

5ST-O09: ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Predicting factors of health among cultural diversity people in
Mueang district, Chiang Rai province

มณูเชษฐ์ มโนธรรม^{1*} พัชรา ก้อยชูสกุล¹ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์¹
วรัญญา มณีรัตน์¹ และ จุตามาศ เมืองมูล¹

Manuchet Manotham^{1*}, Patchara Koychusakun¹, Tithima Tasuwanin¹,
Waranya Maneerat¹ and Jutamas Muangmool¹

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุระหว่าง 15-90 ปี จำนวน 400 คน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มชาวไทยพื้นราบ 200 คน กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ 100 คน และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า 100 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) และการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้เท่ากับ .94. และค่าความเที่ยงใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควและการถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์และศาสนา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้แก่ เพศ (Odd Ratio = 4.10, 95% CI = 1.87-6.21, $p < 0.001$) ระดับการศึกษา (Odd Ratio = 1.20, 95% CI = 1.09-1.23, $p < 0.001$) และอาชีพ (Odd Ratio = 1.04, 95% CI = 1.01-1.10, $p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นคนกลุ่มน้อยในพื้นที่ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม กลุ่มชาติพันธุ์

Abstract

This cross-sectional study aimed to predicting factors of health among cultural diversity people in Mueang District, Chiang Rai Province. Stratified sampling and systematic sampling were used to recruit 400 participants aged between 15-90 years old, consisting of the 200 Thai participants, 100 Lahu and 100 Akha ethnic groups. Data were collected with self-administered questionnaires, which was approved with construct validated by .94. The reliability of α .82. Data were statistically analyzed using chi-square test and binary logistic regression. The chi-square test revealed that the factors affecting blood pressure level were gender, age, body weight, status, education level, occupation, ethnic group and religion ($p < 0.05$) The blood pressure level should be predicted by gender (Odd Ratio = 4.10, 95% CI = 1.87-6.21, $p < 0.001$), education (Odd Ratio = 1.20, 95% CI = 1.09-1.23, $p < 0.001$) and occupation (Odd Ratio = 1.04, 95% CI = 1.01-1.10, $p < 0.001$). Research suggests that to health promotion development should be addressed in the sub-ethnic group because they were limited health literacy.

Keywords: health, health literacy, cultural diversity, ethnic group

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ Division of Public Health, School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

* Corresponding author. E-mail: manuchetocmed@gmail.com

บทนำ

สุขภาพไม่ใช่เรื่องของคนที่ไม่มีโรคเท่านั้น แต่อยู่ในทั้งหมดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของมนุษย์และสังคม (ประเวศ, 2543) ปัจจุบันพบว่าภาวะสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนไป ทั้งนี้พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และแนวโน้มของการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน จากสถิติข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2557 – 2561 พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวาย เบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่น ๆ ความดันโลหิตสูง และไตวายเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนที่สำคัญ 3 อันดับแรก (สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย, 2563) ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวเป็นผลมาจากวัฒนธรรม ความรู้ ความเชื่อของครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (หมายถึง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง) และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นภัยเงียบที่ส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวนมาก อีกทั้งยังเป็นภาระการดูแลรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจจำนวน 23 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1,566,052 คน โรคเบาหวาน 1,002,310 คน โรคหลอดเลือดหัวใจ 350,922 คน โรคหลอดเลือดสมอง 355,671 คน และโรคหลอดเลือดอักเสบ ฤๅลมโป่งพอง 253,159 คน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดอักเสบ ฤๅลมโป่งพอง 34,728 20,556 16,588 9,313 และ 6,903 คน ตามลำดับ โดยกลุ่มโรคนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นสาเหตุของการตายและการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา โดยเป็นผลมาจากการที่ประชากรมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการขาดไปสู่ภาวะโภชนาการเกิน จึงก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพและเศรษฐกิจโดยรวม (Nugent, 2008) ทั้งนี้ พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ถ้ามีความรู้ความเข้าใจและมีวินัย (พินิจ, 2562)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งจะมีลักษณะความเป็นอยู่และความเชื่อที่แตกต่างกัน ในภาวะการณปัจจุบันที่กำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงของลักษณะหลายประการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เพื่อให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนำผลการวิจัยไปประกอบการพิจารณาจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยยึดหลักการ คือ เพื่อให้ประชาชนเกิดการยอมรับและนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมดั้งเดิมมากที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 11,390 คน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า โดยแบ่งเป็นเพศชาย 5,503 คน และเพศหญิง 5,887 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย, 2563) ซึ่งได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของ (Yamane, 1973) ขนาดตัวอย่างคำนวณได้จำนวน 389 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 400 คน ประกอบด้วยกลุ่มชาวไทยพื้นราบ 200 คน กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ 100 คน และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า 100 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ยังมีความระมัดระวังในการให้ข้อมูลต่าง ๆ กับคนภายนอก ทำให้ยากต่อการเข้าถึง มีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาษาที่ต้องใช้ในการสื่อสารและเพื่อให้มีข้อมูลสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จากทุกหมู่บ้านในเขตตำบลนางแล ตามจำนวนประชากรที่มีอยู่ หลังจากนั้นจะสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) มีระบบตามรายชื่อจนครบ ในกลุ่มชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า เฉพาะผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยกับคณะผู้วิจัยได้และสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ชีพจร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา/ความเชื่อ โรคประจำตัว ประวัติการรับประทานยา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัว สวัสดิการในการรักษาพยาบาล บทบาทในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน เป็นต้น 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก วิเคราะห์โดยพิจารณาจากคะแนนรวม โดยกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (0 - 5 คะแนน) ถูกต้อง (6 - 7 คะแนน) และดีมาก (8 - 10 คะแนน) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน (กองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้เท่ากับ .94. และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนในตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82.

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 และผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์หลังพื้นที่เข้าเก็บข้อมูลวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2563 จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วย

วิจัย นำแบบสอบถามเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างทุกวันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลา 08.00-17.00 น. ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า เฉพาะผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยกับคณะผู้วิจัยได้ สม่ครใจในการตอบแบบสอบถามและเซ็นในใบยินยอม ในกรณีที่อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้และยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าที่สามารถสื่อสารได้ เป็นผู้ให้รายละเอียดข้อมูลงานวิจัยและสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนในการทำวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปช่วยในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัย ที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้วยสถิติไคร้สแคว (Chi-square test) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาวไทยพื้นราบ (ร้อยละ 50.00) รองลงมา เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเท่ากัน (ร้อยละ 25.00) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.00) มีอายุ 46-60 ปี (ร้อยละ 29.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.00) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 32.30) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 56.00) รายได้พอเพียง (ร้อยละ 52.30) นับถือศาสนาพุทธและคริสต์เท่ากัน (ร้อยละ 49.00) ลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัวอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 41.80) สวัสดิการในการรักษาพยาบาลใช้บัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 82.00) บทบาทในชุมชนเป็นสมาชิกของชุมชน (ร้อยละ 94.80) และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทุกครั้ง (ร้อยละ 53.50)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.00) แต่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 17.00) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 8.80) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.00) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 99.40) มีช่วงค่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic Blood Pressure: SBP) อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 53.25) และช่วงค่าความดันโลหิต ค่าล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 78.00) มีอัตราการเต้นของหัวใจ (ชีพจร) อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 100.00) มีน้ำหนักเฉลี่ย ($\bar{x} \pm S.D.$ = 57.94 ± 10.52) กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย ($\bar{x} \pm S.D.$ = 157.99 ± 8.11) เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วงปกติ (ร้อยละ 41.00) และมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง 30 บาท (ร้อยละ 82.00)

ระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ชาวไทยพื้นราบส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับดีมาก (ร้อยละ 70.50) รองลงมา คือ ระดับถูกต้อง (ร้อยละ 26.50) และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี (ร้อยละ 3.00) กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับไม่ดี (ร้อยละ 48.00) รองลงมา คือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 39.00) และน้อยที่สุด คือ ระดับถูกต้อง (ร้อยละ 13.00) และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับไม่ดี (ร้อยละ 53.00) รองลงมา คือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 37.00) และน้อยที่สุด คือ ระดับถูกต้อง (ร้อยละ 10.00)

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพ

จากข้อมูลภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความชุกสูงสุด ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพเฉพาะในส่วนระดับความดันโลหิต ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแคว์ โดยผลการวิเคราะห์ พบว่า เพศ อายุ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์ และศาสนาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ($n=400$)

ปัจจัย	รวม n (%)	ระดับความดันโลหิต		χ ²	p
		(mm.Hg.)			
		≤ 120/80 n (%)	> 120/80 n (%)		
เพศ					
ชาย	204 (51.0)	106 (26.5)	98 (24.5)	19.13	<0.001 [*]
หญิง	196 (49.0)	107 (26.7)	89 (22.3)		
อายุ					
< 60	318 (79.5)	202 (50.5)	116 (29.0)	17.18	0.000 [*]
≥ 60	82 (20.5)	11 (2.7)	71 (17.8)		
น้ำหนัก					
< 55	175 (43.8)	100 (25.0)	75 (18.8)	11.36	0.010 [*]
≥ 55	225 (56.2)	113 (28.2)	112 (28.0)		
สถานภาพสมรส					
โสด	58 (14.5)	20 (5.0)	38 (9.5)	10.28	0.007 [*]
สมรส	272 (68.0)	153 (38.3)	119 (29.7)		
หย่า	19 (4.7)	11 (2.7)	8 (2.0)		
แยกกันอยู่	7 (1.8)	5 (1.3)	2 (0.5)		
หม้าย	44 (11.0)	24 (6.0)	20 (5.0)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	129 (32.3)	31 (7.8)	98 (24.5)	17.38	0.000 [*]
ประถมศึกษา	154 (38.5)	94 (23.6)	60 (15.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	51 (12.8)	39 (9.7)	12 (3.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	46 (11.5)	36 (9.0)	10 (2.5)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	20 (5.0)	13 (3.2)	7 (1.7)		
อาชีพ					
ไม่มีอาชีพ	84 (21.0)	40 (10.0)	44 (11.0)	5.40	0.017 [*]
เกษตรกรรม	29 (7.2)	17 (4.3)	12 (3.0)		
รับจ้างทั่วไป	224 (56.0)	110 (27.5)	114 (28.5)		
ค้าขาย	19 (4.8)	17 (4.2)	2 (0.5)		

Table 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต (n=400) (ต่อ)

ปัจจัย	รวม n (%)	ระดับความดันโลหิต (mm.Hg.)		χ ²	p
		≤ 120/80	> 120/80		
		n (%)	n (%)		
อาชีพ (ต่อ)					
ธุรกิจส่วนตัว	29 (7.2)	17 (4.2)	12 (3.0)		
ข้าราชการ	7 (1.8)	4 (1.0)	3 (0.8)		
นักศึกษา	8 (2.0)	8 (2.0)	-		
กลุ่มชาติพันธุ์					
ชาวไทยพื้นราบ	200 (50.0)	82 (20.5)	118 (29.5)	9.27	0.004 *
ลาหู่	100 (25.0)	65 (16.3)	35 (8.7)		
อาข่า	100 (25.0)	66 (16.5)	34 (8.5)		
ศาสนา					
พุทธ	196 (49.0)	109 (27.4)	87 (21.4)	18.18	0.000 *
คริสต์	196 (49.0)	97 (24.3)	99 (24.8)		
อิสลาม	4 (1.0)	4 (1.0)	-		
นับถือบรรพบุรุษ	4 (1.0)	3 (0.8)	1 (0.3)		

* ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของระดับความดันโลหิต พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้แก่ เพศ (Odd Ratio = 4.10, 95% CI = 1.87-6.21, $p < 0.001$) ระดับการศึกษา (Odd Ratio = 1.20, 95% CI = 1.09-1.23, $p < 0.001$) และ อาชีพ (Odd Ratio = 1.04, 95% CI = 1.01-1.10, $p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของระดับความดันโลหิต (n=400).

ปัจจัยทำนาย	Coefficient (β)	SE (β)	OR	95% CI	p
เพศ	1.217	0.037	4.10	1.87-6.21	$< 0.001^{**}$
ระดับการศึกษา	0.060	0.016	1.20	1.09-1.23	$< 0.001^{**}$
อาชีพ	0.097	0.029	1.04	1.01-1.10	$< 0.001^{**}$

Predictive power = 83.4%

อภิปรายผล

ปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้แก่ เพศ (Odd Ratio = 4.10, 95% CI = 1.87-6.21, $p < 0.001$) ระดับการศึกษา (Odd Ratio = 1.20, 95% CI = 1.09-1.23, $p < 0.001$) และอาชีพ (Odd Ratio = 1.04, 95% CI = 1.01-1.10, $p < 0.001$) ดังนั้นจึงสามารถทำนายระดับความดันโลหิตของประชาชนที่สูงเกินเกณฑ์ปกติสำหรับปัจจัยเรื่องเพศ สามารถอภิปรายได้ว่า เพศชาย มีสัดส่วนการมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง อาจเป็นเพราะว่า ธรรมชาติของเพศชายที่ให้ความสนใจและใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562) ที่ได้ศึกษาผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2562 พบว่า สัดส่วนของเพศชายที่มาตรวจสุขภาพมีน้อยกว่าเพศหญิง ดังนั้น เพศชายควรได้รับการดูแลและความใส่ใจเรื่องสุขภาพให้มากขึ้น เพราะการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวิธีการดำเนินชีวิต ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญมากในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งกับผู้ป่วยและญาติจากทีมสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งเป็นการสนับสนุนแนวคิดของ Orem (2001) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติการที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งวิถีสุขภาพและสวัสดิภาพของตน

ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ชาวไทยพื้นราบส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับดีมาก (ร้อยละ 70.50) เนื่องจากชาวไทยพื้นราบส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือและไม่มีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ และคณะ (2553) ทั้งนี้ยังมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขมาให้ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. กับประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น แต่สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับไม่ดี (ร้อยละ 48.00) และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับไม่ดี (ร้อยละ 53.00) เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และอาข่าส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือและมีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาไทย สามารถอภิปรายได้ว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ เพราะบุคคลที่มีการศึกษาน้อยมักจะพบกับปัญหาการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค แผนการรักษาพยาบาล และมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ และคณะ (2553) ทั้งนี้จึงพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่และอาข่ามีสัดส่วนการมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวไทยพื้นราบ

ปัจจัยเรื่องอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ซึ่งลักษณะการทำงานเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานค่อนข้างมาก อีกทั้งยังทำงานหนักจนขาดการออกกำลังกายและขาดการดูแลสุขภาพ จึงทำให้ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไปส่วนใหญ่มีสัดส่วนการมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มผู้ไม่มีอาชีพ สามารถอภิปรายได้ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ไม่มีอาชีพ ทำงานบ้าน และผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีการออกกำลังกายเหมาะสมในระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มที่มีอาชีพที่ต้องใช้แรงงานโดยเหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ คือ ไม่มีเวลาและทำงานประจำเหนื่อยแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สรุป

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า เพศ อายุ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์และศาสนา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตของประชาชนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้แก่ เพศ (Odd Ratio = 4.10, 95% CI = 1.87-6.21, $p < 0.001$) ระดับการศึกษา (Odd Ratio = 1.20, 95% CI = 1.09-1.23, $p < 0.001$) และอาชีพ (Odd Ratio = 1.04, 95% CI = 1.01-1.10, $p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นคนกลุ่มน้อยในพื้นที่ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการพัฒนา สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายที่พิจารณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณนายกเทศมนตรีตำบลนางแล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลนางแล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางแล ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายและขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามงานวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559-2561. สืบค้น 11 มกราคม 2564, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559-2561. สืบค้น 11 มกราคม 2564, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2 ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. สืบค้น 20 มกราคม 2563, จาก file:///C:/Users/User/Downloads/21122015103140902_menuhome.pdf
- ประเวศ วะสี. (2542). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- พินิจ กุลละวณิช. (2562). โรคไม่ติดต่อ. สืบค้น 12 มกราคม 2564, จาก <http://www.naewna.com/lady/columnist/32081>
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภาภรณ์ อนุรักษอุดม, ศากุล ช่างไม้, สมพันธ์ หิญาธิระนันท์ และศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร 16(2), 155-168.
- สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. (2563). รายงานสถิติจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2563. สืบค้น 11 มกราคม 2564, จาก <https://drive.google.com/file/d/149mFIC8HIq4RodR3xKIZ6ShUmAvC1gkj/view>
- Nugent, R. (2008). Chronic diseases in developing countries: Health and economic burdens. Ann N Y Acad Sci, 1136, 70-9.
- Orem, DE. (2001). Nursing: Concepts of Practice. 6th Edition, St Louis, Mosby Year Book.
- Yamane, T. (1973). Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Edition, Harper and Row, New York.