จะซักถาม เนื่องจากแพทย์และพยาบาล ยุ่งมากเกรงว่าจะถูกตำหนิ	86 (68.3)	-	4 (3.2)	36 (28.6)	3.08	1.366

หมายเหตุ * = ข้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	SD
	ด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
<u>การรับรู้ความสามารถของตน</u>						
13. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	-	2 (1.6)	-	124 (98.4)	3.97	.251
14. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มๆ มันๆ ได้	-	-	3 (2.4)	123 (97.6)	3.98	.153
15. ท่านมั่นใจแสวงหาความรู้เพื่อการรักษาและการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเป็นอยู่	-	-	3 (2.4)	123 (97.6)	3.98	.153
16. ท่านมั่นใจว่าหากมีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิต เช่น ใจสั่น ตะคริว หน้ำมืด คล้ายจะเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ท่านจะแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
17. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการคั้นน้ำชา กาแฟ หรือการสูบบุหรี่ได้ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล	20 (15.9)	18 (14.3)	-	88 (69.8)	3.24	1.196
18. ท่านมั่นใจว่าการละหมาด การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน จะช่วยให้คุณผ่อนคลายความเครียดลงได้	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
19. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน รำไม้พลอง ทำสวนหรือทำงานบ้าน ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	8 (6.3)	5 (4.0)	4 (3.2)	109 (86.5)	3.70	.822

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	SD
	ด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ						
20. ท่านรู้สึกว่าจะถึงแม้จะรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง ก็ไม่เกิดอันตรายกับท่าน*	105 (83.3)	-	-	21 (16.7)	3.50	1.122
21. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับการต้องควบคุมอาหารรสเค็มๆ มันๆ เพราะทำให้ท่านรับประทานอาหารไม่อร่อย*	96 (76.2)	-	-	30 (23.8)	3.29	1.283
22. ท่านรู้สึกไม่อยากจะออกกำลังกาย เพราะกลัวจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น*	123 (97.6)	3 (2.4)	-	-	3.98	.153
23. การที่ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเป็นอยู่ จะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต	1 (.8)	-	-	125 (99.2)	3.98	.267
24. การที่ได้พูดคุยกับบุคคลที่ท่านไว้วางใจ ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียดลงได้	2 (1.6)	-	-	124 (98.4)	3.95	.376
25. เมื่อท่านได้ออกกำลังกาย ทำให้ท่านรู้สึกสดชื่น	7 (5.6)	3 (2.4)	4 (3.2)	112 (88.9)	3.75	.756

หมายเหตุ * = ข้อคำถามเชิงลบ

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	SD
	ด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
อิทธิพลระหว่างบุคคล						
26.การได้รับกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ท่านมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเป็นอยู่	-	-	-	126	4.00	.000
				(100)		
27.การมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลทำให้ท่านได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น และท่านนำสิ่งที่ประโยชน์มาปรับใช้กับตัวเองเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	-	6	3	117	3.88	.449
		(4.8)	(2.4)	(92.9)		
28.การที่สมาชิกในครอบครัวของท่านดูแลเรื่องการปรุงอาหารโดยหลีกเลี่ยงของเค็มๆ มันๆ ทำให้ท่านได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	-	4	-	122	3.94	.352
		(3.2)		(96.8)		
29.ถ้าในชุมชนของท่านมีผู้นำในการออกกำลังกาย จะทำให้ท่านรู้สึกอยากออกกำลังกาย	14	29	3	80	3.18	1.134
	(11.1)	(23)	(2.4)	(63.5)		
30.ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลในครอบครัว แพทย์หรือพยาบาล เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้	-	-	-	126	4.00	.000
				(100)		
อิทธิพลด้านสถานการณ์						
31.การรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ท่านตื่นตัวที่จะดูแลตนเองมากขึ้น	-	-	-	126	4.00	.000
				(100)		
32.การมีกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน ทำให้ท่านสนใจและอยากเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย	8	26	6	86	3.35	1.014
	(6.3)	(20.6)	(4.8)	(68.3)		

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	SD
	ด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
33.การมีสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ทำให้ท่านอยากออกกำลังกาย	13 (10.3)	29 (23)	9 (7.1)	75 (59.5)	3.16	1.106
34.การได้เห็นบุคคลที่เป็นอัมพาตช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้ท่านกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น	-	-	-	126 (100)	4.00	.000
35.การได้รับบริการที่อบอุ่นเป็นกันเองและสะดวกรวดเร็วของโรงพยาบาลทำให้ท่านมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง	-	-	-	126 (100)	4.00	.000

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวทิพย์วดี พันธภาค เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูงต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ซึ่งดิฉันจะอธิบายรายละเอียดให้ทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในระหว่างมีการสัมภาษณ์ หากท่านรู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการผิดปกติใดๆ ท่านสามารถแจ้งให้ดิฉันทราบเพื่อให้ความช่วยเหลือท่านในทันที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความยินยอมและสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ในการตกลงเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกกับผู้วิจัยโดยตรงหรืออาจจะแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง ดิฉันขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....ผู้ร่วมวิจัย

(.....)

ทิพย์วดี พันธภาค

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ง

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย)

สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันนางสาว/นาง.....เป็นผู้ช่วยวิจัย กำลังทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดให้ทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในระหว่างมีการสัมภาษณ์หากท่านรู้สึกไม่สุขสบาย หรือมีอาการผิดปกติใดๆ ท่านสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบเพื่อให้ความช่วยเหลือท่านในทันที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความยินยอมและความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ในการตกลงเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกกับผู้วิจัย โดยตรงหรืออาจจะแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง ดิฉันขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้ร่วมวิจัย

.....

(.....)

ผู้ช่วยวิจัย

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....
สถานที่.....
วันที่.....

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
(1) โสด (2) คู่ (3) หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
(1) ไม่ได้รับการศึกษา (4) ปริญญาตรี/เทียบเท่า
(2) ประถมศึกษา (5) อื่นๆ (ระบุ)
(3) มัธยมศึกษา
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน
6. ลักษณะการอยู่อาศัย
(1) อยู่คนเดียว (4) อยู่กับบุตรหลาน
(2) อยู่กับคู่สมรส (5) อยู่กับญาติ
(3) อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (6) อื่นๆ (ระบุ)
7. อาชีพ
(1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (4) รับจ้าง
(2) เกษตรกร/ทำสวน (5) อื่นๆ (ระบุ)
(3) ค้าขาย
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
(1) ไม่มีรายได้ (4) 6,001- 9000 บาท/เดือน
(2) ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน (5) มากกว่า 9,001 บาท/เดือน
(3) 3,001 – 6,000 บาท/เดือน
9. ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย
(1) เพียงพอ (2) ไม่เพียงพอ
10. ระยะเวลาที่เป็นโรค..... ปี
11. ยาที่ได้รับ.....
12. ระดับความดันโลหิตในวันมาตรวจ.....mmHg
13. โรคประจำตัวอื่นๆ.....

14. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกันเป็นอย่างไร

.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินเกี่ยวกับวิถีชีวิตของท่านที่กระทำงานเป็นนิสัยประจำตัว เมื่อท่านได้ฟังคำถามแล้วกรุณาตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- คะแนน 1 หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย
 คะแนน 2 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์
 คะแนน 3 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3-6 วันต่อสัปดาห์
 คะแนน 4 หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคย ทำ (1)	1-2 วัน/ สัปดาห์ (2)	3-6 วัน/ สัปดาห์ (3)	ทำทุก วัน (4)
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1.ท่านบอกให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดมึนศีรษะมาก แขนขาอ่อนแรง				
2.ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง				
3.ท่านรับประทานยาความดันโลหิตสูงตามเวลาที่แพทย์สั่ง โดยไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนยาที่รับประทานเอง				
4.ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต เมื่ออาการดีขึ้นแล้ว				
5.ท่านติดตามข่าวสารใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ คู่มือโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือฟังจากหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน				
6. ท่านซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อท่านไม่เข้าใจคำแนะนำ หรือมีเรื่องที่ท่านอยากรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
7. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น สปอนเซอร์ กระทิงแดง ลิโพ เพราะช่วยให้รู้สึกกระชุ่มกระชวย สดชื่นมีแรงทำงาน				

ข้อความ	ไม่เคย ทำ (1)	1-2 วัน/ สัปดาห์ (2)	3-6 วัน/ สัปดาห์ (3)	ทำทุก วัน (4)
<u>ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย</u>				
8. ท่านออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านหรือทำสวนจนเหงื่อแตก วันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
9. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินช้าๆ แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินให้นานขึ้น เพื่อให้ได้ประโยชน์ในการลดระดับความดันโลหิต				
10. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำพลอง วันละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
11. ก่อนออกกำลังกายท่านจะอบอุ่นร่างกายเบาๆ ด้วยการยืดเส้นยืดสายเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย				
<u>ด้านโภชนาการ</u>				
12. ท่านเลือกใช้ไขมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำในการปรุงอาหาร				
13. ท่านรับประทานผัก ผลไม้				
14. ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงไปให้กับข้าวหรืออาหารก่อนรับประทาน				
15. ท่านรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น ปลากระป๋อง มาม่า				
16. ท่านรับประทานซूपหางวัว ซุปเอ็นวัว เนื้อติดมัน แองเทโท แองกะที				
17. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปลาส้ม น้ำบูดู แองไตปลา				
18. ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ไข่ทอด โรตีมะตะบะ				
<u>ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</u>				
19. เมื่อมีปัญหาข้อขัดแย้ง ท่านแก้ไขโดยการพูด ไกล่เกลี่ย				
20. ท่านเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แบ่งปันสิ่งของให้กับเพื่อนบ้าน				
21. ท่านแสดงความรักความห่วงใยกับบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว				
22. ท่านเข้าร่วมหรือช่วยเหลือกิจกรรมในหมู่บ้าน เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญทางศาสนา				

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เคย ทำ (1)	1-2 วัน/ สัปดาห์ (2)	3-6 วัน/ สัปดาห์ (3)	ทำทุก วัน (4)
<u>ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ</u>				
23. ท่านบอกกับตัวเองเสมอว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดในปัจจุบันและอนาคตเป็นพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ที่จะประทานมาให้				
24. ท่านปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ละหมาด ถือศีลอด เพราะถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นแนวทางที่ต้องปฏิบัติตามหลักคำสอนของพระองค์อัลลอฮ์				
25. ท่านพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่คาดหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้				
26. ท่านฝึกจิตใจให้สงบเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง				
<u>ด้านการจัดการกับความเครียด</u>				
27. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน				
28. เมื่อมีความเครียดท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ดูทีวี				
29. ท่านพยายามปล่อยวาง ไม่เก็บเรื่องในครอบครัวมาคิดเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด				
30. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ นอนไม่หลับท่านจะรับประทานยานอนหลับ*				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง เมื่อท่านได้ฟังคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- ไม่เห็นด้วย (1) หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยหรือไม่มีความรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความนั้น
- เห็นด้วยน้อย (2) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นความเชื่อหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย
- เห็นด้วยปานกลาง (3) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นความเชื่อหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเป็นปานกลาง
- เห็นด้วยมาก (4) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นความเชื่อหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (1)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยมาก (4)
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
1. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มๆ มันๆ จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้				
2. การงดดื่มน้ำชา กาแฟ หรือแอลกอฮอล์ จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้				
3. การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การละหมาดแสดงความจงรักภักดีต่อพระองค์อัลลอฮ์ ช่วยให้ท่านมีจิตใจสงบ ผ่อนคลายและช่วยลดความเครียด เป็นผลดีต่อโรคความดันโลหิตสูง				
4. การรับประทานอาหารตามเวลา ครบตามจำนวนทุกครั้งจะเป็นผลดีต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง				
5. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้				
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
6. การออกกำลังกายที่ไม่ใช่การทำงานบ้านหรือทำสวน เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำพลอง เป็นสิ่งที่ท่านเห็นว่ายุ่งยาก				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)
7. การที่ท่านต้องรับประทานยาความดันโลหิตสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย				
8. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทาน บูดู แองโตปลา มัสมัน แองกะทิ เนื้อติดมัน เพราะเป็นอาหารที่ท่านชอบ				
9. ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงได้ เพราะมีผู้ปรุงอาหารให้และต้องรับประทานร่วมกับสมาชิกในครอบครัว				
10. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังได้ เพราะดื่มแล้วรู้สึกกระชุ่มกระชวยมีแรงทำงาน				
11. เมื่อท่านไม่สบายใจหรือมีความเครียด ท่านไม่กล้าปรึกษาใคร มักเก็บมาคิดคนเดียว				
12. เมื่อท่านไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ท่านไม่กล้าที่จะซักถาม เนื่องจากแพทย์และพยาบาลยุ่งมากเกรงว่าจะถูกตำหนิ				
การรับรู้ความสามารถของตน 13. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง				
14. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็มๆ มันๆ ได้				
15. ท่านมั่นใจแสวงหาความรู้เพื่อการรักษาและการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเป็นอยู่				
16. ท่านมั่นใจว่าหากมีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิต เช่น ใจเต้น ตะคริว หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ท่านจะแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง				
17. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือการสูบบุหรี่ได้ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล				
18. ท่านมั่นใจว่าการละหมาด การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน จะช่วยให้ท่านผ่อนคลายความเครียดลงได้				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)
19.ท่านมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำพลอง ทำสวนหรือทำงานบ้าน ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
20.ท่านรู้สึกถึงแม้จะรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง ก็ไม่เกิดอันตรายกับท่าน				
21.ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับการต้องควบคุมอาหารรสเค็มๆ มันๆ เพราะทำให้ท่านรับประทานอาหารไม่อร่อย				
22.ท่านรู้สึกไม่อยากจะออกกำลังกาย เพราะกลัวจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น				
23.การที่ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเป็นอยู่ จะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต				
24.การที่ได้พูดคุยกับบุคคลที่ท่านไว้วางใจ ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียดลงได้				
25.เมื่อท่านได้ออกกำลังกาย ทำให้ท่านรู้สึกสดชื่น				
26.การได้รับกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ท่านมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเป็นอยู่				
27.การมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลทำให้ท่านได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น และท่านนำสิ่งที่เป็นประโยชน์มาปรับใช้กับตัวเองเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น				
28.การที่สมาชิกในครอบครัวของท่านดูแลเรื่องการปรุงอาหารโดยหลีกเลี่ยงของเค็มๆ มันๆ ทำให้ท่านได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)
29.ถ้าในชุมชนของท่านมีผู้นำในการออกกำลังกาย จะทำให้ท่านรู้สึกอยากออกกำลังกาย				
30.ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลในครอบครัว แพทย์หรือพยาบาล เมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้				
<u>อิทธิพลด้านสถานการณ์</u> 31.การรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ท่านตื่นตัวที่จะดูแลตนเองมากขึ้น				
32.การมีกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน ทำให้ท่านสนใจและอยากเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย				
33.การมีสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ทำให้ท่านอยากออกกำลังกาย				
34.การได้เห็นบุคคลที่เป็นอัมพาตช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้ท่านกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับ โรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น				
35.การได้รับบริการที่อบอุ่นเป็นกันเองและสะดวกรวดเร็วของโรงพยาบาลทำให้ท่านมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง				

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์วิวัฒน์ รัตนชัย
โรงพยาบาลโคกโพธิ์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตะนูน
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวทิพย์วดี พันธภาค
รหัสประจำตัวนักศึกษา 5010420009
วุฒิการศึกษา
วุฒิ **ชื่อสถาบัน** **ปีที่สำเร็จการศึกษา**
พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 2544

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา