



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง
ต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF PERSON
WITH HYPERTENSION TO HYPERTENSION DISEASE
IN BANGKOK METROPOLITAN

นนทณัฐ ทัศนรัชชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารสุขภาพ)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง
ต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF PERSON WITH HYPERTENSION
TO HYPERTENSION DISEASE IN BANGKOK METROPOLITAN

นันทณัฐ ทัทธณรัชชัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารสุขภาพ)

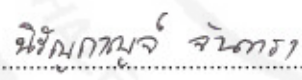
เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2558



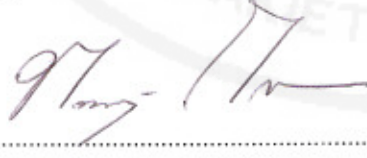
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนม คลีฉายา
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กลีผล
อาจารย์ที่ปรึกษา



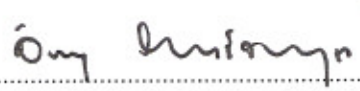
อาจารย์ ดร.นิรัฎกานัจ จันทร
กรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กลีผล
กรรมการ



รองศาสตราจารย์ปิยกุล เลาว์ณยศิริ
ประธานหลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต
(การสื่อสารสุขภาพ)



รองศาสตราจารย์อิสยา จันทรวิธานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ปิยกุล เลาว์ณยศิริ
คณบดีคณะนิเทศศาสตร์

การเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

นันทนัฎฐ์ ทัดธนธัชชัย 534049

นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารสุขภาพ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทวีศักดิ์ กสิผล, ปร.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ)1เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการเปิดรับสื่อกับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน400คนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้มาโดยการเก็บข้อมูลด้วยวิธีบังเอิญจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 7 แห่ง ประมวลผล ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ การทดสอบค่าเฉลี่ย (t-test independent) และการทดสอบความแปรปรวน (One-Way ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients: r) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีปริมาณการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทางวิทยุมากที่สุด ($\bar{X} = 3.31$) รองลงมาคือ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ($\bar{X} = 3.10$) และสื่ออินเทอร์เน็ต ($\bar{X} = 2.35$) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.45$, คะแนนเต็ม 20) ร้อยละ 70.2 พิจารณาด้านต่างๆของความรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.83$) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 2.76$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.28, 2.16$) กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.11$, คะแนนเต็ม 5) พบว่าปริมาณการเปิดรับสื่อวิทยุสื่อแผ่นพับ/วิดีโอในโรงพยาบาลและสื่ออินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกกับระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($r = .316, r = .450, r = .404$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติ โรคความดันโลหิตสูง

MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF PERSON WITH HYPERTENSION
TO HYPERTENSION DISEASE IN BANGKOK METROPOLITAN

NANTHANATH THADTHANATHACHCHAI 534049

MASTER OF COMMUNICATION ARTS (HEALTH COMMUNICATION)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : TAWEESAK KASIPHOL, Ph.D. (MEDICAL SCIENCE)

ABSTRACT

This research aimed 1) to study the relationship between the media exposure level of the patients with hypertension in Bangkok Metropolitan area and their knowledge and attitude about hypertension and 2) to study the relationship between their demographic factors, genders, ages, educations, income, marital status and their knowledge and attitude about hypertension. The research methodology is survey, using questionnaires for collecting data. The sample group consisted of 400 hypertension patients in Bangkok Metropolitan Area where the hypertension patient density is the highest in Thailand. The collected data was processed by computer programs. Statistical tests were t-test independent, One-way ANOVA and Pearson's correlation coefficients: r, by setting statistical significance at 0.05.

The survey findings showed the media that the hypertension patient sample groups were exposed to the most radios (\bar{X} =3.31) then mobile phones (\bar{X} =3.10) and the internet (\bar{X} =2.35) respectively. The sample group had knowledge of hypertension at moderate level (\bar{X} =14.45, full points 20) or 70.2 percents of total hypertension knowledge of 100 percents. For other useful knowledge, the sample group had knowledge of exercise at high level (\bar{X} =3.83), knowledge of stress management at moderate level (\bar{X} =2.76) and knowledge of high blood pressure medicine and knowledge of food for hypertension patients at low levels (\bar{X} =2.28, 2.16). The sample group's attitude towards hypertension was positive at moderate level (\bar{X} =3.11, full point 5). The survey found that the sample group exposure to radios, brochures /videos in hospitals and the internet were positively correlated to the sample group patient's knowledge of hypertension at statistically significant correlation level at < 0.05 ($r=0.316$, $r=0.450$ and $r=0.404$ respectively)

Keywords: media exposure, knowledge, attitude and hypertension

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความเมตตาและความอนุเคราะห์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีศักดิ์ กสิผล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรึกษาตลอดจนแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนม คลีณาญา ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ปิยกุล เลาว์ณย์ศิริ ประธานหลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารสุขภาพ) อาจารย์ ดร.นิรัฎฎาญจ์ จันทรา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบพระคุณ อาจารย์ รัตนา ทิมเมือง ที่ได้ให้คำแนะนำและให้การดูแลอย่างดียิ่งในการศึกษาหลักสูตร นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารสุขภาพ)

นอกจากนี้ผู้เขียนขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์สุวานิช เตรียมชาญชัย อายุรแพทย์ โรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ นายแพทย์วิฑูร จุฬรัตนภรณ์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมงกุฎ วัฒนะ คุณรัชฎา ตงศิริ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ซึ่งเป็นผู้ที่ช่วยตรวจสอบ พิจารณาความเที่ยงตรงความเหมาะสมของเนื้อหา แบบประเมินความรู้และทัศนคติของแบบสอบถาม เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้วัดกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ของวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมศักดิ์ วสุวิทกุล และเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความ ช่วยเหลือด้านเอกสาร คำชี้แนะขั้นตอนต่าง ๆ ตลอดจนการตรวจทานวิทยานิพนธ์เล่มนี้เรียบร้อย เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา นายแพทย์กัลยภฤต อยู่รักษา ญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกทุกท่าน สมาชิกในครอบครัวทุกชีวิตที่สร้างรอยยิ้ม สร้างความสุข สร้างกำลังใจ และการสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

นันทน์ภูษี ทัดธนรัชชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 ขอบเขตการวิจัย	6
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
1.6 สมมุติฐานการวิจัย	7
1.7 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	7
1.8 คำนิยามศัพท์	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ	10
2.2 การวิเคราะห์ผู้รับสาร	20
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร	22
2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผลกระทบจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล	23
2.5 แนวคิดเรื่องการแสวงหาข่าวสาร	25
2.6 แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ	28
2.7 โรคความดันโลหิตสูง	37
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	52
2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย	56
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากร	57
3.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง	57
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	58
3.5 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ	61
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลลักษณะประชากร	65
4.2 การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง	67
4.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	71
4.4 ทักษะคติต่อโรคความดันโลหิตสูง	74
4.5 ความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อกับระดับความรู้	76
4.6 ความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อกับทัศนคติ	79
4.7 ผลเปรียบเทียบลักษณะประชากรกับระดับความรู้	80
4.8 ผลเปรียบเทียบลักษณะประชากรกับทัศนคติ	85
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา	92
5.2 อภิปรายผล	96
5.3 ข้อเสนอแนะ	103
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบสอบถามงานวิจัย	109
ภาคผนวก ข ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม	116
ภาคผนวก ค ผู้เชี่ยวชาญประเมินแบบสอบถาม	121
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	122
ประวัติผู้เขียน	123

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะประชากร	65
2	จำนวนและร้อยละของการเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง	67
3	ปริมาณการรับสื่อ จำแนกตามประเภทสื่อค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70
4	จำนวนตอบถูกและผิดและร้อยละตอบถูกและผิดเกี่ยวกับความรู้	71
5	คะแนนความรู้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้	73
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้	73
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติ	74
8	ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเปิดรับสื่อกับความรู้	76
9	ความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสื่อบุคคล	77
10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้	77
11	ความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	78
12	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	78
13	ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเปิดรับสื่อกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง	79
14	การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามลักษณะประชากร	80
15	การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอายุ	80
16	การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอาชีพ	81
17	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มอาชีพ	81
18	การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของระดับการศึกษา	82
19	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้โรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มระดับการศึกษา	83
20	การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสถานภาพสมรส	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
21	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้โรคความดันโลหิตสูงจำแนกตาม กลุ่มสถานภาพสมรส	84
22	การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตามความแตกต่างของรายได้	84
23	การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง ตามความแตกต่างของเพศ	85
24	การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง ตามความแตกต่างของอายุ	86
25	การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง ตามความแตกต่างของอาชีพ	86
26	การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง ตามความแตกต่างของระดับการศึกษา	87
27	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามกลุ่มระดับการศึกษา	87
28	การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามสถานภาพสมรส	88
29	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามกลุ่มสถานภาพสมรส	89
30	การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายได้	90

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า	
1	รูปแบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4
2	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	56



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงเกินปกติ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้คนจำนวนมากอยู่กับความดันโลหิตสูงโดยที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจน แต่เมื่อปล่อยนานไปแรงดันเลือดจะไปทำลายผนังหลอดเลือด และอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย จากการที่ความดันโลหิตสูงจะไม่แสดงอาการ ทำให้เรียกกันว่า “เพชรฆาตเงียบ” (World Hypertension League. 2013)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถึงพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization. 2011) โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูงและประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบ มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) ได้ประมาณการว่าปัจจุบันมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูง 1 ใน 3 ทั่วโลก จึงคาดว่ามีความดันโลหิตสูง 1.8 พันล้านคน (World Hypertension Day. 2014)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปี ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้เกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนี้ ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (World Health Organization. 2011, 2013) เพราะการมีความดันโลหิตสูงโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ทราบ ประกอบกับไม่มีอาการของความดันโลหิตสูงแสดงออกมา เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะส่งผลเสียต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย คือ หัวใจ สมอง ไต และหลอดเลือด การดำเนินชีวิตแต่ละวันอาจกลายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่รู้ตัว และสิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้น และทวีความรุนแรงได้แก่การบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีไขมัน ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดและ ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น

จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 โดยมีอัตราป่วย 860.53 981.48 1,058.73 1,187.00 และ 1,245.56 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สิบห้า และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2556) รวมทั้งข้อมูลสถิติจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ยังพบว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2552-2555 โดยมีอัตราการตาย 3.62 3.89 5.71 และ 5.73 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ยังพบว่าประชาชนไทยจำนวน 8,525,803 คน เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2555 และได้เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 64,115 คน ในปี พ.ศ. 2556 นอกจากนี้จากการติดตามความดันโลหิตประชาชนกลุ่มปกติจำนวน 12,059,557 คน ในปี พ.ศ. 2555 และพบว่าในปี พ.ศ. 2556 ประชาชนกลุ่มปกติดังกล่าวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 26,449 คน จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงว่าโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นด้วย

จากรายงานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงเกือบ 11 ล้านคน และสิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่งคือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 โดยพบว่าร้อยละ 60 ในชาย และร้อยละ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ทั้งนี้จากการศึกษาในปี 2555 พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมีประมาณร้อยละ 60 การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าใน ปี พ.ศ. 2551 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 – 2551 โดยพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 169.6 เป็น 760.5 ต่อแสนประชากร

ปัจจุบันประเทศไทยใช้งบประมาณดูแลสุขภาพประชากรถึงปีละประมาณ 3 แสนล้านบาท และยอดเพิ่มขึ้นทุกปี ปีละประมาณร้อยละ 10-15 ส่วนใหญ่จะนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลซึ่งได้ผลไม่ดีเท่าการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เมื่อเป็นโรครยะแรก ๆ มักไม่มีอาการแสดงทำให้ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อน เกิดอาการเจ็บป่วยจึงเข้ารับการรักษา ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ต้องใช้ยาหลายตัวรวมกัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองและยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณ 15,000 คนต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2547) โดยในปี 2548 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยในมากกว่า 160 คน ต่อ 100,000 ประชากร เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 100,000 – 1,000,000 บาท ต่อคนต่อปี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และอาจเกิดทุพพลภาพและหรือเสียชีวิตเฉียบพลันได้ (สุพรชัย กองพัฒนากุล. 2547) ความดันโลหิตสูงทำให้ไตวาย (สมจิต หนูเจริญกุล. 2544) ตามองไม่เห็น (ชุมศักดิ์ พลุกษาพงศ์. 2547) ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพยาวนานเกิดภาวะเรื้อรังตามมา ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Anderson, Linto, &

Stewart-Wynne. 1995 : 845) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ม.ป.ป. : 4)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs, Non-Communicable diseases) แบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรมและปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง สำหรับการแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของคนไทยนั้น การถ่ายทอดความรู้ ข้อมูลข่าวสารโดยการใช้สื่อเป็นเครื่องมือสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางการรณรงค์ตรวจวัดความดันโลหิตทั่วไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 การสร้างสื่อรณรงค์เพื่อเข้าถึงผู้รับมากที่สุด รณรงค์ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2550-2554 มีนโยบายพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขภายใต้แนวคิดการจัดการสุขภาพภาคประชาชนในแต่ละปี มีคำขวัญใช้รณรงค์และดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศจำนวน 223,000 คน โดยมีเป้าหมายมุ่งพัฒนาความรู้ความสามารถเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและกำหนดให้วันที่ 17 พฤษภาคมของทุกปี เป็น “วันความดันโลหิตสูงโลก ” เพื่อสื่อสารสร้างกระแสให้ประชากรตื่นตัวต่อโรคความดันโลหิตสูง ประกอบกับแผนแม่บทของกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555 – 2559) มียุทธศาสตร์การส่งเสริมสิทธิเสรีภาพในการสื่อสาร มุ่งเน้นให้เกิดการเข้าถึงหรือรับรู้ข่าวสารอย่างทั่วถึง เสมอภาคและหลากหลาย โดยเน้นการป้องกันโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ โรคไต ที่มีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง มีการส่งข้อมูล การป้องกัน การคัดกรองและการดูแลรักษาไปสู่สาธารณสุข โดยใช้คำขวัญวันรณรงค์ความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ประจำปี 2557 ว่า “Know Your Blood Pressure” หรือ “ท่านทราบระดับความดันโลหิตของท่านหรือไม่” โดยสร้างกระแสความตื่นตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้มีการเผยแพร่ผ่านช่องทางเว็บไซต์ และเฟซบุ๊กของสำนักโรคไม่ติดต่อและสื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ถ่ายทอดโดยสารประจำทางจำนวน 119 สาย ทั่วประเทศรวมถึงลงบทความในนิตยสารต่าง ๆ ได้แก่ มติชนสุดสัปดาห์ สยามรัฐ หมอชาวบ้าน ข่าวสด สัมภาษณ์ทางวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย A.M. 837 KHZ ตอบคำถามผ่านทางโทรศัพท์ที่สำนักงานโรคไม่ติดต่อและผ่านทางช่องทางสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอสจัดกิจกรรมโครงการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรค “สู้โรคไร้พรมแดน AEC” ในกิจกรรมงานมติชน เฮลท์แคร์ 2013

คลาร์คและคณะ (Clark et al. 1991) กล่าวว่าว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งหมายรวมถึงโรคความดันโลหิตสูงนั้นไม่ได้อยู่ในมือของเจ้าหน้าที่แต่เป็นการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการกระทำของผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้คือผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาเพื่อช่วยเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องมีทักษะที่จำเป็นที่จะกระทำพฤติกรรมและต้องมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการอาการปกติที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Kanfer, 1980; Clark et al., 1991; Tobin et al. 1986) สำหรับรูปแบบการดูแลโรคความดันโลหิตสูง Wagner และคณะได้เสนอแนวทางในการจัดระบบการให้บริการใหม่ เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกัน และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นให้ผู้ปฏิบัติเปลี่ยนการให้บริการ โดยสนับสนุนการจัดการตนเอง การเชื่อมโยงสู่ชุมชน การพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์การติดตามผู้ป่วยและการใช้สารสนเทศทางคลินิก เช่น ระบบลงทะเบียนโรค การปรับระบบใหม่นี้อาจรวมถึงการใช้ผู้จัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้านเป็นกลุ่ม ทีมสหสาขาวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วยโดยกลุ่มที่ไม่ใช่แพทย์ ปัจจุบันหลายประเทศมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) ไปใช้เป็นตัวแบบในการดูแลผู้ป่วยซึ่งรูปแบบดังกล่าวอาศัยการถ่ายทอดทฤษฎีหรือแนวคิดบนพื้นฐานของการปฏิบัติและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งสิ้น 6 องค์ประกอบ ดังภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model)



ที่มา: Wagner EH. 2002 : 2-4.

การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) เป็นองค์ประกอบแรกคือ การสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่าจะสามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (empower and prepare patients to manage their health care) ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation) 2) การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge) 3) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรค

เรื่องจริง (problem solving skill) 4) มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self efficacy) 5) ส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือการขาดแคลนทรัพยากรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (identified barrier) และจากแนวคิดของโรเจอร์ส (Rogers. 1973) กล่าวว่า การสื่อสาร คือ กระบวนการที่ความคิดข่าวสารถูกส่งจากแหล่งสารไปยังผู้รับสารด้วยเจตนาจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางประการของผู้รับสารโดยผลของการสื่อสารทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้ (Knowledge) ทักษะ (attitude) และพฤติกรรม (Practice) จากการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุขนั้นย่อมส่งผลต่อความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามรูปแบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model) ของ Wagner

ดังนั้นสื่อและเทคโนโลยีจึงเป็นช่องทางที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดความรู้ความเข้าใจ จากงานวิจัยที่พบจะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ทั้งในเรื่องการรับประทานยา การเข้ากลุ่มเพื่อปรับพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการศึกษาและวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาพฤติกรรมในด้านอื่น ๆ ซึ่งพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยในเรื่องการเปิดรับสื่อ จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพของสื่อมวลชน และสื่อบุคคลที่กล่าวถึงผลของการสื่อสารโดยผ่านสื่อมวลชนและสื่อบุคคล ที่ส่งผลสนับสนุนความคิดเห็นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติของกลุ่มผู้รับสารหลังจากที่ได้เปิดรับสื่อและความแตกต่างในเรื่องของเวลา ความถี่ ในการเปิดรับสื่อเพื่อที่จะหาความเกี่ยวข้องของการเปิดรับสื่อซึ่งสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องศึกษาการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพในกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อกับระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากการเปิดรับสื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับสาร (message) ให้เหมาะสมกับระดับความรู้และทัศนคติในการแสวงหาข่าวสารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ปัญหาการวิจัย

1. ปริมาณการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
2. ปริมาณการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสและรายได้ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกันหรือไม่

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและรายได้ต่างมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกันหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการเปิดรับสื่อกับระดับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณการเปิดรับสื่อกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพและสถานภาพสมรสกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพและสถานภาพสมรสกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามและนำข้อมูลมาประมวลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
2. ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้
 - 2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ ลักษณะประชากร (เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส) และการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง
3. ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2558

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนโครงการสื่อสารณรงค์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการใช้สื่อและออกแบบการสื่อสารไปยังกลุ่มประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเป็นข้อมูลพัฒนา ปรับปรุงข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.6 สมมุติฐานการวิจัย

1. ปริมาณการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. ปริมาณการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง
3. ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสและรายได้ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน
4. ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสและรายได้ต่างกันมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน

1.7 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดตัวชี้วัดในการเปิดรับสื่อ ได้แก่ ปริมาณการเปิดรับสื่อแต่ละชนิด ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับ/วิดีโอในโรงพยาบาล สื่อโครงการรณรงค์ อินเทอร์เน็ต เพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงญาติพี่น้องสามี/ภรรยา บุคลากรทางการแพทย์ ระดับความรู้คะแนนเต็ม 10 คะแนน และทัศนคติซึ่งวัดเป็นระดับคะแนน Likert 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.8 คำนิยามศัพท์

1. การเปิดรับสื่อ (Media exposure) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อประเภทต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์เคลื่อนที่ หนังสือพิมพ์ นิตยสารเพื่อนฝูงหรือญาติ บุคลากรด้านสุขภาพ

1.1 สื่อโทรทัศน์ หมายถึง โทรทัศน์ระบบดิจิทัล ไทยพีบีเอสและโทรทัศน์ระบบบอกรับเป็นสมาชิกเสียค่าใช้จ่ายรวมถึงโทรทัศน์ผ่านระบบดาวเทียมซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงทั้งสาเหตุ ผลกระทบต่อสุขภาพวิธีการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1.2 สื่อวิทยุ หมายถึงวิทยุกระจายเสียงทั้งระบบเอเอ็มและระบบเอฟเอ็ม

1.3 สื่อหนังสือพิมพ์ หมายถึง หนังสือพิมพ์ที่มีกำหนดการออกอย่างต่อเนื่องเป็นรายวัน โดยเน้นที่ข่าวเป็นหลัก

1.4 สื่อนิตยสาร หมายถึง นิตยสารทั้งประเภททั่วไป และเฉพาะกลุ่ม

1.5 สื่อเฉพาะกิจของโรงพยาบาล หมายถึง แผ่นพับหรือวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผลิตและเผยแพร่ภายในโรงพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชน

1.6 สื่อโครงการรณรงค์ หมายถึง แผ่นพับ วิดีโอ โปสเตอร์ ป้ายโฆษณาที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ผลิตจากกระทรวงสาธารณสุขและภาคี ได้แก่ โครงการ “Know Your Blood Pressure” หรือ “ท่านทราบระดับความดันโลหิตของท่านหรือไม่ ” “ขยับกายวันละนิด

ติดชีวิตห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” “ลดเค็ม=ลดโรค” “รู้เร็ว รู้ทัน AEC สร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง” “12 ข้อง่าย จำไว้ห่างไกล โรคความดันโลหิตสูง” “ร่วมมือ ร่วมใจ ป้องกันโรคเรื้อรังในปัจจุบันและพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (AEC) กัน”

1.7 สื่ออินเทอร์เน็ต หมายถึง สื่อรูปแบบใหม่ (New media) ได้แก่ ระบบเว็บ(The web) อีเมล (E-mail) สื่อสังคม (Social media)

1.8 สื่อโทรศัพท์เคลื่อนที่ หมายถึง สื่อโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อ พูดคุย ถามปัญหาเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.9 เพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่เป็นเพื่อนฝูงที่รู้จักในสถานพยาบาลรักษา เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้วยวาจาและผ่านสื่อต่าง ๆ

1.10 ญาติพี่น้อง หมายถึง บุคคลที่เป็นญาติที่ให้การดูแลหรืออยู่ร่วมกันเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้วยวาจาและผ่านสื่อต่าง ๆ

1.11 สามี/ภรรยา หมายถึง บุคคลที่เป็นสามี/ภรรยาเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้วยวาจาและผ่านสื่อต่าง ๆ

1.1.2 บุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้วยวาจาและผ่านสื่อต่าง ๆ

2. ปริมาณการเปิดรับสื่อ หมายถึง การวัดความถี่ของการเปิดรับสื่อแต่ละประเภทและวัดระยะเวลาในแต่ละครั้งที่เปิดรับในประเภทนั้น ๆ โดยเขียนเป็นสมการคือ ปริมาณการเปิดรับสื่อ = ความถี่การเปิดรับสื่อแต่ละประเภท X ระยะเวลาแต่ละครั้งที่เปิดรับสื่อ

3. ความรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง (Knowledge) หมายถึง ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สาเหตุของโรคผลกระทบต่อสุขภาพและวิธีการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง

4. ลักษณะทางประชากรหมายถึง

4.1 เพศ หมายถึง ลักษณะภูมิหลังด้านสถานะทางเพศของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) เพศชาย และ 2) เพศหญิง

4.2 อายุ หมายถึง ลักษณะภูมิหลังด้านอายุของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

4.3 อาชีพ หมายถึง ลักษณะภูมิหลังด้านอาชีพปัจจุบันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) พนักงานบริษัทเอกชน 2) พนักงาน ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ 3) ข้าราชการ ลูกจ้างหน่วยงานราชการ 4) ข้าราชการบำนาญ 5) ค้าขาย 6) เจ้าของกิจการ ธุรกิจส่วนตัว 7) รับจ้างทั่วไป 8) ไม่ประกอบอาชีพ แม่บ้าน 9) เกษตรกร รับจ้างทำนา ทำไร่ ทำสวน 10) นักเรียน นักศึกษา 11) พระภิกษุ นักบวช แม่ชี

4.4 การศึกษา หมายถึง ลักษณะภูมิหลังด้านการเข้ารับการศึกษาโดยยึดตามวุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมต้น 4) มัธยมปลาย ปวช. 5) อนุปริญญา ปวส. 6) ปริญญาตรี 7) ปริญญาโท 8) ปริญญาเอก

4.5 สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะภูมิหลังด้านสถานภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) โสด 2) สมรส 3) หย่าร้าง แยกกันอยู่ 4) อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส

4.6 รายได้ หมายถึง ลักษณะภูมิหลังด้านรายได้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ต่ำกว่า 10,000 บาท 2) 10,001-15,000 บาท 3) 15,001-20,000 บาท 4) 20,001-25,000 บาท 5) 25,001-30,000 บาท 6) มากกว่า 30,000 บาท

5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มที่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตและกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิต

6. ทักษะคิดต่อโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้สึกต่อโรคความดันโลหิตสูงที่วัดความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ทักษะคิดเชิงบวก คือ ความพึงพอใจต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งไม่เสียหาย ทักษะคิดเชิงลบคือ ความรู้สึกไม่ดีต่อโรคความดันโลหิตสูง ความไม่พึงพอใจต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งไม่ดี

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องการเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ใช้แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ
- 2.2 การวิเคราะห์ผู้รับสาร
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร
- 2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผลกระทบจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล
- 2.5 แนวคิดเรื่องการแสวงหาข่าวสาร
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ
- 2.7 โรคความดันโลหิตสูง
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ

การสื่อสารนั้นจัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในชีวิตของมนุษย์ นอกเหนือจากปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นต่อความอยู่รอดของมนุษย์ ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค แม้ว่าการสื่อสารจะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเป็นความตายของมนุษย์เหมือนกับปัจจัยสี่ แต่การที่จะให้ได้มาซึ่งปัจจัยสี่เหล่านั้น ย่อมต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมืออย่างแน่นอน มนุษย์ต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ของตนและเพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคม การสื่อสารเป็นพื้นฐานของการติดต่อของกระบวนการสังคม ยิ่งสังคมมีความซับซ้อนขึ้นมาก และประกอบด้วยคนจำนวนมากขึ้นเท่าใดการสื่อสารก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และสังคมจะนำมาซึ่งความสลับซับซ้อน หรือความสับสนต่าง ๆ จนอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจและไม่แน่ใจแก่สมาชิกของสังคม ดังนั้นจึงต้องอาศัย การสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว (ยุพดี ฐิติกุลเจริญ. 2537:3)

มนุษย์ได้พยายามใช้ความสามารถเพื่อการสื่อสารในสังคม โดยการใช้เครื่องมือการสื่อสารอย่างง่าย ๆ จนถึงสลับซับซ้อนเพื่อสนองปัจเจกชน (Individuals) กลุ่มชน (Groups) และมวลชน (Mass) สิ่งเอื้ออำนวยในการสื่อสารได้พัฒนาจนมีระบบที่ซับซ้อนใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทั้งด้านวัสดุและอุปกรณ์เพื่อการแสวงหา รวบรวม ผลิตสาร ส่งสาร รับสาร เก็บข้อมูล และการสื่อสารกลับเพื่อให้แต่ละคนและสมาชิกภายในองค์กรได้ใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารต่อไป การใช้อุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการสื่อสาร อาศัยทั้งศาสตร์และศิลปะเพื่อให้เครื่องมือเหล่านั้นได้ทำงานด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้

มนุษย์ได้แลกเปลี่ยนสารกันได้โดยสะดวกเร็วและเกิดผลตามที่ต้องการเครื่องมือสื่อสารดังกล่าวนี้ เรียกว่า สื่อ หรือช่องทางการสื่อสาร

คำว่า “สื่อ” ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 และ พ.ศ. 2525 หมายถึง ติดต่อให้ถึงกัน ชักนำให้รู้จักกัน

ในกระบวนการสื่อสารมวลชน คำว่า “สื่อ” (Channel or Medium) คือ พาหนะนำข่าวสาร (Message Vehicles) หรือพาหนะของสารหรือสิ่งที่ขนส่งสาร (Carrier of Messages) จากผู้ส่งสาร ไปยังผู้รับสาร ผู้ส่งสารไปได้ก็ต้องอาศัยสื่อที่จะถ่ายทอดข่าวสารออกไปและข่าวสารจะไปถึงผู้รับได้ก็ต้องอาศัยสื่อพาไป เช่น คลื่นวิทยุในอากาศนำเสียงพูดไปให้ผู้ฟัง กระดาษนำตัวอักษรและภาพที่ปรากฏไปให้ผู้รับสารได้อ่าน เป็นต้น ทางด้านผู้รับสารก็เช่นเดียวกัน ต้องอาศัยสื่อในการรับสารนั้น ๆ เช่น ผู้รับสารจะต้องมีเครื่องรับวิทยุ เป็นต้น ดังนั้นทั้งสองฝ่ายต่างอาศัยสื่อเพื่อการติดต่อให้ถึงกัน มนุษย์ได้คิดค้นประดิษฐ์สร้างขึ้น เสาะหาวิธีการหาช่องทางในรูปแบบต่าง ๆ กัน ตามสภาพของ ทรัพยากรในท้องถิ่นของตนเอง และพัฒนาวิธีการ กระบวนการ และเครื่องมืออุปกรณ์ให้ก้าวหน้า เพิ่มพูนสมรรถนะ คุณภาพและประสิทธิภาพในการแสวงหาสาร การเก็บสาร การส่งสาร การรับสาร และการสื่อสารกลับ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการสื่อสารของมนุษย์ต่อไป

การแบ่งประเภทของสื่อ นักวิชาการได้แบ่งไว้หลายรูปแบบ ได้แก่

1. แบ่งประเภทของสื่อออกเป็นสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

1.1 สื่อสิ่งพิมพ์ (Printed Media) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร หนังสือ ภาพถ่าย

1.2 สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Media) ได้แก่ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์

ภาพยนตร์

2. แบ่งประเภทของสื่อออกเป็นสื่อที่รับรู้โดยการฟังหรือสื่อโสต การเห็นหรือสื่อทัศน์ และทั้งการฟังและการมองเห็นหรือสื่อโสตทัศน์ ดังนี้

2.1 สื่อโสต (Audio Media) ได้แก่ วิทยุกระจายเสียง เทป

2.2 สื่อทัศน์ (Visual Media) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร หนังสือ ภาพถ่าย

3. แบ่งประเภทของสื่อเป็นสื่อร้อนและสื่อเย็น ดังนี้

3.1 สื่อร้อน (Hot Media) สื่อที่นำสารส่งไปยังผู้รับสาร และผู้รับสารไม่ได้มีส่วนร่วมในการส่งสาร ผู้รับสารไม่ต้องใช้ความพยายามใด เพื่อให้ได้สารที่สมบูรณ์ เพราะมีคนจัดคอยดูแลให้ เช่น ภาพยนตร์ มีช่างเทคนิคของโรงภาพยนตร์ได้จัดการฉายให้ชม เป็นต้น

3.2 สื่อเย็น (Cool Media) คือ สื่อที่นำข่าวสารไปยังผู้รับ โดยบางครั้ง ผู้รับสารจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการพยายามให้ได้ข่าวสารที่สมบูรณ์ เช่น วิทยุโทรทัศน์ภาพลิ้ม ผู้ชมต้องปรับภาพ เป็นต้น

4. การแบ่งประเภทของสื่อโดยธรรมชาติในการนำสาร ดังนี้

4.1 สื่อวัจนะ ได้แก่ สื่อที่นำสารในลักษณะที่เป็นภาษาพูด ภาษาเขียน เช่น การพูด

การเขียนทางสื่อมวลชนต่าง ๆ เป็นต้น

4.2 สื่อมวลชนได้แก่ สื่อที่นำสารซึ่งไม่เป็นภาษาพูดแต่เป็นสัญลักษณ์เครื่องหมาย (Signs) และอากัปกิริยา การเคลื่อนไหวของร่างกาย ริมฝีปาก การแสดงออกบนใบหน้า นัยน์ตา การขมวดคิ้ว การใช้สัญญาณมือ การสัมผัส การใช้สัญญาณไฟ การตีเกราะกลอง การยิงพลุเพื่อ ขอความช่วยเหลือของผู้ที่รอดชีวิตจากเครื่องบินตกหรือเรืออัปปราง สัญญาณจราจร ป้ายทางเข้าออก ทางไปห้องน้ำ ชาย-หญิง ฯลฯ นอกจากนั้น ยังมีสื่อวัฒนธรรมหรือสื่อพื้นบ้าน เช่น ศิลปะหัตถกรรมพื้นบ้าน ดนตรี การแต่งกายและสื่อทัศนศิลป์

5. การแบ่งประเภทของสื่อ ตามรูปแบบและสถานการณ์การสื่อสาร สามารถแบ่งสื่อได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

5.1 สื่อภายในบุคคล (Intrapersonal Communication) เป็นการสื่อสารกับตนเอง หรือ การส่งสารของบุคคลคนเดียว แต่ละบุคคลมีการสื่อสารภายในตนเองทุกคน เนื้อหาสาระในการสื่อสารมาจากประสบการณ์ ข่าวสาร และข้อมูลในแต่ละคนได้รับ ตัวบุคคลจึงนับได้ว่าเป็นสื่อหรือช่องทางในการสื่อสารกับตนเองหรือการสื่อสารภายในบุคคล

5.2 สื่อระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นรูปแบบของการสื่อสารตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป สื่อที่ใช้ในการสื่อสารประเภทนี้ คือ สื่อบุคคล บุคคลได้มีการพูดกันอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้ติดต่อสื่อสารกันทางจดหมาย โทรเลข โทรศัพท์ โทรพิมพ์ เทเลคอมเฟอเรนซ์ การสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น ผู้ส่งสารรู้แน่ชัดว่าเป็นกลุ่มใด ผลสะท้อนกลับจากผู้รับสารก็มีได้ง่ายกว่า สื่อหรือช่องทางสื่อสารสามารถให้นำสารได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5.3 การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) เป็นการแบ่งประเภทสื่อโดยอาศัยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสเป็นหลัก คือ

- 1) สื่อที่รับได้ด้วยการมองเห็น หรือสื่อทัศน์ (Visual Media) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ (Newspaper) ภาพถ่าย (Photography)
- 2) สื่อที่รับได้ด้วยการฟัง (Audio Media) หรือสื่อโสต ได้แก่ วิทยุกระจายเสียง
- 3) สื่อที่รับได้ด้วยการฟังและการมองเห็น หรือสื่อโสตทัศน์ (Audio-Visual Media) ผู้รับสารรับสารโดยการมองเห็นและการได้ยินพร้อม ๆ กัน ได้แก่ วิทยุโทรทัศน์ ภาพยนตร์ วิดีโอ (Video) วิดีโอดิส (Videodisc) การแสดงบนเวที (Theatre) เช่น ละคร ดนตรี อุปรากร การพ่อน้ำ เป็นต้น

6. การแบ่งประเภทของสื่อเป็นสื่อสนับสนุน (Supporting Channels) แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

6.1 สื่อสนับสนุนในการบันทึกข่าวสาร ประกอบด้วยเครื่องมือสร้างพื้นฐานเกี่ยวกับการพิมพ์

การบันทึกเสียงการบันทึกภาพ ซึ่งต้องอาศัยเครื่องพิมพ์ เครื่องบันทึกเสียง เครื่องเล่นแผ่นเสียงกล้อง ถ่ายรูป และวัสดุรองรับสาร ได้แก่ กระดาษ แถบบันทึกเสียง แถบบันทึกภาพ ฟิล์ม แผ่นเสียง เป็นต้น

6.2 สื่อสนับสนุนในการขนส่งข่าวสาร คือ โครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับระบบการคมนาคม (Transportation) และบริการไปรษณีย์ (Postal Services) ได้แก่ เครือข่ายของเส้นทางคมนาคม ทางบก ทางอากาศ ทางเรือ ยานพาหนะ บริการส่งจดหมายและไปรษณีย์ภัณฑ์อื่น ๆ

6.3 สื่อสนับสนุนในการถ่ายทอดข่าวสาร เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่ช่วยให้การถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission of messages) จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยอาศัยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ถ่ายทอดสัญญาณผ่านระบบสาย ระบบวิทยุ ระบบแสง และระบบสื่อสารดาวเทียม ซึ่งอาจเรียกรวมกันว่า “การสื่อสารโทรคมนาคม” (Telecommunication) หรือสื่อส่งสัญญาณ (Transmission Media) ได้แก่ โทรเลข โทรศัพท์ โทรพิมพ์ โทรภาพ โทรสาร โทรทัศน์ตามสาย วิทยุคมนาคม เป็นต้น

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีต่าง ๆ มีส่วนทำให้สื่อ (Media) ถูกพัฒนาไปหลากหลายรูปแบบซึ่งนับวันจะยิ่งมีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ก็เพื่อให้สามารถตอบสนอง ต่อความต้องการของผู้ส่งสารและเข้าถึงผู้รับสารในสังคมนั่นเอง ความหลากหลายของสื่อและการที่สื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องนี้ ทำให้นักวิชาการจัดแบ่งสื่อต่าง ๆ ออกเป็นสื่อดั้งเดิม (Traditional media) และสื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ (Interactive media) หรือสื่อรูปแบบใหม่ (New media) ซึ่งสื่อแต่ละประเภทต่างก็ตอบสนองความต้องการข้อมูลข่าวสารแก่ผู้คนในสังคมแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสื่อแต่ละประเภทจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้ให้นักการตลาด นักโฆษณา เจ้าของสินค้า และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถเลือกใช้สื่อสำหรับใช้เป็นช่องทางการสื่อสารหรือโฆษณาไปยังผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ตรงตามวัตถุประสงค์ทางการตลาดหรือวัตถุประสงค์ทางการสื่อสารที่ได้วางแผนไว้และจะเป็นการหลีกเลี่ยงการสูญเสียเงินโฆษณาในสื่อที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย (Daugherty, Eastin and Bright. 2008)เช่นเดียวกับ Solis (2010) ; Wilson (2008) รวมถึง Wertime and Fenwick (2008) ที่ระบุการแบ่งประเภทของสื่อต่าง ๆ ในปัจจุบันว่าสามารถแบ่งได้เป็นสื่อดั้งเดิมหรือสื่อเก่า (Old media) และสื่อรูปแบบใหม่ สื่อทั้งสองประเภทนี้ต่างมีรูปแบบและคุณสมบัติที่แตกต่างกันออกไป หากนักการตลาด นักสื่อสารเพื่อสังคม สามารถประยุกต์ใช้ข้อดีของสื่อทั้งสองประเภทเข้าด้วยกันเพื่อวางแผนการสื่อสารการตลาดก็จะยิ่งทำให้การสื่อสารมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น กล่าวได้ว่า New media + traditional media = revolution success (2011)

สื่อดั้งเดิม (Traditional media)

Shrimp (2007) ได้อธิบายว่าสื่อดั้งเดิม (Traditional media) มีอยู่หลากหลายรูปแบบ โดยสื่อแต่ละสื่อต่างก็มีจุดอ่อนจุดแข็งที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับการใช้งานในแต่ละกรณีโดยได้จำแนกสื่อดั้งเดิมออกเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ

1) สื่อสิ่งพิมพ์ (Print media) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ และนิตยสาร

2) สื่อกระจายเสียง (Broadcast media) ได้แก่ โทรทัศน์ และวิทยุ

โดย Shrimp (2007) ได้อธิบายถึงรายละเอียดและคุณลักษณะของสื่อดั้งเดิมแต่ละประเภทอันได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โทรทัศน์ และวิทยุ ไว้ดังต่อไปนี้

หนังสือพิมพ์ (Newspaper)

หนังสือพิมพ์คือสิ่งพิมพ์ที่มุ่งเน้นการนำเสนอข้อเท็จจริง (Facts) ที่เกิดขึ้นที่มีความน่าสนใจทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น เรื่องราวทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม กีฬา บันเทิง เป็นต้น นำเสนอเหตุการณ์ (Events) ที่มีผลกระทบต่อสังคมโดยรวมเช่น การทะเลาะวิวาท การปล้นจี้ การข่มขืน การประพาศติมิชอบของสงฆ์ เป็นต้น รวมถึงเสนอความคิดเห็น (Opinion) เกี่ยวกับเหตุการณ์บ้านเมือง ในมุมมองต่าง ๆ โดยนำเสนอในรูปแบบบทวิเคราะห์หรือวิพากษ์ (Ungurat and Bohn. 1988) โดยใช้วิธีการนำเสนอเป็นการสื่อสารด้วยสัญลักษณ์ (symbols) ที่เป็นอักษร (Words) ภาพ (Photograph) และภาพประกอบ (Illustrations) เป็นสื่อที่ปราศจากเสียง (Deaf) ถือเป็นสื่อที่มีการสื่อสารแบบรายวัน (Daily) ที่มีการนำเสนอเนื้อหาเป็นคอลัมน์เพื่อความสะดวกในการอ่าน (สุมน อยู่สิน. 2547) โดยทั่วไปแล้วสื่อหนังสือพิมพ์มุ่งเข้าถึงคนกลุ่มใหญ่ในลักษณะของมวลชนทุกระดับความรู้โดยมีเนื้อหาที่ตอบสนองต่อความสนใจของมวลชนโดยรวม

นิตยสาร (Magazine)

นิตยสารจัดเป็นสิ่งพิมพ์ที่ส่งสารไปสู่มวลชนเช่นเดียวกับหนังสือพิมพ์ แต่นิตยสารมีลักษณะเฉพาะคือ มีขนาดรูปแบบ และรูปทรงที่หลากหลาย เย็บเป็นรูปเล่มที่สวยงาม เป็นการสื่อสารที่มีลักษณะออกเป็นรายประจำ เช่น รายสัปดาห์ รายปักษ์ รายเดือน เป็นต้น การนำเสนอเนื้อหาที่หลากหลาย เช่น นวนิยาย เรื่องสั้น นิทาน แฟชั่น เสื้อผ้า เครื่องประดับ เมนูอาหาร ข่าว (ต่างจากหนังสือพิมพ์ตรงที่เน้นการสรุปข่าวในรอบสัปดาห์เท่านั้น) ทำนายโชคชะตา เกร็ดความรู้ต่าง ๆ ตลอดจนการตอบปัญหาทั้งเรื่องสุขภาพและปัญหาชีวิต

การแบ่งประเภทของนิตยสารมักให้ความสำคัญกับเรื่องเนื้อหาที่มีความแตกต่างกันไปและการแบ่งประเภทส่วนใหญ่นิยมยึดกลุ่มผู้อ่านเป็นหลักดังนี้

1) นิตยสารทั่วไป (General magazine) หมายถึง นิตยสารที่มุ่งตอบสนองความสนใจกลุ่มผู้อ่านทั่วไป เช่น นิตยสารสำหรับผู้หญิงนิตยสารสำหรับผู้ชาย นิตยสารข่าว เป็นต้น

2) นิตยสารเฉพาะกลุ่ม (Specialized magazines) หมายถึง นิตยสารที่ผลิตขึ้นโดยมีกลุ่มผู้อ่านเฉพาะกลุ่ม ซึ่งมีความสนใจเฉพาะเรื่องที่แตกต่างหลากหลาย เช่น นิตยสารเกี่ยวกับการศึกษา ศาสนา ธุรกิจ วิทยาศาสตร์ เป็นต้น

โทรทัศน์ (Television)

โทรทัศน์เป็นเครื่องมือสื่อสารมวลชนที่นำเอาทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงมาเผยแพร่สู่ประชาชนจำนวนมากมายมหาศาล คุณลักษณะเด่นเช่นนี้เองที่ทำให้โทรทัศน์มีสภาพคล้ายเป็นการรวมเอาสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ ทั้ง 3 ประเภท คือ ภาพยนตร์ วิทยุกระจายเสียง และ

หนังสือพิมพ์มารวม เข้าไว้ด้วยกัน สามารถให้ทั้งข่าวสาร ความรู้ และสาระบันเทิงด้วยภาพ แสง เสียง และสีที่สวยงามถึงในบ้าน ทำให้ประชาชนสามารถรับชมอยู่ภายในบ้านเรือนของตนเองได้อย่าง สะดวกสบาย จึงไม่น่าแปลกใจที่สื่อประเภทโทรทัศน์จะได้รับความนิยมและความสนใจอย่าง กว้างขวางแพร่หลายจากมหาชนทั่วโลก (วิรัช ลภีรัตนกุล. 2524)

วิทยุ (Radio)

สื่อวิทยุใช้การนำเสนอคำพูด (Spoken words) เสียงเพลง (Song) และเสียงประกอบ (Sound effect) นำเสนอในรูปแบบรายการต่าง ๆ เพื่อบรรลุดัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้โดยมีกลุ่มผู้ฟัง เป้าหมายที่แน่ชัด เนื้อหาที่นำเสนอผ่านสื่อวิทยุมีหลากหลายประเภท ได้แก่ ข่าว ความรู้ ความบันเทิง โฆษณาและประชาสัมพันธ์

สื่อรูปแบบใหม่ (New media)

Dewdney และ Ride (2006) กล่าวว่า สื่อรูปแบบใหม่ (New media) หมายถึง สื่อที่เกิด จากแนวคิดของวัฒนธรรมร่วมสมัย (Contemporary culture concept) และบริบทแวดล้อม (Context) ของการนำสื่อมาใช้ ดังนั้น สื่อรูปแบบใหม่จึงมีโอกาสที่จะเปลี่ยนเป็นสื่อเก่าได้เมื่อมีสื่อ สำคัญที่ใหม่กว่า เข้ามาแทนที่ ทั้งนี้หากเป็นสื่อที่พัฒนาการขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีสมัยใหม่จะเรียกว่า สื่อดิจิทัล (Digital media) แต่ทั้งสื่อรูปแบบใหม่และสื่อดิจิทัล ต่างก็มีคุณสมบัติหลักร่วมกันนั่นก็คือ ความใหม่ (Newness) ดังนั้นนักวิชาการส่วนใหญ่จึงใช้คำทั้งสองในความหมายเดียวกัน Wertime และ Fenwick (2008) รวมถึง Shrimp (2007) ได้จำแนกสื่อรูปแบบใหม่หรือสื่อดิจิทัลที่มีอยู่อย่าง มากมายในปัจจุบันไว้เป็นหมวดหมู่ ได้แก่ (The web) อินเทอร์เน็ต (Internet) อีเมล (E-mail) สื่อเคลื่อนที่ (Mobile platforms) เกม (Games) และโทรทัศน์รูปแบบใหม่ (Television reinvented) และได้อธิบายรายละเอียดของสื่อใหม่ที่สำคัญไว้ดังนี้

ระบบเว็บ (The web)

ระบบเว็บเป็นสื่อที่ผู้บริโภคให้การยอมรับ (Adoption) อย่างรวดเร็วกว่าสื่อชนิดอื่น ๆ เป็น ประวัติการณ์ โดยใช้เวลาเพียง 7 ปีในสหรัฐอเมริกา ขณะที่โทรศัพท์ต้องใช้เวลาถึง 35 ปี โทรทัศน์ใช้ เวลา 26 ปี วิทยุใช้เวลา 22 ปี และโทรศัพท์มือถือใช้เวลา 13 ปี โดยได้กล่าวถึงวิวัฒนาการของระบบ เว็บไว้ว่ามีวิวัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ยุค ได้แก่

1) ยุค Web 1.0 ถือเป็นเว็บในยุคแรกเริ่ม มีลักษณะคล้ายกับห้องสมุดขนาดใหญ่ที่เชื่อมโยง เอกสารต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เป็นลักษณะเว็บแบบรวมศูนย์ โดยเจ้าของเว็บไซต์เป็นผู้ออกแบบและสร้าง เนื้อหาทั้งหมด ผู้บริโภคสามารถอ่านหรือดูข้อมูลต่าง ๆ ได้เท่านั้น

2) ยุค Web 2.0 เป็นพัฒนาการของระบบเว็บตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 2007 เป็นต้นมา ระบบเว็บนี้ ผู้บริโภคสามารถสร้างชุมชน (Community) และสร้างเนื้อหาของตน (Consumer-created content) บนระบบเว็บไซต์ได้ระบบนี้ก่อให้เกิดรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) และการ ร่วมมือกัน (Collaborative) ที่หลากหลายเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับการสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์

ระหว่างกัน ในสังคมเพื่อน (Peer's social interaction) จึงทำให้เกิดการรวมกลุ่มระหว่างกันมากขึ้น โดยยุค Web 2.0 นี้ยังถูกเรียกด้วยชื่ออื่น ๆ อีก อาทิ เว็บสมองกล (Wisdom web) เว็บที่ยึดบุคคล เป็นศูนย์กลาง (People -centric web) เว็บแห่งการมีส่วนร่วม (Participative web) และเว็บเพื่อการอ่านและเขียน (Read/write web) เป็นต้น (Murugesan. 2007) นอกจากนี้ Lietsala and Sirkkunen (2008) กล่าวว่าสื่อสำคัญที่ถูกขับเคลื่อนในยุค Web 2.0 นี้ก็คือ สื่อสังคม (Social media)

อินเทอร์เน็ต (Internet)

ถือเป็นสื่อใหม่ที่มีผู้ใช้งานเป็นจำนวนมาก โดยมีอัตราการเติบโตร้อยละ 21 นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง 2011 และมีการใช้โฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ในอินเทอร์เน็ตมากกว่าแปดหมื่นล้าน เหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2011 โดยในปัจจุบันมีผู้ใช้งานถึง 2,095,006,005 คนทั่วโลก สำหรับผลการสำรวจจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตในประเทศไทยนั้นพบว่า มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 18,310,000 คน (ร้อยละ 27.4 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ) ได้รับการจัดอันดับให้เป็นประเทศที่มี ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดอันดับที่ 9 ของทวีปเอเชีย (Internet world stats. 2010)

นอกจากนี้ Wertime and Fenwick (2008) ยังกล่าวว่า การโฆษณาผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต ในปัจจุบันก็มีรูปแบบที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ไม่ได้มีเพียงเฉพาะดิสเพลย์แอด (Display ads) แบนเนอร์ (Banners) หรือปุ่มกด (Buttons) อย่างในยุคแรก ๆ เท่านั้นแต่ได้พัฒนาไปสู่ยุค การใช้โปรแกรมสืบค้นข้อมูล (Search engine) ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ด้วย โดยโปรแกรม ที่เป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน ได้แก่ Google Yahoo! Live search Microsoft เป็นต้น

อินเทอร์เน็ตถือได้ว่าเป็นสื่อที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทาง สังคมและความต้องการของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดแนวโน้มการพัฒนาสื่ออินเทอร์เน็ต ในบางประการ เช่น การที่สื่อวิดีโอจะครอบงำสื่ออื่น ๆ มากขึ้นในสื่ออินเทอร์เน็ต (Video predominate) โปรแกรมสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ จะสามารถทำงานได้อย่างหลากหลายมากยิ่งขึ้น (search diversifies further) เน้นการปรับเปลี่ยนให้ตรงกับลักษณะเฉพาะตัวของผู้ใช้ (Personalization become the norm) เป็นต้น

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ คือระบบการส่งข้อมูลต่าง ๆ ระหว่างกัน ช่วยลดต้นทุนการใช้ จดหมายทางตรงแบบดั้งเดิม (Traditional direct mail) และยังช่วยเรื่องการจัดการความสัมพันธ์กับ ผู้บริโภคได้ง่ายขึ้นด้วย ซึ่งรูปแบบการส่งไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ในปัจจุบันนั้น นอกจากการส่ง ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ข่าวสาร ยังมีการส่งนิตยสารไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือที่เรียกว่าอีซิ่น (E-zines : E-mail magazine) ซึ่งเป็นการแจกนิตยสารออนไลน์ไปยังผู้บริโภคเพื่อให้สามารถอ่าน เนื้อหาได้ฟรีด้วย

แต่การใช้สื่อไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์นี้มีข้อเสียคือมักทำให้เกิดสแปม (Spam) หรืออีเมลขยะ ซึ่งสองในสามของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อการตลาดมักจะถูกจัดเป็นสแปม เพราะฉะนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าวนี้ นักการตลาดควรขอความยินยอมจากผู้บริโภคก่อนที่จะส่งไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ถ้าผู้บริโภคอนุญาตหรือเลือกจะเข้าร่วมการรับไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (Opt-in emailing) ทำให้ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์นั้นไม่ถูกจัดแยกเป็นสแปมอีกต่อไป

สื่อเคลื่อนที่ (Mobile platforms)

สื่อเคลื่อนที่หรือโทรศัพท์มือถือ (Mobile phone) มีจุดเด่นคือความสะดวกในการพกพา ทำให้สามารถสื่อสารกับผู้บริโภคได้อย่างรวดเร็ว ดังเช่นการศึกษาของ Tsang Ho และ Liang (2004) อธิบายว่าโทรศัพท์มือถือถือเป็นสื่อที่มีความเป็นส่วนบุคคลสูงมาก เป็นสื่อที่อนุญาตให้บุคคลเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา สื่อเคลื่อนที่หรือโทรศัพท์มือถือมีความสามารถในการทำงาน (Function) ที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น บริการส่งข้อความสั้น (SMS) บริการส่งข้อความมัลติมีเดีย (MMS) เกม (Games) ถ่ายภาพนิ่ง ถ่ายภาพเคลื่อนไหว พื้นที่เก็บเพลง สร้างสัญญาณเชื่อมต่อ (Bluetooth) ระบบรายงานตำแหน่ง (GPS)

สื่อสังคม (Social media site)

สื่อสังคมเป็นสื่อรูปแบบใหม่ ที่เกิดจากรูปแบบการติดต่อสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้คน ในสังคมจนเกิดเป็นรูปแบบยุคดิจิทัล (Digital platforms) ซึ่งพฤติกรรมสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงไปได้แก่ การเปลี่ยนจากการติดต่อสื่อสารด้วยโทรศัพท์บ้านมาเป็นบรอดแบนด์หรือโทรศัพท์มือถือ (Connecting) การแสดงตัวตนที่เปลี่ยนแปลงไป (Self expression) การค้นหาข้อมูล (Knowledge) การเปิดรับและการแชร์ความบันเทิง (Entertainment) และการแชร์รูปให้แก่ผู้อื่น (Photo) สื่อสังคม (Social media) หรือเครือข่ายสังคม (Social network) นี้บ้างก็ถูกเรียกว่าสื่อสังคมออนไลน์ (Online social media) ซึ่งหมายถึง สื่อดิจิทัลซึ่งเป็นเครื่องมือทางสังคมที่ช่วยให้การติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ การแบ่งปัน แลกเปลี่ยนข้อมูล ภาพ หรือเสียงระหว่างกัน โดยสื่อสังคมที่ได้รับความนิยมอย่างสูงในประเทศไทย ได้แก่ Facebook Hi5 Youtube Twitter และ Exteen โดยเฉพาะ Facebook นั้นปี 2554 มีจำนวนผู้ใช้ในประเทศไทยมากถึง 11,698,220 บัญชี ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด (BrandAge essential : Social network the digital engagement. 2011)

ความสำคัญของการเปิดรับสื่อและการเลือกสารของผู้รับสาร

ผู้รับสารเลือกเปิดรับสื่อตามลักษณะดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2542 : 292)

1) เลือกสื่อที่สามารถจัดหาได้ (Availability) ธรรมชาติของมนุษย์นั้นจะใช้ความพยายามเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น อะไรที่ได้ยากมาก ๆ มักไม่ได้รับการเลือก แต่ถ้าได้มาไม่ยากนักมักเลือกสิ่งนั้น เช่นเดียวกับสื่อผู้รับสารจะเลือกรับสื่อที่ไม่ต้องใช้ความพยายามมาก ตัวอย่างเช่น ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่เปิดรับสื่อวิทยุกระจายเสียงเป็นสำคัญ เพราะตนเองสามารถจัดหาวิทยุ ได้ง่ายกว่าสื่ออื่น

2) เลือกสื่อที่สอดคล้อง (Consistency) กับความรู้ ค่านิยม ความเชื่อและทัศนคติของตน เช่น นิสิตนักศึกษาและนักวิชาการมักนิยมอ่านหนังสือพิมพ์มติชนหรือสยามรัฐมากกว่าหนังสือพิมพ์อื่น เพราะหนังสือพิมพ์ดังกล่าวให้ข่าวสารความรู้ในแง่วิชาการที่สอดคล้องกับตน

3) เลือกสื่อที่ตนสะดวก (Convenience) ปัจจุบันผู้รับสารสามารถเลือกรับสื่อได้ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์ นิตยสารและสื่อบุคคล แต่ละคนมีพฤติกรรมการรับสื่อที่แตกต่างกันตามความสะดวก

4) เลือกสื่อตามความเคยชิน (Accustomedness) ปกติจะมีบุคคลกลุ่มหนึ่งในทุกสังคมที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงการรับสื่อที่ตนเคยรับอยู่ ซึ่งมักพบในบุคคลที่มีอายุมากเช่นเคยฟังวิทยุกระจายเสียงเป็นประจำ มักไม่สนใจวิทยุโทรทัศน์หรือสื่ออย่างอื่น เป็นต้น

5) ลักษณะเฉพาะสื่อ จากที่กล่าวมาทั้งสี่ข้อนั้นเป็นความต้องการสื่อของผู้รับสารเป็นหลัก แต่ในข้อนี้กลับเป็นคุณลักษณะเฉพาะของสื่อที่มีผลต่อการเลือกสื่อของผู้รับสาร เช่น ลักษณะเด่นของหนังสือพิมพ์ คือสามารถให้ข่าวสารในรายละเอียดดีกว่า ราคาถูกและสามารถนำติดตัวไปได้ทุกแห่ง

แนวคิดเรื่องการเปิดรับข่าวสารจัดเป็นแนวคิดเบื้องต้นที่สะท้อนถึงกระบวนการสื่อสารขั้นพื้นฐานของมนุษย์ข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบัน ในสถานการณ์ที่คลุมเครือความต้องการข่าวสารยิ่งเพิ่มมากขึ้นทำให้มนุษย์มีการเปิดรับข่าวสารเพิ่มขึ้น

Becker (1979 อ้างใน ประภาพรณ ลิมสุศิริ. 2543 : 16)ได้ให้ความหมายของการเปิดรับข่าวสาร โดยจำแนกตามพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารดังนี้

1) การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) กล่าวคือ บุคคลแสวงหาข่าวสารเพื่อต้องการให้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีความคล้อยคลึงกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

2) การเปิดรับข้อมูล (Information receptivity) กล่าวคือ บุคคลเปิดรับข่าวสารเพื่อต้องการทราบข้อมูลที่ตนเองสนใจ เพื่ออยากรู้ เช่นการเปิดดูรายการโทรทัศน์ หรือขณะอ่านหนังสือพิมพ์ หากมีข้อมูลข่าวสารที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับตนเองก็จะให้ความเอาใจใส่อ่าน หรือดูเป็นพิเศษ

3) การเปิดรับประสบการณ์ (Experience receptivity) กล่าวคือ บุคคลเปิดรับข่าวสารเพื่อตอบสนองความต้องการการกระทำหรือความต้องการเรียนรู้รู้อย่างใด อย่างหนึ่งหรือเพื่อผ่อนคลายอารมณ์

พฤติกรรมการและความต้องการข่าวสารของผู้รับสารมีอยู่ 4 ประการคือ

1) ความต้องการข่าวสารที่เป็นประโยชน์ (Utilization) ผู้รับสารจะเปิดรับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองเป็นสำคัญ เช่น อ่านข่าวกีฬาที่ตนเองเล่นหรืออ่านข่าวที่เป็นประโยชน์ในการประกอบอาชีพ เป็นต้น

2) ความต้องการข่าวสารที่สอดคล้อง (Consistency) กับค่านิยม, ความเชื่อและทัศนคติของผู้รับสารผู้รับสารมักเปิดรับข่าวสารที่สอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยมหรือทัศนคติของตน ข่าวสารใดที่ไม่สอดคล้องมักไม่ได้รับความสนใจหรือได้รับการปฏิเสธจากผู้รับสาร

3) ความต้องการข่าวสารที่สะดวกในการได้มา (Availability) ผู้รับสารนั้นมีข้อจำกัดในการ เปิดรับข่าวสาร ถึงแม้ว่าข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่ให้ประโยชน์และสอดคล้องกับตัวเองแต่ถ้าข่าวสารดังกล่าวได้มาด้วยความยากลำบากหรือไม่สะดวก ผู้รับสารก็ไม่อาจเปิดรับข่าวสารนั้นได้ ดังนั้นพฤติกรรมหนึ่งของผู้รับสารคือความสะดวกในการได้รับข่าวสาร

4) ความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) เป็นความต้องการที่อยากมีประสบการณ์ใหม่ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์อย่างหนึ่งและยังอยู่ในสังคมปัจจุบันที่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ,มีประสบการณ์ใหม่ ๆ ตลอดเวลา เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มนุษย์เปิดรับข่าวสาร

จากหลักพื้นฐานความต้องการข่าวสารของผู้รับสาร 4 อย่างที่กล่าวมานี้ ได้มีการวิจัยที่ช่วยให้ภาพชัดเจนมากขึ้นโดย McCombs and Becker (1979 อ้างใน ประภาพรรณ ลิ้มสุขศิริ . 2543 : 20) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการอ่านหนังสือพิมพ์ การฟังรายการวิทยุกระจายเสียงและการชมรายการวิทยุโทรทัศน์ของมนุษย์ได้สรุปผลว่าผู้รับสารอ่าน ฟังและชมด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

- 1) เพื่อติดตามความเคลื่อนไหวและสังเกตการณ์รอบตัว เพื่อที่จะได้รู้ว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น เพื่อให้ทันเหตุการณ์ ทันสมัยและเรียนรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญควรรู้
- 2) เพื่อใช้ข่าวสารที่ได้มานั้นมาเป็นเครื่องช่วยในการตัดสินใจแต่ละวัน
- 3) เพื่อให้ได้ข่าวสารที่ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาประจำวันกับบุคคลอื่น
- 4) เพื่อสร้างความรู้สึกว่าได้ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นด้วย
- 5) เพื่อใช้ข่าวสารที่ได้จากสื่อมวลชนช่วยส่งเสริมความคิดเห็นที่มีอยู่เดิม
- 6) เพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และเพื่อความบันเทิง

เวลาที่ใช้กับสื่อมักไม่สามารถแปลความหมายได้ในทางจิตวิทยาและมักไม่ได้ผลที่ชัดเจน เมื่อนำไปเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น และเพื่อแก้ปัญหาความไม่ชัดเจนในเรื่องนี้ จึงได้มีการวัดตัวแปรการเปิดรับสื่อมวลชนโดยใช้ความถี่ของการใช้สื่อเฉพาะอย่างเจาะจงในเนื้อหา เช่น การวัดความถี่ของการอ่านข่าวที่มีเนื้อหาหนักในหนังสือพิมพ์ ความถี่ของการชมรายการโทรทัศน์และความถี่ในการรับฟังรายการวิทยุ เป็นต้น ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการเปิดรับสื่อมวลชน หมายถึง ความบ่อยครั้งในการเปิดรับ ระยะเวลา ช่วงเวลารวมไปถึงจำนวนสื่อมวลชนที่ใช้ในการเปิดรับข่าวสารด้วย

แม้คคอมบ์ และ เบคเกอร์ (McCombs and Becker, 1979: 51-52) ได้ให้แนวคิดที่ว่า โดยทั่วไปบุคคลแต่ละคนมีการเปิดรับข่าวสารหรือการเปิดรับสื่อ เพื่อตอบสนองความต้องการ 4 ประการคือ

- 1) เพื่อให้เรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ (Surveillance) บุคคลสามารถติดตามความเคลื่อนไหวและสังเกตเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวจากการเปิดรับข่าวสาร ทำให้คนเป็นที่ทันเหตุการณ์ ทันสมัย
- 2) เพื่อการตัดสินใจ (Decision) การเปิดรับข่าวสารทำให้บุคคลสามารถกำหนดความเห็นของตนต่อสภาวะหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัว เพื่อการตัดสินใจโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องชีวิตประจำวัน

3) เพื่อพูดคุยสนทนา (Discussion) บุคคลสามารถนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ในการพูดคุยกับผู้อื่นได้

4) เพื่อการมีส่วนร่วม (Participation) เพื่อรับรู้และมีส่วนร่วมเหตุการณ์ความเป็นไปต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเปิดรับข่าวสาร เป็นแนวคิดทางด้านผู้รับสารที่พิจารณาว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีเหตุผลอย่างไรในการเปิดรับข่าวสาร ซึ่งแนวคิดและทฤษฎีกระบวนการเลือกสรรข่าวสารของบุคคล (Selective process) ได้กล่าวว่าผู้รับสารมีกระบวนการเลือกรับรู้ข่าวสารที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ความต้องการความเชื่อทัศนคติความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและลักษณะเฉพาะของสื่อแต่ละประเภทที่ต่างกัน ส่งผลให้เกิดการเปิดรับสื่อแต่ละประเภทต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีลักษณะทางประชากร ระดับความรู้และทัศนคติแตกต่างกัน จากแนวคิดทั้งสองเรื่องนี้จึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อตอบคำถามของการวิจัยถึงความแตกต่างของการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่และการเปิดรับสื่อดังกล่าวมีผลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่อโรคหรือไม่

2.2 การวิเคราะห์ผู้รับสาร

ผู้รับสารจะเปิดรับสื่อชนิดใดนั้นน่าจะเกิดจากการเลือกเปิดรับข่าวสารที่สอดคล้องกับทัศนคติเดิม บางครั้งต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการปกป้องความเชื่อของตนเองหรืออาจเป็นเหตุผลอื่นเช่น เพื่อความสนุกสนานบันเทิงหรือเพราะสนใจเรื่องนั้นเป็นพิเศษแต่โดยทั่วไปแล้วการเปิดรับข่าวสาร ผู้รับสารมักเลือกสิ่งที่สนับสนุนความคิดเดิมของตนเสมอ

ข่าวสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นอกจากนั้นข่าวสารยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เปิดรับมีความทันสมัย สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของโลกปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น ชาร์ลส์เคอัทกิน (Charles k. Atkin. 1973 : 208) ได้กล่าวว่าบุคคลที่เปิดรับข่าวสารมากย่อมมีหูตากว้างไกล มีความรู้ความเข้าใจในสภาพแวดล้อมและเป็นคนทันสมัยทันเหตุการณ์กว่าบุคคลที่เปิดรับข่าวสารน้อย

อย่างไรก็ตามบุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านมาสู่ตนทั้งหมดแต่จะเลือกรับรู้เพียงบางส่วนที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน ดังนั้นข่าวสารที่ล้นไหลผ่านเข้ามาไปยังบุคคลจากช่องทางต่าง ๆ นั้น มักจะถูกคัดเลือกลดเวลา ข่าวสารที่น่าสนใจ มีประโยชน์และเหมาะสมตามความนึกคิดของผู้รับสารเป็นข่าวสารที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการสื่อสาร (กิติมา สุรสนธิ. 2533 : 46-47)

การเลือกสรรข่าวสารของบุคคลเป็นสิ่งที่อธิบายถึงพฤติกรรมการสื่อสารของแต่ละบุคคลว่าความแตกต่างกันทางสภาพส่วนบุคคลหรือสภาพจิตวิทยามีผลต่อการเปิดรับข่าวสารโดยมีกระบวนการเลือกสรร (Selective Process) ที่แตกต่างกัน

โจเซฟ ที แคลปเปอร์ (Klapper, J.T., 1960 : 19-25) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเลือกรับข่าวสารหรือเปิดรับข่าวสารเปรียบเสมือนเครื่องกรองข่าวสารการรับรู้ของมนุษย์ซึ่งประกอบด้วยการกลั่นกรอง 4 ชั้นตามลำดับดังต่อไปนี้

การเลือกเปิดรับ (Selective Exposure) เป็นขั้นแรกในการเลือกช่องทางการสื่อสารบุคคล จะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งสารที่มีอยู่ด้วยกันหลายแหล่ง เช่น การเลือกซื้อหนังสือพิมพ์ฉบับใดฉบับหนึ่ง เลือกเปิดวิทยุกระจายเสียงสถานีใดสถานีหนึ่งตามความสนใจและความต้องการของตน อีกทั้งทักษะและความชำนาญในการรับรู้ข่าวสารของคนเรานั้นก็ต่างกัน บางคนถนัดที่จะฟังมากกว่าอ่าน จะชอบฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์มากกว่าอ่านหนังสือ เป็นต้น

การเลือกให้ความสนใจ (Selective Attention) ผู้เปิดรับข่าวสารมีแนวโน้มที่จะเลือกสนใจข่าวจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง โดยมักเลือกตามความคิดเห็น ความสนใจของตน เพื่อสนับสนุนทัศนคติเดิมที่มีอยู่และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจหรือทัศนคติเดิมที่มีอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดภาวะทางจิตใจที่ไม่สมดุลหรือมีความไม่สบายใจ ที่เรียกว่าความไม่สอดคล้องทางด้านความเข้าใจ (Cognitive Dissonance)

การเลือกรับรู้และตีความหมาย (Selective Perception and Interpretation) เมื่อบุคคลเปิดรับข้อมูลข่าวสารแล้ว ก็เชื่อว่ารับรู้ข่าวสารทั้งหมดตามเจตนาารมณ์ของผู้ส่งสารเสมอไปเพราะคนเรามักเลือกรับรู้และตีความหมายสารแตกต่างกันไปตามความสนใจ ทัศนคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการ ความคาดหวัง แรงจูงใจ สภาวะทางร่างกาย หรือสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ฉะนั้นแต่ละคนอาจตีความเฉพาะข่าวสารที่สอดคล้องกับลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าว นอกจากนี้จะทำให้ข่าวสารบางส่วนถูกตัดทิ้งไปยังมีการบิดเบือนข่าวสารให้มีทิศทางเป็นที่น่าพอใจของแต่ละบุคคลด้วย การเลือกจดจำ (Selective Retention) บุคคลจะเลือกจดจำข่าวสารในส่วนที่ตรงกับ ความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ ฯลฯ ของตนเอง และมักจะลืมหรือไม่นำไป ถ่ายทอดต่อในส่วนที่ตนเองไม่สนใจ ไม่เห็นด้วย หรือเรื่องที่ขัดแย้งค้ำกับความคิดของตนเอง ข่าวสารที่คนเราเลือกจดจำไว้นั้น มักมีเนื้อหา ที่ช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนความรู้สึกรู้สึกดี ทัศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อของแต่ละคนที่มีอยู่เดิมให้มีความมั่นคงชัดเจนยิ่งขึ้นและเปลี่ยนแปลงยากขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในโอกาสต่อไป ส่วนหนึ่งอาจนำไปใช้เมื่อเกิดความรู้สึกขัดแย้งและมีสิ่งที่ไม่สบายใจ

การวิเคราะห์ผู้รับสารเป็นแนวคิดสำคัญที่ผู้ส่งสารต้องวิเคราะห์ผู้รับสารว่า ผู้รับสารเลือกเปิดรับสื่อชนิดใดนั้น อาจเกิดจากการเลือกเปิดรับข่าวสารที่สอดคล้องกับทัศนคติเดิม บางครั้งต้องพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่น ๆ หรือประโยชน์ในการปกป้องความเชื่อของตนเอง หรืออาจเป็นเหตุผลอื่น เช่น เพื่อความสนุกสนานบันเทิงหรือเพราะสนใจในเรื่องนั้นเป็นพิเศษแต่โดยทั่วไปแล้วในการเปิดรับข่าวสาร ผู้รับสารมักเลือกสิ่งที่สนับสนุนความคิดเดิมของตนเสมอและสามารถแบ่งผู้รับสารได้เป็นสองประเภทคือผู้รับสารเป้าหมายและผู้รับสารที่มีได้เป้าหมาย การศึกษาลักษณะทางประชากร

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการสื่อสาร โดยนำแนวคิดนี้มากำหนดลักษณะทางประชากรที่ใช้เป็นตัวแปรต้นในการวิจัยครั้งนี้

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร

ปัจจัยเกี่ยวกับด้านบุคคลถือเป็นปัจจัยที่สำคัญมากทางการสื่อสาร ตามแนวทฤษฎีความไม่สอดคล้องทางความคิดในด้านพฤติกรรม การเปิดรับข่าวสาร การตัดสินใจเลือกรับข่าวสารอาจมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลนั้น ๆ มีสิ่งสะสมอยู่ในตัวของบุคคลมาตั้งแต่เกิด (Predisposition) ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์เรียนรู้ บรรทัดฐานของกลุ่ม ฯลฯ ลักษณะความแตกต่างของแต่ละบุคคลนี้เกิดเป็นทฤษฎีที่เรียกว่า ทฤษฎีความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences Theory) ผู้รับสารแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตัว เช่น อายุ เพศ บุคลิกภาพ สติปัญญา ทักษะและประสบการณ์ คุณสมบัติเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อผู้รับสารในการสื่อสาร การสื่อสารนั้นมักจะประสบปัญหาในการวิเคราะห์ผู้รับสารที่มีจำนวนมากและไม่สามารถวิเคราะห์ผู้รับสารเป็นรายบุคคลได้ ผู้ส่งสารยังไม่รู้จักผู้รับสารแต่ละคนด้วย ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ผู้รับสารโดยจำแนกผู้รับสารออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามลักษณะประชากร (Demographic Characteristics) ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมและภูมิสำเนา

อายุ (Age) อายุถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรมโดยทั่วไปแล้วคนที่มีอายุน้อยมักจะมีความคิดเห็นเสรีนิยมยึดถืออุดมการณ์ใฝ่ร้อนและมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่อายุมาก ในขณะที่คนที่อายุมากจะมีความคิดอนุรักษ์นิยมยึดถือการปฏิบัติระมัดระวัง และมองโลกในแง่ร้ายมากกว่าคนที่อายุน้อย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากคนที่มีอายุประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งเคยผ่านยุคปัญหาต่าง ๆ จนมีความผูกพันที่ยาวนานและมีผลประโยชน์ในสังคมมากกว่าคนที่อายุน้อย

เพศ (Sex) จากการวิจัยทางจิตวิทยาหลายเรื่องได้แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันมากในเรื่องความคิด ค่านิยม และทัศนคติ ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมและสังคมกำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน ผู้หญิงจึงมักเป็นคนที่จิตใจอ่อนไหวหรือเจ้าอารมณ์ โอนอ่อนผ่อนตามเป็นแม่บ้านแม่เรือนจากงานวิจัยยังพบอีกว่าผู้หญิงถูกชักจูงได้ง่ายกว่าผู้ชาย (ปรมะ สตะเวทิน. 2540 : 114)

การศึกษา (Education) มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่องได้ชี้ว่าการศึกษาของผู้รับสารนั้น ทำให้ผู้รับสารมีพฤติกรรมของการรับสารสื่อสารต่างกันไป เช่น บุคคลที่มีการศึกษาสูง ก็จะมีคามสนใจข่าวสารกว้างขวาง แต่จะไม่ค่อยเชื่ออะไรง่าย ๆ จะต้องมีหลักฐานหรือเหตุผลสนับสนุนเพียงพอ จึงจะเชื่อ หรือผู้มีการศึกษาสูงมักจะใช้สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือพิมพ์มากกว่าสื่อวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์และภาพยนตร์ เป็นต้น

ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Status) หมายถึง อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ ภูมิหลังของครอบครัว จากการวิจัยพบว่าสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ตัววัฒนธรรมที่ต่างกัน มีทัศนคติ ค่านิยม และเป้าหมายที่ต่างกัน งานวิจัยของ ชรามม์ และไวท์ (Schramm and White, 1949 อ้างถึงใน ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ. 2542 : 49-50) ซึ่งศึกษาการเปิดรับสารของผู้รับสารในสังคมอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีรายสูงมักเป็นผู้นิยมเปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์และนิยมเนื้อหาที่ค่อนข้างหนัก ไม่ค่อยสนใจเนื้อหาด้านความบันเทิง แมคเนลลี และคณะ (McNelly and Others, 1968 อ้างถึงใน ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ. 2542 : 50) พบว่า คนที่มีฐานะดีและมีการศึกษาสูงเป็นกลุ่มคนที่ได้รับข่าวสารที่มีเนื้อหาสาระจากสื่อมวลชนมากที่สุด ผลที่ได้จากการวิจัยในลักษณะเช่นนี้ สามารถอธิบายได้ เช่นเดียวกับกรณีของการศึกษาคือ ผู้ที่มีรายได้สูงนั้นมักมีการศึกษาสูง มีตำแหน่งหน้าที่ การงานดี จึงมักถูกผลักดันให้มีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้หาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ให้ทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ การเปิดรับข่าวสารจึงจำเป็นสำหรับผู้รับสารกลุ่มนี้มาก

ทฤษฎีความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences Theory) ผู้รับสารแต่ละคน มีลักษณะเฉพาะตัว เช่น อายุ เพศ บุคลิกภาพ สติปัญญา ทักษะและประสบการณ์จำแนกผู้รับสารเพื่อหาความสัมพันธ์และความแตกต่างนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ในการวางแผนการสื่อสารให้ตรงกับ ผู้รับสาร นำมาใช้ออกแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแปรด้านลักษณะ ประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผลกระทบจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

แม้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน มีวัตถุประสงค์ในการเปิดรับ ข่าวสารที่แตกต่างกัน และมีความต้องการในการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกันนั้น แต่โดยทั่วไปแล้ว บุคคลจะเปิดรับข่าวสารดังนี้ (ดวงฤทัย พงศ์ไพฑูรย์. 2544 : 13-14) คือ

2.4.1 การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน โดยผู้รับสารมีความคาดหวังจากสื่อมวลชนว่า การบริโภคข่าวสารจากสื่อมวลชนจะช่วยตอบสนองความต้องการของเขาได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือเปลี่ยนลักษณะนิสัย เปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้โดยการเลือกบริโภค สื่อมวลชนนั้นจะขึ้นอยู่กับความต้องการ หรือแรงจูงใจของผู้รับสารเอง เพราะบุคคลแต่ละคนย่อมมี วัตถุประสงค์และความตั้งใจในการใช้ประโยชน์แตกต่างกันไป

2.4.2 การเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคล โดยสื่อบุคคล หมายถึง ตัวบุคคลผู้ให้นำข่าวสาร จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยอาศัยการติดต่อระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) ที่จะมีปฏิกริยาโต้ตอบระหว่างกันโรเจอร์สและชูเมกเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971) กล่าวว่า ในกรณีที่ต้องการให้บุคคลใดเกิดการยอมรับสารนั้นควรที่จะใช้การ สื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้สื่อบุคคลเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสาร สื่อบุคคลนี้จะมีประโยชน์อย่างมากใน

กรณีและผู้ส่งสารหวังผลให้ผู้รับสารมีความเข้าใจกระจ่างชัดเจนและตัดสินใจรับสารได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น ซึ่งการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (เสถียร เขยประทับ. 2525)

1) การติดต่อโดยตรง (Direct Contact) เป็นการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อสร้างความเข้าใจหรือชักจูงโน้มน้าวใจกับประชาชนโดยตรง

2) การติดต่อโดยกลุ่ม (Group Contact of Community Public) โดยกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อบุคคลส่วนรวม ช่วยให้การสื่อสารของบุคคลบรรลุเป้าหมายได้เพราะเมื่อกลุ่มมีความสนใจมุ่งไปในทิศทางใด บุคคลส่วนใหญ่ในกลุ่มก็จะมี ความสนใจในทางนั้นด้วย

2.4.3 อิทธิพลของสื่อมวลชน

สื่อสารมวลชน (mass communication) และ สื่อมวลชน (mass media) มักจะใช้สับสน โดยกล่าวอ้างเป็นคำความหมายเดียวกันอยู่เรื่อย ๆ แต่ก็ไม่ได้มีข้อถกเถียงกันมากนัก ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ คำทั้งสองมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยถูกต้องแล้วเมื่อกล่าวถึง “สื่อสารมวลชน” จะเน้น ในความหมายของ กระบวนการส่งสารสู่มวลชน ขณะที่ “สื่อมวลชน” เน้นในความหมายที่กล่าวถึงตัวสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุและโทรทัศน์ เป็นต้น

โจนาวิทซ์ (2511) ให้ความหมายของสื่อสารมวลชนไว้ว่า “การสื่อสารมวลชนประกอบด้วย สถาบันและเทคนิคซึ่งมีกลุ่มคนที่ทำงานรู้จักการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีเฉพาะด้าน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง และภาพยนตร์ ฯลฯ ทำหน้าที่กระจายเนื้อหาของข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ ตามชนิดของสื่อผ่านไปให้คนจำนวนมาก ซึ่งมีความเห็นแตกต่างกันและสามารถเข้าถึงผู้รับได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว

จะเห็นได้ว่าสื่อมวลชนอันได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุและโทรทัศน์ ฯลฯ เป็นเครื่องมือที่ทำหน้าที่กระจายเนื้อหาของข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ ผ่านไปยังประชาชนผู้สังคมได้อย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้สังคมได้รับรู้ข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนความรุนแรงของเหตุการณ์ในสังคมและที่มีความเคลื่อนไหวในสภาพความเปลี่ยนแปลงยุคปัจจุบัน

มีผู้วิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ ที่มีต่อทัศนคติและพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของประชาชน พบว่าสื่อมวลชนไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อประชาชนและอิทธิพลที่พียงมีนั้นเป็นแต่เพียงผู้สนับสนุนความคิดเห็น ทัศนคติ ทำที่ตั้งเดิมเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากสื่อมวลชนจะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะเปลี่ยนแปลงอยู่ก่อนแล้วสื่อมวลชนจึงทำหน้าที่เป็นเพียงผู้เสนอหนทางเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมเท่านั้น การสร้างทัศนคติและค่านิยมใหม่ให้เกิดแก่ประชาชนจะเกิดได้ในกรณีที่บุคคลไม่เคยมีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้นมาก่อน แต่เป็นในลักษณะสะสมมีอิทธิพลที่ก่อให้เกิดได้ในทันทีหรือในระยะเวลายาวอันสั้น

แม้ว่าสื่อมวลชนจะมีความสำคัญมากในการให้ความรู้แก่บุคคลต่าง ๆ แต่ประเทศด้อยพัฒนาพบว่า มีระดับการใช้สื่อมวลชนต่ำ อาจเป็นเพราะเหตุผลดังต่อไปนี้ (เสถียร เขยประทับ. 2528 : 58)

- 1) สื่อมวลชนเข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกษตรกรน้อย
- 2) มีระดับการศึกษา ระดับการอ่านออกเขียนได้ต่ำ
- 3) สารที่อยู่ในสื่อมวลชนไม่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

2.4.4 ผลของการสื่อสาร โดยทั่วไปมี 3 ประการ คือ

- 1) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ (Knowledge) ของผู้รับข่าวสาร
- 2) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude) ของผู้รับข่าวสารที่มีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ ซึ่งทัศนคตินี้เองที่จะก่อให้เกิดการกระทำตามมา
- 3) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่แสดงออก (Practice)

การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประการนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่องกล่าวคือ เมื่อผู้รับข่าวสารได้รับข่าวสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติและขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวความคิดที่สามารถสนับสนุนว่าผลของการศึกษาโดยทั่วไปก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ประการนี้คือ คำนิยามการสื่อสารของ โรเจอร์ส (Rogers. 1973) การสื่อสาร คือ กระบวนการที่ความคิดข่าวสารถูกส่งจากแหล่งสารไปยังผู้รับสาร ด้วยเจตนาจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางประการของผู้รับสารโดยผลของการสื่อสารทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (attitude) และพฤติกรรม (Practice)

แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพของสื่อมวลชนและสื่อบุคคล เป็นแนวคิดสำคัญที่กล่าวถึงผลของการสื่อสารโดยผ่านสื่อมวลชน และสื่อบุคคล ที่ส่งผลสนับสนุนความคิดเห็นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติของกลุ่มผู้รับสารหลังจากที่ได้เปิดรับสื่อและความแตกต่างในเรื่องของเวลา ความถี่ในการเปิดรับสื่อ แนวคิดดังกล่าวนำมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อที่จะหาความเกี่ยวข้องของการเปิดรับสื่อซึ่งสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติ

2.5 แนวคิดเรื่องการแสวงหาข่าวสาร

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเปิดรับข่าวสารของบุคคลนั้น ทอดด์ฮันท์ และ เบนท์ ดี รูเบน (Todd Hunt and Brent d. Ruben, 1993 : 65 อ้างถึงใน ปรมะ สตะเวทิน . 2541 : 122-124) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเปิดรับข่าวสารของบุคคลไว้ดังนี้

ความต้องการ (Need) ปัจจัยที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งในกระบวนการเลือกของมนุษย์คือ ความต้องการ ความต้องการทุกอย่างของมนุษย์ทั้งความต้องการทางกายและใจทั้งความต้องการระดับสูงและความต้องการระดับต่ำ ย่อมเป็นตัวกำหนดการเลือกของเรา เราเลือกตอบสนองความต้องการของเรา เพื่อให้ได้ข่าวสารที่ต้องการ เพื่อแสดงรสนิยม เพื่อการยอมรับในสังคม เพื่อความพอใจ ฯลฯ

ทัศนคติและค่านิยม (Attitude and Values) ทัศนคติ คือความชอบและมีใจโน้มเอียง (Preference and Predisposition) ต่อเรื่องต่าง ๆ ส่วนค่านิยม คือหลักพื้นฐานที่เรายึดถือเป็น ความรู้สึกที่ว่าเราควรจะทำหรือไม่ควรทำอะไรในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและคนซึ่งทัศนคติ และค่านิยมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมายและการเลือกจดจำ

เป้าหมาย (Goal) มนุษย์ทุกคนมีเป้าหมาย มนุษย์ทุกคนกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ทั้งในเรื่องอาชีพ การเข้าสมาคม การพักผ่อน เป้าหมายของกิจกรรมต่าง ๆ ที่เรากำหนดขึ้นนี้ จะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกข่าวสาร การเลือกตีความหมาย และการเลือกจดจำ เพื่อสนองเป้าหมายของตน

ความสามารถ (Capability) ความสามารถของเราเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมทั้ง ความสามารถด้านภาษามีอิทธิพลต่อเราในการที่จะเลือกรับข่าวสาร เลือกตีความหมาย และเลือกเก็บ เนื้อหาของข่าวนั้น

การใช้ประโยชน์ (Utility) กล่าวโดยทั่วไปแล้ว เราจะให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการที่จะเข้าใจ และจดจำข่าวสารที่เราสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

ลีลาการสื่อสาร (Communication Style) การเป็นผู้รับสารของเรานั้นส่วนหนึ่ง ขึ้นอยู่กับ ลีลาในการสื่อสารของเรา คือ ความชอบหรือไม่ชอบสื่อบางประเภท ดังนั้นบางคนจึงชอบฟังวิทยุ บางคนชอบดูโทรทัศน์ บางคนชอบอ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ

สภาวะ (Context) หมายถึง สถานที่ บุคคลและเวลาที่อยู่ในสถานการณ์การสื่อสาร สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเลือกของผู้รับสาร การมีคนอื่นอยู่ด้วย มีอิทธิพลตรงต่อการเลือกใช้สื่อและ ข่าวสาร การเลือกตีความหมายและเลือกจดจำข่าวสาร การที่เราต้องถูกมองว่าเป็นอย่างไร การที่เรา คิดว่าคนอื่นมองเราอย่างไร เราเชื่อว่าคนอื่นคาดหวังอะไรจากเรา และการที่คิดว่าคนอื่นคิดว่าเราอยู่ใน สถานการณ์อะไร ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเลือกของเรา

ประสบการณ์และนิสัย (Experience and Habit) ในฐานะของผู้รับสาร ผู้รับสารแต่ละคน พัฒนานิสัยการรับสารอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการรับข่าวสารของเรา เราพัฒนาความชอบ สื่อชนิดใดชนิดหนึ่ง รายการประเภทใดประเภทหนึ่ง ดังนั้นเราจึงเลือกใช้สื่อชนิดใดชนิดหนึ่ง สนใจ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตีความหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง และเลือกจดจำเรื่องใดเรื่องหนึ่งขวัญเรือน กิติวัฒน์ (2531 : 23-26) มีความเห็นว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกันคือ

ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตวิทยาส่วนบุคคล มีแนวคิดที่คนเราแต่ละคนมีความแตกต่าง เฉพาะตัวบุคคลอย่างมากในด้านโครงสร้างทางจิตวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากลักษณะ การอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน การดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไม่เหมือนกันซึ่งส่งผลกระทบต่อ ถึงระดับสติปัญญา ความคิด ทัศนคติ ตลอดจนกระบวนการของการรับรู้ การสนใจ

ปัจจัยด้านสภาพความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากคนเรามักจะยึดติดกับกลุ่มสังคมที่ตนสังกัด เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference Group) ในการตัดสินใจที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมใด ๆ ก็ตาม นั่นคือ มักจะคล้อยตามกลุ่มในแง่ความคิด ทศนคติและพฤติกรรมเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมนอกระบบการสื่อสาร เชื่อว่าลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระยะเวลาการศึกษา รายได้ ทำให้เกิดความคล้ายคลึงของการเปิดรับเนื้อหาของการสื่อสาร รวมถึงการตอบสนองต่อเนื้อหาดังกล่าวไม่แตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้วิลเบอร์ ชรามม์ (Wilbur Schramm, 1973 : 121-122) ยังได้ชี้ให้เห็นถึง องค์ประกอบอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับข่าวสารของบุคคลดังนี้

- 1) ประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้รับส่งสารแสวงหาข่าวสารที่แตกต่างกัน
- 2) การประเมินสารประโยชน์ของข่าวสารที่ผู้รับสารแสวงหาเพื่อตอบสนอง จุดประสงค์ของตนอย่างหนึ่งอย่างใด
- 3) ภูมิหลังที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีความสนใจแตกต่างกัน
- 4) การศึกษาและสภาพแวดล้อมทำให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมการเลือกรับสาร
- 5) ความสามารถในการรับสารซึ่งเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจที่ทำให้ พฤติกรรมการเปิดรับสารแตกต่างกัน
- 6) บุคลิกภาพ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การโน้มน้าวใจและพฤติกรรมของผู้รับสาร
- 7) อารมณ์ สภาพทางอารมณ์ของผู้รับสาร จะทำให้เข้าใจความหมายของ ข่าวสาร หรืออาจเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจความหมายของข่าวสารได้
- 8) ทศนคติ เป็นตัวกำหนดท่าทีของการรับและตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือข่าวสารที่ได้พบเคี้ยวกับเปิดรับข่าวสารนั้น

วิลเบอร์ ชรามม์ (Wilbur Schramm, 1954) กล่าวถึงหลักการทั่วไปของการเลือกความสำคัญ ของข่าวสารว่าขึ้นอยู่กับการใช้ความพยายามน้อยที่สุด (Least effect) และผลที่จะได้ (Promise of reward) ซึ่งอยู่ในรูปของสูตรการเลือกรับข่าวสารดังนี้

$$\text{การเลือกรับข่าวสาร} = \frac{\text{สิ่งตอบแทนที่คาดหวัง}}{\text{ความพยายามที่ต้องใช้}}$$

จากสูตรนี้จะเห็นได้ว่า คนเรามีแนวโน้มที่จะเปิดรับข่าวสารที่ใช้ความพยายามน้อย เช่น ข่าวสารต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้ตัว สามารถเลือกรับได้ง่ายและมีสารประโยชน์ต่อตนเอง ในการเลือกนั้นอาจมีสาเหตุอื่น ๆ อีก เช่น ประสบการณ์ต่างกัน ความสามารถในการประเมินสารประโยชน์ของข่าวสาร ตลอดจนสภาวะทางสังคมและจิตใจของแต่ละคนด้วย

ความหมายของการเปิดรับข่าวสารนั้น แซมมวล เบคเกอร์ (Samuel L. Becker, 1972) ได้ให้ความหมายของการเปิดรับข่าวสารโดยจำแนกตามพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารคือ

การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) กล่าวคือ บุคคลที่จะแสวงหา ข้อมูลเมื่อต้องการให้มีความคล้ายคลึงกับบุคคลอื่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือเรื่องทั่ว ๆ ไป

การเปิดรับข้อมูล (Information Receptivity) กล่าวคือ บุคคลจะเปิดรับข่าวสารเพื่อทราบข้อมูลที่ตนเองสนใจ อยากรู้ สนใจ หากมีข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเองก็จะให้ความเอาใจใส่อ่านหรือดูหรือฟังเป็นพิเศษ

การเปิดรับประสบการณ์ (Experience Receptivity) กล่าวคือ บุคคลที่จะเปิดรับข่าวสารเพราะต้องการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ เหตุผลในการที่มนุษย์เลือกสนใจหรือตั้งใจรับข่าวสารอย่างไรจากสื่อใดนั้น มีนักวิชาการหลายท่านที่มีความเห็นสอดคล้องกันดังนี้ไฟรด์สัน (Friedson) ไรลีย์ (Riley) และฟลาวเวอร์แมน (Flowerman. 1951) มีความเห็นแนวเดียวกันว่า แรงจูงใจที่ต้องการเป็นที่ยอมรับของสมาชิก ภายในสังคมจะเป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดความสนใจเปิดรับสื่อจากสื่อต่าง ๆ ก็เพื่อตอบสนองความต้องการของตน ปรากฏการณ์นี้เมอร์ตัน (Merton) ไรท์ (Wright) และวาบเลส (Waples) เรียกว่า “พฤติกรรมในการแสวงหาข่าวสาร ” นักวิชาการเหล่านี้มีความเห็นตรงกันว่าผู้รับข่าวสารจะเลือกรับข่าวสารจากสื่อใดนั้นย่อมเป็นไปตามบทบาทและสถานภาพทางสังคมของผู้รับสารก็เพื่อนำไปเป็นหัวข้อในการสนทนาซึ่งจะทำให้ผู้รับสารรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แนวคิดเรื่องการแสวงหาข่าวสารนั้นกล่าวได้ว่า บุคคลจะเลือกรับข่าวสารใดจากสื่อมวลชนนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการเพิ่มความรู้ ความสนใจหรือมีความสัมพันธ์ต่อบุคคลที่จะสามารถตอบสิ่งที่ตนเองสนใจทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทสื่อ ระยะเวลาและทัศนคติซึ่งการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการกำหนดกรอบในการวิจัยและกำหนดประเภทของสื่อที่นำมาสร้างแบบสอบถามเรื่องการเปิดรับสื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ

แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับการเรียนรู้ ได้มีนักวิชาการได้สรุปและเสนอแนวคิดไว้มากมายแต่ในภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ซึ่งผู้รู้ท่านแรกที่ได้ให้นิยามของคำว่าความรู้ คือ Plato (อ้างถึงใน Nonaka and Takeuchi, 1995, p.21) ซึ่งได้ให้ คำนิยามว่า ความรู้คือการพิสูจน์ความเชื่อที่เป็นจริง ซึ่ง Nonakaและ Takeuchi ได้อธิบายว่า ในความเป็นจริงนั้นความเชื่ออาจไม่ได้ประกอบกันเป็นความจริงก็ได้ ซึ่งความเชื่ออาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และความเชื่ออาจไม่ใช่ความจริงที่ถูกต้องเสมอในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านไป (ปัทมาวรรณ สิงห์ศรี , หน้า 21) ถึงแม้ว่าความหมายใน Longman Dictionary ได้อธิบายว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ (fact) ทักษะต่าง ๆ (skill) และความเข้าใจ (understanding) ซึ่งได้จากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ ส่วนพจนานุกรม

ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน . 2546 : 232) ได้อธิบายว่า ความรู้คือสิ่งที่สะสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ นอกจากนี้ ยังได้ให้แนวคิดที่เพิ่มเติมว่า ความรู้ เป็นการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ ค่านิยม ความเข้าใจ การรู้โดยสัญชาตญาณ และสารสนเทศ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการประเมินและการรับเอาประสบการณ์และสารสนเทศใหม่ ๆ ของบุคคล โดยความรู้เกิดขึ้นและถูกนำไปประยุกต์ใช้ โดยจิตใจของบุคคล ซึ่งในองค์การความรู้อาจถูกส่งสมลงในเอกสาร คลังจัดเก็บเอกสาร งานประจำวัน กระบวนการในการทำงาน วิธีปฏิบัติงาน ตลอดจนบรรทัดฐานขององค์การ (วิจารณ์ พานิช . 2548 : 5) อธิบายว่าความรู้เป็นสิ่งที่นำไปใช้ไม่หมดไม่สึกหรอแต่จะยิ่งงอกเงยหรืองอกงามขึ้น ซึ่งเป็นสารสนเทศ ที่นำไปสู่การปฏิบัติ แต่การเปลี่ยนข้อสนเทศมาเป็นความรู้ต้องกระทำผ่านคนโดยคนแม้จะมีเครื่องมือทางเทคโนโลยีมาช่วยก็ต้องทำผ่านสมองมนุษย์ และจะดียิ่งขึ้นถ้าหากผ่านการปฏิสัมพันธ์ของสมองมนุษย์หลายคนเป็นการสร้างความรู้ในการทำงานร่วมกันที่เรียกว่าเรียนรู้จากการทำงานร่วมกัน (Participatory learning through action) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุด

Hideo yamazaki ได้อธิบายลำดับขั้นความสำคัญของความรู้ ออกได้ 5 ขั้นตอน (Hideo yamazaki อ้างถึงใน สำนักงาน กพร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ , 2548 : 8 ; Liebowitz and Beckman,1997 อ้างถึงใน บดินทร์ วิจารณ์ . (2549) ; gene belinger. (2005) อ้างถึงใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. (2548) คือ ข้อมูล สารสนเทศ ความรู้ ความชำนาญและความสามารถ อธิบายว่า ข้อมูล (Data) ประกอบด้วยตัวหนังสือ ข้อเท็จจริง รูปภาพที่สื่อความหมาย รหัสตัวเลขต่าง ๆ ซึ่งปราศจากบริบทและยังไม่สื่อความหมาย สารสนเทศ (Information) หมายถึงข้อมูลที่เพิ่มไปด้วยบริบทและความหมาย โดยรูปแบบและเนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานได้หลังจากที่ได้ผ่านการจัดรูปแบบ จัดประเภท และประมวลผลแล้ว นั่นคือผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่น จนเกิดเป็นความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุป และการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยไม่จำกัดช่วงเวลา ความรู้ (Knowledge) ประกอบด้วยสาระ หลักการ และประสบการณ์ ซึ่งสามารถชี้แนะแนวทางในการดำเนินการ การบริหาร การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

ความรู้ทำให้คนสามารถให้ความหมายแก่ข้อมูลและสร้างเป็นสารสนเทศได้ เมื่อมีความรู้คนจะสามารถจัดการกับแหล่งสารสนเทศที่มีอยู่ และปฏิบัติงานได้อย่างชาญฉลาด ความชำนาญ (Expertise) คือการประยุกต์ใช้ความรู้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและเพื่อปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน และความสามารถ (Capability) ประกอบด้วยการใช้กำลังความสามารถและความชำนาญขององค์การในการสร้างผลิตภัณฑ์และบริการ หรือกระบวนการในการปฏิบัติขั้นสูง โดยความสามารถนี้ต้องอาศัยการบูรณาการ ความร่วมมือและการประสานงานของบุคคลทุกคนและทีมงานความสามารถไม่ได้เป็นแค่ผลการปฏิบัติงานในปัจจุบันเท่านั้น แต่คือความสามารถที่จะเรียนรู้สร้างสรรค์ และสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ให้แก่องค์การ

องค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา (OECD : Organization for Economic Cooperation and Development อ้างถึงใน สมบัติ ชุตินันท์ และสุวรรณี คำมัน . 2545 : 26 ; ทิพวรรณ หล่อสุวรรณ์รัตน์ . 2548) ได้กล่าวว่า ความรู้ในสังคมความรู้จะแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

1) รู้ว่าคืออะไร (know what) เป็นความรู้เชิงข้อเท็จจริง ในลักษณะข้อมูล เปรียบเหมือนระดับความรู้ของคนที่ยังมาใหม่ ๆ ไม่มีประสบการณ์ในการใช้งานความรู้ จึงใช้แบบจำความรู้ที่เป็นทฤษฎี

2) รู้ว่าทำไม (know why) เป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ แสดงเหตุผลระหว่างเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงผลของประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน แล้วนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่นและสามารถอธิบายได้ว่า ทำไมความรู้แบบนี้ใช้ในบริบทนี้จึงได้ผลดี ทำไมต้องปรับเช่นนั้น ซึ่งอาจมาจากผลการศึกษาวิจัย จากห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์

3) รู้ว่าทำอย่างไร (know how) เป็นทักษะและขีดความสามารถในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้ ที่เชื่อมโยงกับโลกความเป็นจริง เปรียบเหมือนระดับความรู้ของคนที่มีความรู้การใช้งาน รู้ว่าควรปรับใช้ให้เข้ากับบริบทและปรับอย่างไร ใช้ความรู้อะไรมาปรับเสริมหรือแก้ไข ซึ่งส่วนใหญ่ มักพบในองค์กรต่าง ๆ

4) รู้ว่าใครมีความรู้ (know who) เป็นข้อมูลหรือความรู้ว่าใครมีความรู้ใคร ใครรู้วิธีการ ที่จะทำเรื่องต่าง ๆ ความรู้ประเภทนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคม เพราะต้องมีวิธีการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ และใช้ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้น

5) รู้ว่าทำไม (care why) เป็นความรู้ในลักษณะของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ที่ผลักดันมาจากภายในตนเอง จัดเป็นความรู้ระดับของการใช้ปัญญา (wisdom) ทิพวรรณ หล่อสุวรรณ์รัตน์ (2548) มีแนวคิดว่าจะมีความรู้ที่เกิดมาจากความต้องการที่จะทำ ไม่ได้ทำ เพราะต้องทำหรือถูกใครกำหนดให้ทำ แต่เป็นค่านิยมในจิตใจ เป็น Self Actualization ซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนไปสู่ความดี เพื่อประโยชน์ของสังคม เช่น การทำงานทางวิชาการ

นอกจากนี้ Gene Belinger (2005 อ้างถึงใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณ์รัตน์ . 2548) กล่าวว่า ถ้ามีการพัฒนาความรู้ไปอีกระดับหนึ่งจะเกิดปัญญา (wisdom) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการใช้ประสบการณ์และความรู้ในการตัดสินใจ หรือการใช้วิจารณญาณได้เป็น อย่างดี การสะสมความรู้ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิดเป็นแหล่งปัญญาหรือภูมิปัญญาได้ ทำให้เข้าใจหลักการ (principles) เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องราวต่าง ๆ (insights) โดยที่พัฒนาการของการเกิดปัญญา เริ่มจากการนำข้อมูลที่มีอยู่มาประมวลผลให้เป็นสารสนเทศจะทำให้เกิดความเข้าใจ และเห็นความสัมพันธ์มากขึ้น เมื่อเป็นความรู้จะทำให้เข้าใจรูปแบบของความสัมพันธ์ได้ดี และเมื่อเกิดเป็นปัญญาจะช่วยทำให้เข้าใจหลักการโดยการมองพัฒนาการจากข้อมูลมาเป็นสารสนเทศ และ

จากสารสนเทศเป็นความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัตินั้น ไม่สามารถมองแบบหยุดนิ่งได้แต่จำเป็นต้องพิจารณาบริบทของผู้นำไปใช้ประกอบด้วยพัฒนาการของความรู้

ทัศนคติ (Attitude) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Aptus แปลว่าโน้มเอียง นักวิชาการแต่ละท่านได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้แตกต่างกันตามทรรศนะของตน

ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร (2545: 138) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่นานพอสมควร

สร้อยตระกูล ติวยานนท์ อรรถมานะ (2541: 64) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ผลผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งออกมาในทางประเมินค่า อันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น

พงศ์ หรดาล (2540: 42) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก ท่าที ความคิดเห็น และพฤติกรรมของคณาที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้บริหาร กลุ่มคน องค์กรหรือสภาพแวดล้อมอื่น ๆ โดยการแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกหรือท่าทีในทางยอมรับหรือปฏิเสธ

Newstrom และ Devis (2002: 207) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึกหรือความเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่า พนักงานรับรู้สภาวะแวดล้อมของพวกเค้าอย่างไร และผูกพันกับการกระทำของพวกเขามีแนวโน้มของการกระทำอย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร

Hornby, A S . (2001: 62) “Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English” ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ วิธีทางที่คิดหรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคนใดคนหนึ่ง และวิธีทางที่ประพฤติดต่อใครหรือคนใดคนหนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคิดหรือรู้สึกอย่างไร

Gibson (2000: 102) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ตัวตัดสินพฤติกรรมเป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อบุคคลอื่น ๆ ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์ โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์

Schermerhorn (2000: 75) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ การวางแนวความคิด ความรู้สึก ให้ตอบสนองในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อคนหรือต่อสิ่งของ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ และทัศนคตินั้นสามารถที่จะรู้หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการหรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ทักษะคิด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ โดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบ ที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ โดยที่ทักษะคิดนี้สามารถเรียนรู้ หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ และทักษะคิดนั้นสามารถที่จะรู้ หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

ลักษณะของทักษะคิด เนื่องจากว่านักจิตวิทยาได้ศึกษาในความหมายที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรกล่าวถึงลักษณะรวม ๆ ของทักษะคิดที่ทำให้เกิดความเข้าใจทักษะคิดให้ดีขึ้น (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร . 2545 : 138) ซึ่งลักษณะของทักษะคิด สรุปได้ดังนี้

- 1) ทักษะคิดเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้
- 2) ทักษะคิดมีลักษณะที่คงทนถาวรยาวนานพอสมควร
- 3) ทักษะคิดมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัวคือบอกลักษณะดี-ไม่ดี, ชอบ-ไม่ชอบเป็นต้น
- 4) ทักษะคิดทำให้บุคคลที่เป็นเจ้าของพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่หมายของทักษะคิด
- 5) ทักษะคิดบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งของและบุคคลกับสถานการณ์

Katz (อ้างถึงใน Loudon และ Della Bitta, 1993: 425) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของทักษะคิดที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1) หน้าที่ในการปรับตัว (Adjustment function) ทักษะคิดช่วยให้เราปรับตัวเข้าหาสิ่งที่ทำให้ได้รับความพึงพอใจหรือได้รางวัลขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงต่อสิ่งที่ไม่ปรารถนา ไม่พอใจหรือให้โทษ คือยึดแนวทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นโทษให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ซึ่งช่วย ในการปรับตัวของแต่ละบุคคลให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความพอใจ คือ เมื่อเราเคยมีประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อน และเราได้ประสบกับสิ่งนั้นอีก เราจะพัฒนาการตอบสนองของเราในทิศทางที่เราต้องการ

2) หน้าที่ในการป้องกันตน (Ego - defensive function) ทักษะคิดช่วยปกป้องภาพลักษณ์แห่งตน (ego or self image) ต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ และแสดงออกมาเป็นกลไกที่ป้องกันตนเอง ใช้ในการปกป้องตัวเองโดยการสร้างความนิยมนับถือตนเอง หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่พอใจหรือสร้างทักษะคิดขึ้นมาเพื่อรักษาหน้า

3) หน้าที่ในการแสดงออกของค่านิยม (Value expressive function) ในขณะที่ทักษะคิดที่ปกป้องตนเองได้สร้างขึ้นเพื่อปกป้องภาพลักษณ์ของตนเองหรือเพื่อปิดบังทักษะคิดที่แท้จริงไม่ให้เห็น แต่ทักษะคิดที่ทำหน้าที่แสดงออกถึงค่านิยมจะพยายามแสดงลักษณะที่แท้จริงของตนเองทำหน้าทำให้บุคคลแสดงค่านิยมของตนเอง เป็นการแสดงออกทางทักษะคิดที่จะสร้างความพอใจให้กับบุคคลที่แสดงทักษะคิดนั้นออกมา เพราะเป็นการแสดงค่านิยมพื้นฐานที่แต่ละบุคคลพอใจ

4) หน้าที่ในการแสดงออกถึงความรู้ (Knowledge function) มนุษย์ต้องการเกี่ยวข้องกับวัตถุต่าง ๆ รอบข้าง ดังนั้น จึงต้องแสวงหาความมั่นคง ความหมาย ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้น ทัศนคติจะเป็นสิ่งที่ใช้ประเมิน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และเป็นมาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบ หรือเป็นขอบเขตแนวทางสำหรับอ้างอิงเพื่อหาทางเข้าใจ ให้สามารถเข้าใจโลกและสิ่งแวดล้อมได้ง่าย ๆ ขึ้น เพราะคนเราได้รับรู้แล้วครั้งหนึ่งก็จะเก็บประสบการณ์เหล่านั้น ๆ ไว้เป็นส่วน ๆ เมื่อเจอสิ่งใหม่จะนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาเป็นกรอบอ้างอิงว่าสิ่งใดควรรับรู้ สิ่งใดควรหลีกเลี่ยง ทัศนคติช่วยให้คนเราเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวเรา โดยเราสามารถตีความ หรือประเมินค่าสิ่งที่อยู่รอบตัวเราได้

ประเภทของทัศนคติ การแสดงออกทางทัศนคติ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท (ดารณี พานทอง. 2542 : 43)

1) ทัศนคติในทางบวก (Positive Attitude) คือ ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีหรือยอมรับ ความพอใจ เช่น นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการโฆษณา เพราะวิชาการโฆษณาเป็นการให้บุคคลได้มีอิสระทางความคิด

2) ทัศนคติในทางลบ (Negative Attitude) คือ การแสดงออก หรือความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย เช่น นิดไม่ชอบคนเลี้ยงสัตว์ เพราะเห็นว่าทารุณสัตว์

3) การไม่แสดงออกทางทัศนคติ หรือมีทัศนคติเฉย ๆ (Negative Attitude) คือ มีทัศนคติเป็นกลางอาจจะเพราะว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ หรือในเรื่องนั้นๆ เราไม่มีแนวโน้มทัศนคติอยู่เดิมหรือไม่มีแนวโน้มทางความรู้ในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน เช่น เรามีทัศนคติที่เป็นกลางต่อผู้ไม่ใครเวฟ เพราะเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับโทษหรือคุณของผู้ไม่ใครเวฟมาก่อน

จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของทัศนคตินั้น เกิดจากการก่อตัวของทัศนคติที่สะสมไว้เป็นความคิดและความรู้สึก จนสามารถแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ตามทัศนคติต่อสิ่งนั้นและการเกิดทัศนคติ แต่ละประเภทรูปนั้น จะก่อตัวขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงไปได้เนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกันซึ่งในความเป็นจริง ปัจจัยต่าง ๆ ของการก่อตัวของทัศนคติ ไม่ได้มีการเรียงลำดับตามความสำคัญแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะแต่ละปัจจัย ปัจจัยใดมีความสำคัญมากกว่าขึ้นอยู่กับ การอ้างอิงเพื่อก่อตัวเป็นทัศนคตินั้น บุคคลดังกล่าวได้เกี่ยวข้องกับสิ่งของ หรือแนวความคิดที่มีลักษณะแตกต่างกันไปอย่างไร ซึ่ง Newsom และ Carrell ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติและอธิบายว่าการเกิดทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) พื้นฐานของแต่ละบุคคลหรือเบื้องหลังทางประวัติศาสตร์ (Historical Setting) หมายถึง ลักษณะทางด้านชีวประวัติของแต่ละคน ได้แก่ สถานที่เกิด สถานที่เจริญเติบโต สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ผ่านมาจะเป็นตัวหล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคลและเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิด ทัศนคติของคนนั้น ๆ

2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ที่มีต่อกันและกัน เช่น การเปิดรับข่าวสาร กลุ่ม และบรรทัดฐานของกลุ่ม สภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลและประสบการณ์

3) กระบวนการสร้างบุคลิกภาพ (Personality Process) และสิ่งที่เกิดขึ้นมาก่อน (Predispositions) เป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานในการสร้างทัศนคติของแต่ละบุคคล

จะเห็นได้ว่าบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่างกันนั้นเนื่องจากบุคคลมีความเข้าใจต่างกัน ดังนั้นส่วนประกอบด้านความคิดหรือความรู้ ความเข้าใจนับเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติ และส่วนประกอบนี้สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคลที่อาจแสดงออกมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งในทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติเป็นแนวคิดซึ่งสัมพันธ์กับการปฏิบัติ นำความคิดมาใช้ในการวางกรอบแนวคิดการวิจัย โดยการเปิดรับสื่อส่งผลกระทบต่อระดับของความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและทัศนคติจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการวัดลักษณะประชากรที่ทำการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีผลกับระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

2.6.1 ช่องว่างของความรู้ ทัศนคติและการยอมรับปฏิบัติ (KAP-GAP)

โรเจอร์ (Rogers) เรียกช่องว่างของความรู้ ทัศนคติ และการยอมรับปฏิบัติ หรือ KAP-GAP และได้อธิบายว่า ทัศนคติกับพฤติกรรมของบุคคลนั้นไม่สัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องเสมอไป กล่าวคือเมื่อการสื่อสารก่อให้เกิดความรู้และทัศนคติในทางบวกต่อสิ่งเร้าหรือนวัตกรรมนั้นแล้ว ในขั้นการยอมรับปฏิบัติอาจมีผลในทางตรงกันข้ามก็ได้ ถึงแม้ว่าโดยส่วนใหญ่เมื่อบุคคลมีทัศนคติอย่างไรแล้วจะมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามทัศนคติของตนก็ตาม แต่พฤติกรรมเช่นนี้จะไม่เกิดขึ้นเสมอไป ทั้งนี้เพราะในบางกรณีอาจเกิด KAP-GAP ขึ้นได้ กล่าวโดยสรุปก็คือในกรณีทั่วไปเมื่อบุคคลมีความรู้ และทัศนคติ เช่นไร จะแสดงพฤติกรรมไปตามความรู้และทัศนคติที่มีอยู่นั้นคือ K (knowledge) A (Attitude) P (Practice) จะเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกันหรือสัมพันธ์กัน แต่จะไม่เกิดขึ้นเสมอกันไปทุกกรณีไป การปิดช่องว่างของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ KAP-GAP นี้ โรเจอร์ส ได้เสนอวิธีแก้ไข 4 วิธีคือ

- 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้มากขึ้นกล่าวคือต้องให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจอย่างแท้จริงถึงวิธีการใช้หรือการปฏิบัติต่อสิ่งที่เผยแพร่ให้
- 2) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติซึ่งสามารถทำได้โดยใช้ผู้นำทางความคิดเข้าไปติดต่อกับสมาชิก โดยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด
- 3) ให้รางวัลแก่ผู้ที่ยอมรับปฏิบัติเพื่อเป็นการจูงใจแก่สมาชิกอื่นๆที่ยังไม่ยอมรับ
- 4) ใช้กลยุทธ์ในการโน้มน้าวใจโดยวิธีการใช้สื่อบุคคลที่เป็นผู้นำทางความคิดเข้าไปติดต่อกับสมาชิกหรือกลุ่มเพื่อนฝูงเพื่อนำมาจูงใจสมาชิก ให้เกิดการยอมรับปฏิบัติอีกต่อหนึ่ง ใน

บางครั้งเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน Zimbardo และ Leippe กล่าวว่าอิทธิพลของการเสนอข่าวสารบ่อย ๆ เพื่อให้ผู้ฟังคุ้นเคย (Repetition to create familiarity) อาจนำไปสู่พฤติกรรมได้ โดยเขากล่าวว่าการที่สารนั้น ๆ มีการเสนอเนื้อหาผ่านสื่อต่าง ๆ ซ้ำกันบ่อย ๆ จะทำให้เกิดความคุ้นเคยกับการสื่อสารนั้นอันจะก่อให้เกิดความสนใจ ความเข้าใจและการยอมรับแต่การเสนอสารซ้ำ ๆ ต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง มีการศึกษาพบว่า การสื่อสารซ้ำ ๆ ประมาณ 3 ครั้งอาจทำให้เกิดทัศนคติทางบวกได้ แต่ถ้าสารนั้นเสนอประมาณ 5 ครั้ง ผู้รับสารจะเกิดอาการอึดอัดต่อสาร เกิดความเบื่อหน่ายและเกิดปฏิกิริยาต่อต้านในที่สุดได้

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ เป็นแนวคิดซึ่งสัมพันธ์กับการปฏิบัติ สำหรับผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงนำแนวคิดมาใช้ในการวางกรอบแนวคิดการวิจัย โดยการเปิดรับสื่อส่งผลกระทบต่อระดับของความรู้และทัศนคติของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงและการที่มีความรู้และทัศนคติจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในการวิจัยนี้ ได้วัดระดับการเปิดรับสื่อและระดับความรู้และทัศนคติ

2.6.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรคว่า บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกรูปแบบปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (รัตน เจริญอินทร์. 2550) ดังนั้นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคนั้น จะต้องมีการจัดกิจกรรมให้คำแนะนำหรือการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยที่ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาศักยภาพของตนเอง รับรู้ปัญหา กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมที่จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่ดีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม คือการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารหรือด้านจิตใจ เช่นการให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้วมีผลให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรค (อรุณีย์ ศรีนวล. 2548) เบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคล

เหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al.,1960)

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้นำมาพยากรณ์พฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งทีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สถานะของ

ร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นทฤษฎีที่มีกลวิธีโดยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะให้คนไข้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้รับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค (รัตนา เรือนอินทร์. 2550) เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ สามารถนำมาแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล (จุฬารัตน์โสตะ. 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาการรับรู้ข่าวสารด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.7 โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และถ้าผู้ป่วยไม่ได้ดูแลตนเองจะทำให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น ดังนั้นการดูแลตนเองอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2.7.1 คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (เลขตัวบน) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (เลขตัวล่าง) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทหรือเป็นผู้ที่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง หรือเป็นผู้ที่ได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ผู้รักษาหรือทีมสุขภาพอย่างน้อย 2 ครั้งว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง (American Heart Association, 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความดันโลหิตสูงตามสถาบันร่วมแห่งชาติ สหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก คือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (เลขตัวบน) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (เลขตัวล่าง) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

2.7.2 สาเหตุของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงจะทราบว่าเป็นหรือไม่ ต้องวัดระดับของความดันโลหิตเท่านั้น ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะการเกิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนแต่อาจมีปัจจัยร่วมซึ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ดังนี้คือ

1) ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง ถึงแม้ว่ากลไกการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงกับปัจจัยทางพันธุกรรมหรือการมีประวัติของบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงยังไม่มีรายงานที่ชัดเจนแต่มีงานวิจัยเกี่ยวกับหนูที่มียีนพันธุกรรมความดันโลหิตสูงและหนูปกติ โดยพบว่าหนูที่มียีนความดันโลหิตสูงมี Vascular smooth muscle ที่สามารถรวมตัวกับ Low density lipoprotein ได้ง่ายกว่าหนูปกติ (Scannapieco, Pauletta and Pagnan, 1988) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยอื่นในต่างประเทศ (Tozawa et al., 2001) พบว่าผู้ที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงเลยมีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าผู้ที่มีประวัติว่าบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2) ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (Buranakitjaroen & Phoojaroenchanachai, 2002 ; Wilson, D'Agostino, Sullivan, Parise, & Kannel, 2002) ทางพยาธิสรีรวิทยามีสมมุติฐานเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินที่ส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินจะไปกระตุ้นที่ระบบประสาท Sympathetic มากขึ้นรวมทั้งส่งผลการดูดกลับของน้ำและเกลือแร่มากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสามารถลดลงได้หากมีการลดหรือควบคุม น้ำหนัก (Hall, 2003) ตัวอย่างงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ผู้ที่สามารถลดน้ำหนักตัวได้ 10 กิโลกรัม จะสามารถลด ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (He, Whelton, Appel, Charleston, & Klag, 2000; The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group, 1997)

3) การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มในปริมาณมาก (National Committee, 2003; Weinberger, 1996) เนื่องจากโซเดียมหรือเกลือมีผลต่อการเพิ่มการดูดกลับของน้ำในร่างกายและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นจากตัวอย่างงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้รับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัม หรือรับประทานเกลือไม่เกิน 6 กรัม หรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวันจะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian & Hill, 2000; He et al., 2000; Vollmer et al., 2001)

4) การสูบบุหรี่ ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะไม่มีข้อมูลที่เด่นชัด ที่เกี่ยวกับกลไกการเกิดความดันโลหิตสูง แต่พบว่ามีส่วนทำให้มีการเพิ่มของระดับความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราวประมาณ 5 ถึง 10 มิลลิเมตรปรอท (Medicine Net, 2004)

5) การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ถึงแม้ว่ากลไกการเกิดของระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นจากการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์จะยังไม่เด่นชัด แต่พบว่าความสัมพันธ์ของการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมีผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น (Marmot et al. 1994) จากรายงานการวิจัยในต่างประเทศพบว่า การจำกัดการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ โดยดื่มไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน ในผู้ชายและไม่ควรเกิน 1 แก้ว ในผู้หญิงหรือผู้ที่มิน้ำหนักตัวน้อย (1 แก้วเท่ากับเบียร์ 360 ซีซี หรือ ไวน์ 5

ออนซ์ หรือ 150 ซีซี) จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee. 2003)

6) อายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ กลไกของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง นั่นคือเกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายมากขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น (Elastic recoil) ส่งผลให้ความดันภายในหลอดเลือดสูงขึ้น (DeQuattro. 2000) ในงานวิจัยหนึ่งของการศึกษาในประเทศไทยพบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ชายเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วงกลุ่มอายุ 24 ถึง 44 ปี และจะเริ่มสูงขึ้นภายหลังจากอายุ 44 ปีขึ้นไป ซึ่งการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้หญิงไทยก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Pandii.1996)

7) เพศ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิต โดยมีปัจจัยอื่นร่วมที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ (Greenlund, Croft and Mensah. 2004) พบว่าภายหลังจากปรับตัวแปรอายุ ผู้ชายร้อยละ 39 มีแนวโน้มเกิด Pre hypertension หรือระยะก่อนการเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้หญิงร้อยละ 23

8) ภาวะเครียด แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปผลที่ชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและความดันโลหิตสูง (Nykłcek, Vingerhoets and Heck. 1996) แต่มีสมมุติฐานที่อธิบายกลไกการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยเชื่อว่าเกิดจากการกระตุ้นของภาวะเครียดทางสิ่งแวดล้อมร่วมกับปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคลและปัจจัยทางสรีรวิทยา ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต (Pickering. 2001) ในงานวิจัยหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ทำการวิจัยระดับความดันโลหิตของผู้ประสบเคราะห์ที่เป็นความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์ไม่สงบในเมืองนิวยอร์ก พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ประสบเคราะห์ที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังจากเหตุการณ์ไม่สงบเกิดขึ้น 2 เดือนไปแล้ว โดยเทียบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ประสบเคราะห์ในกลุ่มเดิมก่อนหน้าเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ 2 เดือน (Gerin et al. 2005)

9) ขาดการออกกำลังกาย พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งผลดีของการออกกำลังกาย ร่างกายจะหลั่งสาร endorphin ทำให้เกิดความสุขและช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL (High density lipoprotein) การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้และช่วยชะลอการตายก่อนวัยอันควร ประโยชน์ในการออกกำลังกายจะมีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ Goldstein et al., 2001 : 289) ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอจะมีโอกาสเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ได้แก่ หัวใจ ไต สมอง จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ไม่ได้ เช่น

1) หัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งหัวใจวาย เกิดภาวะบวม นอนราบไม่ได้ เหนื่อยหอบ ยิ่งอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ไม่ดี เนื่องจากเส้นเลือดหัวใจเกิดภาวะตีบ ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง มีอาการเจ็บหน้าอก ถ้ามีอาการรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

2) สมอ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบตัน เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดอัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในรายที่มีความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ไม่ได้ได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดเส้นเลือดในสมองแตก ถ้าเกิดในสมองส่วนสำคัญแตก จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน สัญญาณเตือนในโรคหลอดเลือดสมองคือ มีอาการชาหรือมีอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขนขา หรืออ่อนแรงครึ่งซีก มีอาการสับสน พูดผิดปกติ พูดไม่ชัดเจน ตาพร่ามัวข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง การเดินผิดปกติ มึนงง หรือการทรงตัวผิดปกติ เดินเซ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ

3) ไต เกิดไตวายเรื้อรังเนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อมไปเลี้ยงไตไม่พอ เกิดไตวาย

4) จอประสาทตาเสื่อม จากการเสื่อมของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงตาอย่างช้า ๆ ต่อมา อาจเกิดภาวะหลอดเลือดแตกในจอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวจนถึงตาบอดได้ในที่สุด ภาวะแทรกซ้อนนี้จะรวดเร็วและรุนแรงนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของระยะของโรค ยิ่งถ้าความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้เร็วขึ้น หากควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะชะลออาการนี้ได้

แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุดรวมทั้งการลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายด้วยภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตหรือเรียกว่าการบำบัดโดยไม่ใช้ยา สามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงในรายที่เริ่มมีความดันสูงในช่วงต้น ๆ สามารถลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยและปานกลางได้ผล สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดได้

1.1 การลดน้ำหนัก พบว่าน้ำหนักที่มากเกินไปมีค่าดัชนีมวลกายที่เท่ากับหรือมากกว่า 27 การสะสมไขมันบริเวณลำตัวจนทำให้ผู้หญิงมีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 34 นิ้วและผู้ชายมีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 39 นิ้ว มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงและพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็น ร้อยละ 10 เมื่อลดน้ำหนักลง 4.5 กิโลกรัมจะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ การลดน้ำหนักช่วยเสริมประสิทธิภาพของการใช้ยาลดความดันโลหิต นอกจากนี้ยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินน้ำหนักมาตรฐานที่ควรจะเป็น ควรได้รับคำแนะนำและกระตุ้นให้ลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ รับประทานอาหารมื้อเช้าให้เป็นนิสัย ลดการดื่มกาแฟ ลดปริมาณน้ำตาลที่เติม ปรับเปลี่ยนอาหารว่าง กินผลไม้สดแทนขนมหวาน รับประทานอาหารมื้อเย็นเป็นอาหารจานเบาเพราะการทานอาหารดึกเกินไปทำให้ร่างกายไม่ได้ใช้

พลังงานใด ๆ ในช่วงเวลากลางคืน ทำให้อาหารที่รับประทานเข้าไปสะสมเป็นไขมันพอกพูนตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งหลอดเลือดด้วยโดยในแต่ละวันควรออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่เหมาะสม (ปิยะนุช รักพาณิชย์. 2542 : 3-4)

1.2 การควบคุมอาหารที่มีโซเดียม อาหารประจำวันที่มีปริมาณเกลือประมาณ 10-20 กรัม โดย 2/3 เป็นเกลือจากอาหารตามธรรมชาติและที่เหลือเป็นเกลือจากการปรุง เชื่อว่าการลดปริมาณเกลือในอาหารสามารถลดหรือควบคุมความดันโลหิตได้ทั้งคนปกติและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนั้น ควรแนะนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ให้เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบค่อนข้างมาก ได้แก่ อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส หอยนางรม เต้าเจี้ยว ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก น้ำพริก ขนมขบเคี้ยว ขนมหน้ากะทิ ยำต่าง ๆ อาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร ได้แก่อาหารตากแห้ง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหวาน หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง เนื้อหรือหมูสวรรค์ ข้าวเกรียบ อาหารหมักและดองเช่น แหนม กะปิ เต้าฮู้ยี้ หนำเลียบ ปลา ร้า ไตปลา หัวไชโป๊เค็ม หน่อไม้ดอง ผักกาดดอง ไข่เค็ม อาหารสำเร็จรูปที่เป็นผงเช่น โจ๊ก ข้าวต้ม บรรจุซอง ซุปก้อน เครื่องแกงสำเร็จรูป บะหมี่สำเร็จรูป ผลไม้แช่อิ่มต่าง ๆ เช่น มะขาม มะดัน มะม่วง สารเคมีปรุงรส เช่น ผงชูรส ผงฟูทำเค้ก คุกกี้ อาหารที่มีโซเดียมโดยธรรมชาติเช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นํ้านม นํ้ามะเขือเทศ อาหารทะเล ผักคั้นไข่ ผักโขม คะนํ้า หัวผักกาด ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ท้องร่วง ยาแก้ไอ ยาลดไข้ ยาอมบ้วนปาก

1.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากหรืออาหารที่มีพลังงานสูงซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันจากสัตว์จะทำให้ไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดแข็งขรุขระและตีบได้ง่าย อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมันหรือติดหนัง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ดหรือห่านพะโล้ เป็ดย่างหนังไก่ทอด ปาท่องโก๋ ทอดมัน ไข่เจียว อาหารทอดหรือผัดที่มีน้ำมันมาก ๆ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น สมอ หัวใจ ตับ ไต เครื่องในสัตว์ เนยเหลว กุ้ง ปู หอยนางรม เนื้อวัวติดมัน ไข่ปลา ไข่นก กระทาก อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารที่ทำจากมะพร้าวหรือกะทิ

1.4 ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายให้ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ดังนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยและมีประโยชน์ต่อร่างกาย

- 1) ความถี่ของการออกกำลังกายเป็นการกำหนดความบ่อยหรือจำนวนครั้ง
- 2) ความแรงของการออกกำลังกาย เป็นการกำหนดขอบเขตของการออกกำลังกาย

ซึ่งแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน การออกกำลังกายโดยใช้ความแรงมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถ ใช้ค่าอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจขณะออกกำลังกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการใช้ออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัยโดยจะแบ่งขนาดของการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับคือระดับต่ำ หมายถึงเมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นประมาณร้อยละ 50-65 ของการเต้นของหัวใจสูงสุด

ระดับปานกลาง หมายถึงเมื่อออกกำลังกายแล้ว หัวใจเต้นประมาณร้อยละ 65-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ระดับสูง หมายถึงเมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นมากกว่าร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

3) ระยะเวลาหรือความนานของการออกกำลังกาย หมายถึง ช่วงเวลาการออกกำลังกาย ประเภทของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรอยู่ในระหว่าง 20-60 นาที มีความต่อเนื่องอย่างเพียงพอ

4) ประเภทของการออกกำลังกาย มีหลายประเภทแต่ละประเภทจะให้ผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงไม่เหมือนกัน การออกกำลังกายที่ดีและเกิดประโยชน์ควรเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานกันทั้งให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มประสิทธิภาพของปอด หัวใจ เพิ่มความยืดหยุ่น และการผ่อนคลาย การออกกำลังกายในระดับปานกลาง ใช้ออกซิเจนประมาณร้อยละ 40-60 ของความต้องการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย สามารถลดความดันโลหิตได้ และพบว่าสามารถลดความดันซิสโตลิกในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนควรออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะช่วยควบคุมความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยให้ร่างกายแข็งแรง เสริมสร้างการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีน้ำหนักตัวลดลง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและลดอัตราการตายจากทุกสาเหตุ บุคคลที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงแล้ว ก่อนจะเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกาย จำเป็นจะต้องปรึกษาแพทย์ก่อน (ประวิชัย ต้นประเสริฐ . 2547) เพื่อทราบระดับความดันโลหิตเป็นพื้นฐานก่อนเพื่อแพทย์จะได้แนะนำชนิดและความหนักของการออกกำลังกายได้ เพื่อดูว่าบุคคลนั้นมีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เช่นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต แนะนำให้ออกกำลังแอโรบิค เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำ ชีงก ควรมีความหนักปานกลางให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 55-70 ของอัตราการเต้นหัวใจปกติ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง และใช้ความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

1.5 การจัดการกับความเครียด ความเครียดคือสภาพจิตใจที่มีผลให้เกิดการตอบสนองของปฏิกิริยาทางร่างกายเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดปฏิกิริยากับร่างกาย เช่น สาร Adrenaline จะหลังเพิ่มขึ้นมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารบีบตัวเพื่อที่จะให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้น ซึ่งเหมือนเป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายในสถานการณ์ต้องต่อสู้ แต่ในสภาวะปกติ ความเครียดที่เกิดขึ้นมักจะเกิดจากสถานการณ์ที่ผู้เกิดความเครียดไม่สามารถจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ผลจากความเครียดก่อให้เกิดอาการที่แสดงออก เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง หงุดหงิด กระวนกระวายไม่สบอารมณ์ โกรธ ผิดหวัง รวมทั้งการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อคลายเครียด เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานยานอนหลับเป็นต้น (ปิยะนุช รักพาณิชย์. 2542 : 85)

วิธีการแก้ไขและผ่อนคลายความเครียดมีดังนี้

- 1) คิดทบทวนหาสาเหตุความเครียดแล้วแก้ปัญหาด้วยตนเองให้ได้โดยเร็วหรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้ใจได้
- 2) การเปลี่ยนแปลงความคิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด ยืดหยุ่น ผ่อนหนักผ่อนเบาให้มากขึ้น อย่าเข้มงวด จีบผิดหรือตัดสินถูกผิดตัวเองและผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ลดทิวามานะ รู้จักให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง ไม่อิจฉา ไม่ผูกพยาบาทหวังทำร้ายผู้อื่น คิดถึงเรื่องดี ๆ คิดถึงความสำเร็จ มีอารมณ์ขัน เปิดใจให้กว้างรับรู้ความเป็นไป รู้จักปล่อยวาง
- 3) การพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการนอนหลับได้สนิท มีผลทำให้ร่างกายทุกส่วนและจิตใจหยุดพักการทำงาน จึงช่วยลดความเครียดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 4) การรู้จักใช้เวลาอย่างฉลาด ควรแบ่งเวลา 24 ชั่วโมงออกเป็น 3 ส่วน คือ 8 ชั่วโมงแรกหมายถึงการทำงาน 8 ชั่วโมงที่สอง หมายถึงการนอนหลับและ 8 ชั่วโมงที่สามหมายถึงการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การหาความเพลิดเพลินโดยไม่รีบเร่งกับการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป
- 5) ออกกำลังกายอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ
- 6) การพักผ่อนหย่อนใจ ด้วยการไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น การดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ งานอดิเรก เป็นการรักษาสสมดุลทางอารมณ์ ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้มาก
- 7) การปรับปรุงบ้านหรือสถานที่ทำงานให้มีบรรยากาศดี เช่น ทำความสะอาด เป็นระเบียบ
- 8) การฝึกผ่อนคลายความเครียด เช่นการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การนวดตนเองคลายเครียด (อินทิตรา ปีทมิทร. 2542)

1.6 การสูบบุหรี่ แม้ไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แต่ถือว่าเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและระบบหลอดเลือดที่สำคัญ เพราะสารนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว นอกจากนี้การสูบบุหรี่ ยังลดประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตด้วย

1.7 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงวันละ 30 มิลลิลิตรมีผลเพิ่มความดันโลหิตและทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันที่ใช้อยู่และทำให้การรักษาความดันโลหิตยากขึ้น การงดดื่มสุราในผู้ที่ดื่มอย่างหนักเป็นประจำทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และความดันโลหิตจะค่อย ๆ ลดลงใน 2-3 วันหลังลดปริมาณการดื่มสุราลง

2. การรักษาด้วยยา การเริ่มใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขึ้นกับดุลยพินิจของผู้ทำการรักษา ซึ่งเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ สำหรับยาลดความดันโลหิตสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามกลไกการออกฤทธิ์ คือยาขับปัสสาวะ ยาด้านอะดรีเนอร์จิก (แอลฟาและเบตาอะดรีเนอร์จิก) ยาด้านแคลเซียมเข้าเซลล์ ยาด้าน

ระบบเรติน-แอนจิโอเทนซินและยาขยายหลอดเลือดโดยตรง (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2552 : 231) เพื่อให้การรักษาด้วยได้ผล ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้ (รุ่งระวี นาวีเจริญ. 2552)

- 2.1 กินยาให้สม่ำเสมอตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
 - 2.2 แจ้งให้แพทย์ทราบถึงยาต่าง ๆ ที่กินอยู่
 - 2.3 ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยควรสอบถามแพทย์ เนื่องจากยาบางตัวจะมีผลข้างเคียงได้ไม่ควรหยุดยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ก่อน
 - 2.4 การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่จำเป็นต้องวัดทุกวัน อาจวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละครั้ง หรือเมื่อมีอาการเครียด ปวดศีรษะและจดบันทึกไว้ทุกครั้ง
 - 2.5 การไปรับการตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการและอาจปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในแต่ละราย
- 2.7.3 การแบ่งกลุ่มของระดับความดันโลหิตการแบ่งกลุ่มของระดับความดันโลหิต สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ (Joint National Committee. 2003)
1. กลุ่มของระดับความดันปกติ ในกลุ่มนี้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกจะน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในกลุ่มนี้ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพอื่น ๆ ควรให้คำแนะนำในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 2. กลุ่มก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง หรือที่เรียกว่า Prehypertension ผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้ จะมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอทผู้ที่อยู่ในกลุ่มก่อนการเป็นความดันโลหิตสูงยังไม่มีข้อบ่งชี้ใด ๆ สำหรับการรับประทาน ยาควบคุมความดันโลหิตสูงแต่มีความจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การเลี้ยงหรืองดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น พยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มก่อนการเป็นความดันโลหิตสูงเนื่องจากในกลุ่มก่อนการเป็นความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าต่อการเป็นความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตในระดับปกติ
 3. กลุ่มความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้จัดได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั่นคือ จะมีความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90-99 มิลลิเมตรปรอท ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อาจเริ่มต้นด้วยยาขับปัสสาวะหรืออาจได้รับยาในกลุ่มอื่น ๆ ร่วมด้วยพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเช่นเดียวกับกลุ่มก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายโดยจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป ผู้มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 พยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นควรกระตุ้นให้มีการตรวจวัดระดับความดันโลหิตภายใน 2 เดือน
 4. กลุ่มความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ผู้ที่อยู่ในกลุ่มนี้จัดได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับในกลุ่มที่ 3 นั่นคือจะมีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท

หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มดังกล่าวนี้พยาบาลมีบทบาทในเรื่องของการประสานหน้าที่กับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ชนิด ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ นอกจากนี้พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงไปรับการตรวจวัดความดันโลหิตภายใน 1 เดือน พร้อมทั้งเตรียมส่งต่อเพื่อการควบคุมรักษาต่อไป ในกรณี ที่ระดับความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอทต้องได้รับการประเมินและเริ่มการควบคุมรักษาความดันโลหิตสูงทันทีภายใน 1 สัปดาห์

2.7.4 แนวทางของการให้การพยาบาลพร้อมคำแนะนำสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงพยาบาลสามารถให้การพยาบาลพร้อมคำแนะนำสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงแล้ว โดยสามารถทำได้ 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพซึ่งจะกล่าวแทรกในรายละเอียดต่อไป

1. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูง

เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตไปตลอด แต่สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างคนปกติได้ และเนื่องจากยาที่ใช้ในการรักษาระดับความดันโลหิตสูงมีหลายประเภท พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย โดยกลุ่มยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูงและพบได้บ่อย ๆ มีดังนี้คือ

1.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ตัวอย่างยา เช่น Furosemide และ Hydrochlorothiazide (Mycek, Harvey, Champe and Fisher. 2000) ในผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยานี้อาจมีอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะในขณะที่เปลี่ยนอิริยาบถ ยาในกลุ่มนี้ไม่ควรใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหรือที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูง เนื่องจากยาอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูงได้ สำหรับยาในกลุ่มนี้พยาบาลควรให้คำแนะนำในเรื่องเวลาที่รับประทานยา (ควรรับประทานในตอนเช้าเพื่อมิให้เกิดการรบกวนเวลานอนของผู้ป่วย) อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาชีพที่ต้องทำงานในตอนกลางคืนอาจต้องปรับเวลาการรับประทานยา เพื่อให้เหมาะสมกับอาชีพ หรือการทำงานของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลควรแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าขณะเปลี่ยนอิริยาบถควรทำอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุกับตัวผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะมากควรกลับมาพบแพทย์เพื่อปรับยาหรือมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้การใช้กลุ่มยาขับปัสสาวะอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโปแตสเซียม ดังนั้นพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการสูญเสียโปแตสเซียมเนื่องจากการสูญเสียโปแตสเซียมที่มากเกินไปอาจเป็นสาเหตุของการเกิดการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (Cardiac arrhythmia) ซึ่งอาจเป็น

อันตรายกับผู้ป่วยได้ พยาบาลอาจแนะนำลักษณะอาการและอาการแสดงของการสูญเสียโปแตสเซียมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อเป็นการเพิ่มการเฝ้าระวังการสูญเสียโปแตสเซียม เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย เป็นต้น โดยทั่วไปพยาบาลอาจแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่มีสารประกอบโปแตสเซียมเพิ่มขึ้น เช่น ส้ม กล้วย ผักขม เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ควรรับประทานอาหารที่มีสารประกอบโปแตสเซียมในปริมาณที่พอเหมาะและสมดุล เพื่อมิให้เกิดภาวะโปแตสเซียมในกระแสโลหิตสูงเกินไปซึ่งก็จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเช่นกัน

1.2 กลุ่มยา Beta-blockers ตัวอย่างยา เช่น Atenolol และ Propranolol ในผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยานี้อาจมีอาการข้างเคียง เช่น ซีฟจรเต้นช้า เหนื่อยล้า หรือนอนไม่หลับ ยาในกลุ่มนี้มีข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงและมีหอบหืดร่วมด้วย (Asthma) เนื่องจากยา Beta-blockers จะทำให้ภาวะหอบหืดแย่ลงและยาในกลุ่มนี้อาจทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยให้รู้จักการวัดซีฟจรด้วยตนเอง หากซีฟจรเต้นช้าลงกว่าปกติมาก เช่น ซีฟจรเต้นน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรปรึกษาแพทย์หรือทีมสุขภาพของโรงพยาบาล นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาในช่วงเช้าของวันเพื่อความสะดวกและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ

1.3 กลุ่มยาเอสอินฮิบิเตอร์ (ACE-Inhibitors) ตัวอย่างยา เช่น Captopril Enalapril และ Lisinopril ในผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยานี้อาจพบอาการข้างเคียง เช่น ไอแห้ง มีผื่นขึ้น ยาในกลุ่มนี้ถูกนำมาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีภาวะไขมันในเลือดสูง หรือมีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulin-dependent) โดยอาจให้การรักษาร่วมกับกลุ่มยา Calcium channel blockers เนื่องจากยาในกลุ่มนี้อาการข้างเคียงของการไอแห้งเป็นอาการที่พบได้บ่อย ดังนั้นพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนยา และไม่ควรรีบซื้อยาแก้ไข้มารับประทานเอง

1.4 กลุ่มยา Calcium channel blockers ตัวอย่างยา เช่น Amlodipine และ Diltiazem ในผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยานี้อาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า หรือท้องผูก ยาในกลุ่มนี้ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic renal disease) หรือหอบหืด (Asthma) หรือการมีภาวะของโรคปอดเรื้อรัง (Chronic pulmonary disease) โดยให้ร่วมกับกลุ่มยาขับปัสสาวะ หรืออาจให้ร่วมกับกลุ่มยาเอสอินฮิบิเตอร์ พยาบาลอาจให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารเพิ่มมากขึ้น หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องท้องผูก นอกจากนี้พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนอริยาบถอย่างช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง หากมีอาการปวดศีรษะเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปรับเปลี่ยนอริยาบถ

1.5 กลุ่มยา Angiotensin II antagonists ตัวอย่างยา เช่น Losartan และ Valsartan ในผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยานี้อาจมีอาการข้างเคียง เช่น เสียงแหบ บวมตามมือและเท้า ยากลุ่มนี้สามารถใช้แทนกลุ่มยาเอสอินฮิบิเตอร์เนื่องจากไม่มีอาการข้างเคียงของการไอแห้งรายที่

ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น เสียงแหบ บวมตามมือตามเท้ามาก พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสมต่อไป

1.6 กลุ่มยา Alpha-adrenergic blocking agents ตัวอย่างยาเช่น Prazosin Oxazocin และ Terazosin บ่อยครั้งที่มีการนำกลุ่มยานี้ไปใช้รักษาร่วมกับ กลุ่มยา Beta-blockers หรือ กลุ่มยาขับปัสสาวะเพื่อเสริมฤทธิ์ในการควบคุมรักษาความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอริยาบถจากการใช้ยากลุ่มนี้ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอริยาบถช้า ๆ เช่นกัน

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพสำหรับการป้องกันหรือควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น พยาบาลสามารถกระทำได้ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี (ไม่เป็นความดันโลหิตสูง) ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี พยาบาลสามารถแนะนำให้แนวทางสำหรับการปฏิบัติได้ดังนี้ (National Heart, Lung & Blood Institute. 2006)

2.1 ถึงแม้ว่าในคนปกติจะไม่เป็นความดันโลหิตสูง พยาบาลควรแนะนำให้ไปรับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตที่โรงพยาบาล คลินิกใกล้บ้าน หรือสถานอนามัยอย่างน้อย ทุก ๆ 2 ปี หรือมีการตรวจสุขภาพประจำปีเพราะเป็นการป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงในชั้นปฐมภูมิ

2.2 พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี ได้เฝ้าระวังภาวะน้ำหนักของตนเองเนื่องจากการมีภาวะน้ำหนักเกินอาจส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตได้ ตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่ใช้สำหรับการประเมินภาวะน้ำหนักคือ ค่าดัชนีมวลกายซึ่งค่าที่อยู่ในช่วงปกติ คือ 18.5 ถึง 24.5 กิโลกรัม / เมตร² (American Heart Association. 2003)

2.3 พยาบาลควรแนะนำเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 ถึง 45 นาที ของแต่ละวันใน 1 สัปดาห์ แต่ก่อนการออกกำลังกายควรแนะนำให้ไปรับคำปรึกษาจากแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีความผิดปกติใด ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจหรือโรคอื่น ๆ ที่เป็นข้อจำกัดต่อการออกกำลังกาย หลังจากนั้นผู้ป่วยที่มีสุขภาพดีสามารถออกกำลังกายได้ โดยเริ่มด้วยการจัดแผนการออกกำลังกาย โดยการเดินซึ่งพยาบาลสามารถแนะนำได้ดังนี้คือ

1) ในสัปดาห์แรกเริ่มอบอุ่นร่างกาย 5 นาทีแรกด้วยการเดินช้า ๆ สลับกับการเริ่มเดินเร็ว ใน 5 นาทีถัดมาและจบลงการเดินช้าอีก 5 นาทีให้ทำเช่นนี้ 3 ชุดของการเดิน

2) ในสัปดาห์ที่ 2 ยังคงเดินในลักษณะเดิมเพียงแต่เพิ่มเวลาในช่วงการเดินเร็วอีก 2 นาทีคืออบอุ่นร่างกาย 5 นาทีสลับเดินเร็ว 7 นาที และเดินช้าอีก 5 นาทีให้ทำเช่นนี้ 3 ชุดของการเดิน เช่นเดียวกันในสัปดาห์ถัด ๆ มายังคงเดินในลักษณะเดิม แต่ให้เพิ่มการเดินเร็วอีก 2 นาทีเช่นกัน ดังนั้น ในช่วงของการเดินเร็วในแต่ละสัปดาห์ จะมีลักษณะดังนี้ คือ 5,7,11,13,... จนถึง 30 นาที ซึ่งในขณะที่เพิ่มช่วงของการเดินเร็วได้ถึง 30 นาที ก็จะเป็นการเดินในสัปดาห์ที่ 12 ให้ทำเช่นนี้ 3 ชุด ของ

การเดิน ส่วนในสัปดาห์ที่ 13 เป็นต้นไปให้คงลักษณะการเดินแบบสัปดาห์ที่ 12 ไปตลอด (Natal Heart, Lung & Blood Institute. 2006)

2.4 เรื่องของการบริโภคอาหาร พยาบาลสามารถแนะนำให้ปฏิบัติตนได้ดังนี้

1. หากเป็นผู้ที่ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือน้ำมันสูง ควรปรับโดยการเลี่ยงหรืองดอาหารที่มีไขมันหรือน้ำมันสูง เช่น การเปลี่ยนจากการรับประทานเนื้อที่ติดมันมาก เป็นเนื้อที่ติดมันน้อย จนสามารถปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารทอดในน้ำมันมาเป็นอาหารต้มหรืออบแทนหนึ่ง

2. หากเคยชินกับการเติมซีอิ๊ว น้ำปลา ลงในอาหาร พยาบาลควรแนะนำให้ค่อย ๆ ลดปริมาณการเติมลงจนสามารถหยุดเติมซีอิ๊ว น้ำปลาลงไปในอาหาร เช่น ลดจากการเติม 2 ช้อนชา เป็น 1 ช้อนครึ่งในวันแรก ในวันถัด ๆ มาก็ค่อยลดการเติมจากปริมาณ 1 ช้อนครึ่งเป็น 1 ช้อนชา ทำเช่นนี้เรื่อย ๆ จนสามารถหยุดเติมได้ในที่สุด

2.5 ควรงดหรือเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือแอลกอฮอล์ สำหรับผู้หญิงหรือผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยนั้นพยาบาลอาจแนะนำให้ดื่มไม่เกิน 1 แก้ว/วัน ในผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 2 แก้ว/วัน ซึ่งการดื่ม 1 แก้ว เทียบได้กับเบียร์ 360 ซีซี หรือ 12 ออนซ์ และจะให้พลังงานประมาณ 150 แคลอรี หรือหากเทียบกับไวน์ 1 แก้ว เท่ากับ 150 ซีซีหรือ 5 ออนซ์จะให้พลังงานประมาณ 100 แคลอรีหรือเทียบกับวิสกี้ 1 แก้ว เท่ากับ 45 ซีซี หรือ 1.5 ออนซ์จะให้พลังงานประมาณ 100 แคลอรี (Joint National Committee. 2003)

2.6 พยาบาลอาจแนะนำในเรื่องของสันทนาการ เช่น การฟังเพลง การลดความเครียดด้วยการทำสมาธิ หรือทำกิจกรรมใด ๆ ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงหรือผู้ที่อยู่ในระยะก่อนการเป็นความดันโลหิตสูง ให้ปฏิบัติตนเหมือนกับผู้ที่ไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลควรแนะนำให้ไปรับการตรวจระดับความดันโลหิตที่โรงพยาบาล คลินิกใกล้บ้าน หรือสถานอนามัยทุกปี หากเป็นไปได้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

3. คำแนะนำสำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนดังนี้

3.1 ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3.2 แนะนำให้ทราบถึงประโยชน์ของการทราบภาวะน้ำหนักของตนเอง

3.3 แนะนำให้ทราบถึงผลเสียของการใช้เกลือหรือโซเดียมมากเกินไป และควรเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม

3.4 แนะนำให้เลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ตัวอย่างสำหรับอาหารที่มีไขมันสูงสำหรับคนไทย เช่น ข้าวขาหมู เนื่องจากจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงแย่ลง

3.5 แนะนำให้งดหรือจำกัดการดื่มเหล้าหรือแอลกอฮอล์ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้ว อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะนำไปปฏิบัติได้จริง

3.6 แนะนำให้รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอที่สำคัญต้องไม่ลืมรับประทานยา เนื่องจากการลืมรับประทานยาในผู้ป่วยที่รับประทานยามาเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะถอนยาอย่างเฉียบพลันและอาจนำไปสู่การเกิด Rebound hypertension ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ควรทราบชื่อยาที่รับประทาน ขนาดของยาที่รับประทาน จำนวนยาที่รับประทาน และเวลาที่รับประทานยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับยาที่รับประทาน ควรติดต่อสอบถามกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพเพื่อประโยชน์ของ การควบคุมรักษาระดับความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพ

3.7 แนะนำเรื่องการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินติดตามผลของระดับความดันโลหิตเป็นระยะ ๆ

3.8 เน้นและส่งเสริมในเรื่องของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อประโยชน์ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงตั้งได้กล่าวมาแล้วในเรื่องการออกกำลังกาย

3.9 อาจแนะนำให้ผู้ป่วยนำบุคคลในครอบครัวไปตรวจวัดระดับความดันโลหิตเช่นเดียวกัน เพื่อป้องกัน ส่งเสริม และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

คำแนะนำดังกล่าวข้างต้นเหมาะสำหรับการป้องกัน การลดความเสี่ยง และดูแลควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามพยาบาลควรประเมินความพร้อม ความจำเป็น ปัจจัยเสี่ยงการให้ข้อมูลทางสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล อีกทั้งควรคำนึงถึงความสะดวกคล่องของการจัดกิจกรรมต่าง ๆ กับการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้มารับบริการไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีหรือผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการป้องกันและดูแลควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ในผู้มารับบริการบางรายอาจมีความเชื่อเฉพาะบุคคล เช่นการรับประทานขึ้นฉ่าย หรือกระเทียม อาจช่วยลดภาวะความดันโลหิตสูง (Pizzorno, Murray and Joiner-Bey. 2002) หากความเชื่อเฉพาะบุคคลนั้นไม่ขัดกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้มารับบริการควรได้รับการสนับสนุนพร้อมกับการสนับสนุนในเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ

นอกจากนี้ยังมีจุดที่น่าสนใจซึ่งเป็นแนวทางต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็คือ ครอบครัวของผู้ป่วยและแหล่งสุขภาพในชุมชนอาจมีส่วนเอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (Fahey, Schroeder and Ebrahim. 2007) ดังนั้นครอบครัวและแหล่งสุขภาพในชุมชนควรมีวิธีการช่วยเหลือให้มาตรวจตามแพทย์นัดตลอดจนการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงอย่างมีระบบ แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) โรเซนสโตก และคณะ (Rosenstock. 2517) ได้พัฒนาทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นประมาณปี ค.ศ. 1960 กรอบแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดหลักคือ บุคคลจะกระทำกิจกรรมใดเพื่อให้มีสุขภาพดี ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ (Becker. 2520)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) บุคคลจะต้องเชื่อว่า เขาเสี่ยงต่อการเกิดโรคใดโรคหนึ่ง และโรคนั้นกำลังคุกคามสุขภาพของบุคคลอื่น ๆ เขาจึงมีโอกาสรู้สึกเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเช่นกัน บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับที่แตกต่างกัน เช่น บางคนรู้ว่าตนมีโอกาสรู้สึกเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย มักจะให้ความสนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคน้อย แต่คนที่รู้ว่าตนมีโอกาสรู้สึกเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง มักจะให้ความสนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและมักจะคอยระมัดระวังติดตามความผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเอง

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าโรคนั้นเป็นโรคอันตราย และระดับความรุนแรงหรืออันตรายต้องมีความรุนแรงอย่างน้อยในระดับปานกลาง บุคคลจะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตัวของเขาเองมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง แม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจยังไม่แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายสามารถทำลายร่างกาย หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและมีผลกระทบต่อครอบครัวสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefit of taking and barriers to taking action) บุคคลจะประเมินและชั่งน้ำหนัก ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเปรียบเทียบกับปัญหาอุปสรรค (Barriers) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของราคา เสียเวลา ความเจ็บปวดความสูญเสีย ความรำคาญในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ได้กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร

การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและการรับรู้ถึงประโยชน์ ตลอดจนอุปสรรคหรือความยุ่งยากซับซ้อนของกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ นั่นคือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับวิธีที่เชื่อว่าจะทำให้ประโยชน์กับตัวของเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด หรือปฏิบัติวิธีง่าย ๆ แต่ให้ประโยชน์ต่อตัวเองสูง ต่อมาเบคเกอร์และคณะได้พัฒนาแนวคิดและเพิ่มปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม (Demographic variables) ความรู้และปัจจัยกระตุ้น (cues to action) จึงทำให้ทฤษฎีนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ปัจจัยด้านประชากรและสังคม คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ข้อมูลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพ กลุ่มเพื่อน ภูมิหลัง ประสบการณ์ ความรู้และปัจจัยกระตุ้น เช่น กลวิธีในการดำเนินงาน การประชาสัมพันธ์การณรงค์ การได้รับคำแนะนำ การได้รับใบแจ้งจากแพทย์หรือบัตรนัด การเจ็บป่วยของชาติหรือเพื่อน ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ หรือเอกสารแนวคิดนี้ นำมาใช้อธิบายได้ดีในงานป้องกันโรค ซึ่งจะได้ผลดีกว่าการส่งเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากการป้องกัน

โรคและการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องทำควบคู่กันไป เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับบุคคลบรรลุการมีสุขภาพดี แนวคิดนี้จึงจำเป็นต้องนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน

นอกจากนี้การรักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิตสูงควรมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อย ๆ ที่ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เป็นไปตามเป้าหมายคือ การลืมรับประทานยา (Hamilton. 2003) พยาบาลอาจแนะนำให้ผู้ป่วยใช้นาฬิกาข้อมือที่สามารถตั้งเวลาปลุกได้หากผู้ป่วยสามารถหาซื้อได้ หรือมีกระดาษเขียนช่วยเตือนความจำที่เป็นสติ๊กเกอร์ที่สามารถเห็นได้ง่าย วิธีการนี้อาจช่วยลดปัญหาการลืมรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดในมือเดียวกัน พยาบาลอาจแนะนำให้ผู้ป่วยหาซื้อกล่องใส่ยาที่สามารถหยิบได้สะดวกโดยจัดให้พื้นมือเด็ก ไม่ควรย้ายที่เก็บยาบ่อย ๆ เพราะจะทำให้ลืมได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายได้น้ำยาที่รับประทานซึ่งมีหลายชนิดมารวมไว้ในซองยาเดียวกันทั้งหมด พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลี่ยงการปฏิบัติดังกล่าวเนื่องจากอาจทำให้เกิดความสับสนและเกิดความผิดพลาดในการรับประทานยา และอาจแนะนำให้ใช้กล่องใส่ยาที่สามารถจัดให้เป็นสัดส่วนได้ง่าย นอกจากนี้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงบางชนิดอาจอยู่ในซองบรรจุโลหะควรแนะนำผู้ป่วยให้นำออกจากซองบรรจุเมื่อต้องการใช้เท่านั้น เพื่อลดปัญหาการเสื่อมสภาพของยา (สิริรัตน์ ลีลาจรัส. 2550)

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8.1 งานวิจัยต่างประเทศ

Almas A.andOthers (2014) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการสื่อสารของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสองกลุ่ม คือกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี พบว่า การที่แพทย์มีการสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยที่มากกว่า (encounter score=7.83) ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีคิดเป็นร้อยละ 72.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสื่อสารจากแพทย์ที่น้อยกว่า (encounter score=7.25) ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 27.4

Walkel, Volkan, Sechrist& Pender (1988) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุซึ่งถือว่าเป็นลักษณะทางสังคม ประชากรที่มีผลต่อวิธีการดำเนินชีวิต โดยวัด 6 ด้านของวิธีการดำเนินชีวิต โดยใช้ HPLP กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คน อายุระหว่าง 18-88 ปี ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบตนเอง การเลือกรับประทานอาหารและการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ

Janz & Becker (1984) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น บุคคลต้องมีการรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเป็นตัวผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคที่เหมาะสมและถูกต้อง และกล่าวว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วย หรือไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วย ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคน้อยลง

Woft (1999) cited in Goldstein et al. (2001) ได้ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกประการหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูงคือ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งจากสาเหตุหลอดเลือดสมองแตกและหลอดเลือดสมองอุดตัน

Speers MA. (1990) ได้ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในคู่สามีภรรยา 1,260 คู่ และทดสอบความสัมพันธ์ของระดับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงกับการควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง (ตอบคำถามถูกต้องกว่าร้อยละ 70) และระดับความรู้ความดันโลหิตสูงทั้งของคู่สามีภรรยาและตัวผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมความดันโลหิตสูง ($r=0.41$) และเมื่อควบคุมปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรู้ คือ การศึกษา อายุ และฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแล้วยังพบว่ายังคงมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.24$) กันเช่นเดิม

Karin I Kjellgren (1997) ได้ศึกษาความรู้กับความเข้าใจโรคของตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการศึกษาข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รู้ระดับความดันของตนเองว่าระดับความดันคืออะไร ดังนั้นความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงไม่ควรมาจากสื่อทางสาธารณสุขเท่านั้น ควรมีสื่อสาธารณสุขด้วยเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจต่อสุขภาพ

Brown(1974) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญกับตนนั้น มีความสำคัญต่อบุคคลอย่างยิ่ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหามากมาย บุคคลจึงต้องการผู้ที่มีความรู้สึกร่วม มีความเห็นใจ ให้กำลังใจ หรือบางครั้งอาจต้องการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย แรงใจ หรือสิ่งของและทุนทรัพย์ในบางโอกาสที่บุคคลอ่อนแอหรือมีข้อจำกัด บุคคลจึงต้องการผู้ที่มีความสำคัญสำหรับช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มปฐมภูมิ และบุคคลเหล่านี้มีส่วนสำคัญอย่างมากทางด้านสาธารณสุข มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากครอบครัวแล้วยังพบว่าเครือข่ายทางสังคม (social network) เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนสนิท ก็มีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรม และพบว่าเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมพึงประสงค์ขัดกับบรรทัดฐานของกลุ่ม ย่อมก่อให้เกิดความขัดแย้งของบุคคลอย่างมาก และบุคคลจะต้องตัดสินใจว่าเขาจะอย่างไร ในทางตรงกันข้าม

หากพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุน และถือปฏิบัติจนเป็นค่านิยมหรือบรรทัดฐานทางสังคม (social norm) บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น

2.8.2 งานวิจัยในประเทศ

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532) ได้ศึกษา เปรียบเทียบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 คน และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ จำนวน 74 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญาและสติปัญญาดีกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญาดีกว่าด้านประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ และรับจ้างรายวัน และมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านประกอบอาชีพดีกว่าที่มีอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ

สุภัทตรา โสมีชัย (2551) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค อธิบายการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพว่าการเรียนรู้และการตัดสินใจที่ดีต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก รวมทั้งปัจจุบันมีการรณรงค์ในเรื่องงดการสูบบุหรี่งดดื่มสุราจากสื่อต่าง ๆ อย่างแพร่หลายและจากวัฒนธรรมไทยการดื่มสุราหรือของมีเมาและการสูบบุหรี่เป็นลักษณะพฤติกรรมของเพศชาย ในเพศหญิงยังไม่เป็นที่ยอมรับและเป็นภาพที่ไม่น่ามอง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาขึ้นไป ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการแสวงหาความรู้เรื่องโรค สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพได้ดี

สุภัททา อินทรศักดิ์ (2551) ได้ศึกษาการปฏิบัติตัวทั่วไปต้องควบคุมตนเองอย่างเจาะจง การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อที่จะควบคุมความดันโลหิต จึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก

รุ่งรารรณ พันธจักร (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ร่วมกับการตั้งเป้าหมายการควบคุมภาวะความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่ระดับความดันโลหิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองให้ความสำคัญกับการปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย สามารถนำไปใช้อย่างง่ายและใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำลง มีการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดมากขึ้น

หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิก โรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วย

นอกรโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน พฤติกรรมด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับที่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ การส่งเสริมให้ดียิ่งขึ้น ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพนอกร้านมีพฤติกรรมไม่ดี โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวนบทบาทที่ได้รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญ

วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง (2547) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน ร้อยละ 65.88 ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพทำงานนอกร้าน ส่งผลทำให้กิจกรรมประจำวันต้องเร่งรีบ ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ

เพ็ญจันทร์ สุธิพิเชษฐกุล (2535) ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ : ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารจากสื่อวารสาร/นิตยสารมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ และสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเปิดรับสื่อวิทยุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ธนิสสรุ เพชรยศ (2552) ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการเปิดรับสื่อของผู้บริโภคหญิงในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทางประชากรต่างกันมีรูปแบบการเปิดรับสื่อต่างกันทั้งทางด้านประเภทของสื่อที่เปิดรับ ปริมาณการเปิดรับรวมถึงเนื้อหาที่เปิดรับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีรูปแบบการเปิดรับสื่อต่างกันมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าเป็นนักเรียนนักศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า และมีสถานภาพโสดเปิดรับสื่อเนื้อหาภายในที่ให้ความบันเทิงมากกว่า

สุทธิลักษณ์ วงศ์วรเศรษฐ์ (2552) ศึกษา รูปแบบการเปิดรับสื่อของผู้บริโภคชายในกรุงเทพมหานคร พบว่า สื่อที่ผู้บริโภคชายเปิดรับมากที่สุดคือ โทรทัศน์ประเภทรับชมฟรี รายการโทรทัศน์ประเภทข่าวมีผู้ชมมากที่สุด กลุ่มที่มีอายุน้อย มีการศึกษาต่ำ มีรายได้ต่ำ มักจะเปิดรับสื่อประเภทที่เน้นความบันเทิงมากกว่า ในขณะที่กลุ่มซึ่งมีอายุมาก มีการศึกษาสูง และรายได้สูงมักจะเปิดรับสื่อประเภทที่เน้นให้สาระความรู้ และกลุ่มที่มีอายุน้อย นักเรียนนักศึกษาและเป็นโสด เปิดรับสื่อโทรทัศน์และโรงภาพยนตร์ในปริมาณมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนระดับรายได้ที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างในด้านปริมาณการเปิดรับสื่อ

อรอุมา ศรีสุทธิพันธ์ (2545) ศึกษาวิจัยเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรมการเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าพฤติกรรมใน

การรับสื่ออินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในระดับต่ำ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ รายได้ ที่แตกต่างกันส่งผลให้มีความคิดเห็นและระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตที่แตกต่างกัน ส่วนในเรื่องของรูปแบบชีวิตมีความสัมพันธ์กับความถี่และระยะเวลาในการเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ต

ปิยะวดี ยาโน (2551) ศึกษาวิจัยเรื่องการพฤติกรรมการเปิดรับสื่อของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า สื่อเป็นอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่มีการเปิดรับมากที่สุดและเปิดรับบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง และรองลงมาคือโทรทัศน์โดยมีเหตุผลในการเปิดรับสื่อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่อยากรู้มากที่สุด รองลงมาคือต้องการรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อแสวงหาข้อมูลข่าวสาร

เอียรธิดา มฤคทัต (2543) ศึกษาวิจัยเรื่องการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตามโครงการเกษตรทฤษฎีใหม่ของเกษตรกรในจังหวัดอยุธยา พบว่า การเปิดรับสื่อจากสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามโครงการ

ประจักษ์ ก๊กก้อง (2549) ศึกษาวิจัยเรื่องการเปิดรับสื่อการประชาสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคามพบว่า สื่อมวลชนที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับมากที่สุดคือ โทรทัศน์ และสื่อบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ และพยาบาล และพฤติกรรมการเปิดรับสื่อสัมพันธ์กับความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับโครงการฯ แต่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อกับระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมา กำหนดเป็นกรอบแนวคิด 2 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพของครอบครัว และการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวแปรต้น นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง การแสวงหาข่าวสารเป็นตัวแปรตามผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร” เป็นการวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการสำรวจ (Survey Research) มีการดำเนินงานตามระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 111,465 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2556)

3.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาศึกษาเป็นประชาชนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) อ้างอิงใน วิเชียร เกตุสิงห์ (2543) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการวิจัยไว้เท่ากับร้อยละ 5 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

แทนค่าตามสูตรได้ผลดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{111,465}{1 + (111,465) \times (0.05)^2} \\ &= 399.99 \sim 400 \text{ คน} \end{aligned}$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 399.99 คน (~ 400 คน)

3.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเลือกตัวอย่างแบบการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครจำนวน 7 ศูนย์บริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 68 แห่ง และสุ่มตัวอย่าง

แบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มที่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตและกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิต อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน จากศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ ดังนี้

1. ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ จำนวน 60 คน
2. ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง จำนวน 60 คน
3. ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี จำนวน 60 คน
4. ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง จำนวน 50 คน
5. ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัฒนาทอง จำนวน 60 คน
6. ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 ห้วยขวาง จำนวน 60 คน
7. ศูนย์บริการสาธารณสุข 52 สามเสนนอก จำนวน 50 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้และสถานภาพสมรส ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed end) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเปิดรับสื่อโดยมีสื่อทั้งหมด ๗ ประเภท 1) โทรทัศน์ 2) วิทยุ 3) หนังสือพิมพ์ 4) นิตยสาร 5) แผ่นพับ 6) วิดีโอ 7) อินเทอร์เน็ต 8) โทรศัพท์เคลื่อนที่และ 9) สื่อบุคคล ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed end) ความถี่การเปิดรับสื่อมีคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยเปิดชมเลย 0 คะแนน

เปิดรับชมบางครั้ง 1 คะแนน

เปิดรับชมเป็นประจำ 2 คะแนน

ระยะเวลาการเปิดรับสื่อมีคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

0.5-1 ชั่วโมง 1 คะแนน

1- 2 ชั่วโมง 2 คะแนน

มากกว่า 2 ชั่วโมง 3 คะแนน

นำความถี่มาคูณกับค่าระยะเวลา แบ่งปริมาณของการเปิดรับสื่อเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนระหว่าง 0.00-2.00 หมายถึง เปิดรับสื่อระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 2.01-4.00 หมายถึง เปิดรับสื่อระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 4.01-6.00 หมายถึง เปิดรับสื่อระดับสูง

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 5 หมวด

หมวด 1 เป็นคำถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกใช่หรือไม่ใช่ ที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจมากที่สุด

หมวด 2 เป็นคำถามเรื่องเกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกใช่หรือไม่ใช่ที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจมากที่สุด

หมวด 3 เป็นคำถามเรื่องเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกใช่หรือไม่ใช่ที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจมากที่สุด

หมวด 4 เป็นคำถามเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกใช่หรือไม่ใช่ที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจมากที่สุด

หมวด 5 เป็นคำถามเรื่องเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกใช่หรือไม่ใช่ที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจมากที่สุด

คำถามที่ใช้วัดความรู้ความเข้าใจเรื่องความดันโลหิตสูง มีจำนวน 25 ข้อ โดยข้อคำถามที่เป็นข้อที่ถูกคือข้อ 2, 3, 4, 6, 11, 12, 13, 16, 18, 20, 21 และ 23 ข้อคำถามที่เป็นข้อที่ผิด คือ ข้อ 1, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 17, 19 และ 22 มีเกณฑ์การแบ่งคะแนน 2 ระดับแบ่งได้ดังนี้

ข้อคำถามที่ถูก เลือก “ใช่” ค่าคะแนนเท่ากับ	1 คะแนน
ข้อคำถามที่ถูก เลือก “ไม่ใช่” ค่าคะแนนเท่ากับ	0 คะแนน
ข้อคำถามที่ผิด เลือก “ใช่” ค่าคะแนนเท่ากับ	0 คะแนน
ข้อคำถามที่ผิด เลือก “ไม่ใช่” ค่าคะแนนเท่ากับ	1 คะแนน

แล้วนำมากำหนดระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็น 3 ระดับโดยใช้วิธีตัดเกรดเชิงสัมพัทธ์ (Relative Marking System หรือ Relative Grading Method) หรือที่ที่นิยมเรียกกันว่า การตัดเกรดแบบอิงกลุ่ม (Norm-Referenced Grading) กำหนดช่วงคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ Dewey B. Stuit (1965 อ้างถึงในสุรชัย มีชาญ. 2546)

มากกว่า $\bar{X} + 0.5 SD$ คะแนนเฉลี่ย	15.70 - 25.00	หมายถึง ระดับความรู้สูง
ระหว่าง $\bar{X} \pm 0.5 SD$ คะแนนเฉลี่ย	13.21 - 15.69	หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง
น้อยกว่า $\bar{X} - 0.5 SD$ คะแนนเฉลี่ย	0.00 - 13	หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

เกณฑ์การแปลค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจในรายหมวดคำถามดังนี้

เกณฑ์ความรู้ (ร้อยละ 76-100) คะแนนเฉลี่ย	3.76-5.00	หมายถึง ระดับความรู้สูง
เกณฑ์ความรู้ (ร้อยละ 51-75) คะแนนเฉลี่ย	2.51-3.75	หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง
เกณฑ์ความรู้ (ร้อยละ 0-50) คะแนนเฉลี่ย	0 .00-2.50	หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

ตอนที่ 4 ทักษะคิดต่อโรคความดันโลหิตสูงเป็นคำถามที่เกี่ยวกับทักษะคิดต่อโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ข้อเป็นมาตรวัดระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งข้อมูลทักษะคิดต่อโรคความดันโลหิตสูงวัดจากการแสดงความรู้สึกและความ

นิกคิตของกรุ่มตัวอย่างต่อโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยมีข้อความที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดจำนวน 10 ข้อ โดยมีทั้งข้อความเชิงลบและเชิงบวก มีคำถามเชิงบวก 5 ข้อคำถาม (ข้อ 1, 2, 5, 7, 10) และคำถามเชิงลบ 5 ข้อคำถาม (ข้อ 3, 4, 6, 8, 9)

ระดับความคิดเห็น	เชิงลบ	เชิงบวก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลค่าคะแนนจากค่าพิสัยและจำนวนชั้นที่ต้องการ แทนค่าสูตร

$$\text{ความกว้างของช่วงคะแนน} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

การแปลค่าคะแนนแบบสอบถามทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับทัศนคติเชิงบวกอย่างยิ่งต่อโรคความดันโลหิตสูง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับทัศนคติกลางๆต่อโรคความดันโลหิตสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับทัศนคติเชิงลบต่อโรคความดันโลหิตสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับทัศนคติเชิงลบอย่างยิ่งต่อโรคความดันโลหิตสูง

ปริมาณการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การวัดตัวแปรเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อประเภทต่าง ๆ ให้คะแนนดังนี้

เปิดรับชมเป็นประจำ	2 คะแนน
เปิดรับชมบางครั้ง	1 คะแนน
ไม่เคยเปิดรับชมเลย	0 คะแนน
ระยะเวลาการเปิดรับสื่อมีคะแนน	3 ระดับ ดังนี้
0.5 - 1 ชั่วโมง	1 คะแนน
1 - 2 ชั่วโมง	2 คะแนน
มากกว่า 2 ชั่วโมง	3 คะแนน

นำความถี่มาคูณกับค่าระยะเวลา จัดปริมาณของการเปิดรับสื่อเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนระหว่าง 0.00 - 2.00	หมายถึง	เปิดรับสื่อในระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 2.01 - 4.00	หมายถึง	เปิดรับสื่อในระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 4.01 - 6.00	หมายถึง	เปิดรับสื่อในระดับสูง

3.5 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5.1 แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างนั้นทดสอบ คุณภาพของ เครื่องมือ โดยการ ทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบสร้างแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาด้านความเที่ยงตรง ความเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของคำถาม เพื่อให้แบบสอบถามสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบจากรองศาสตราจารย์ปิยกุล เลาว์ณยศิริ คณบดีคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติและแบบสอบถามวัดระดับความรู้และทัศนคติ ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลซึ่งรับผิดชอบคลินิกความดันโลหิตสูง ตรวจสอบประเมินแบบสอบถามจำนวน 3 ท่าน (รายนามในภาคผนวก ค) โดยใช้ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC Index of item objective congruence) ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร (บวกค่าทั้งหมดหารจำนวนผู้เชี่ยวชาญ) โดยผลจากประเมินได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC >0.5 ขึ้นไปทั้งแบบประเมินความรู้และประเมินทัศนคติ ตามเอกสารในภาคผนวก ข

3.5.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มคนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๒ วงศ์สว่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอร์นบาร์ค ในแต่ละส่วนมากกว่า 0.7

3.5.3 คำถามเกี่ยวกับความรู้ หาคำความน่าเชื่อถือโดยใช้วิธีของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson's Method) สำหรับแบบสอบถามที่ให้คะแนนแต่ละข้อเป็นแบบ 0, 1 (วิเชียร เกตุสิงห์. 2534 : 115)

KR21 มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \bar{x} \frac{(k - \bar{x})}{kS^2} \right]$$

K คือ จำนวนข้อ

S² คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับที่ได้จากการทดสอบ

\bar{x} คือ คะแนนเฉลี่ยของทั้งฉบับ

ผลการคำนวณหาค่าความน่าเชื่อถือได้ของเครื่องมือในส่วนความรู้ = 0.72

2.2 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n คือ จำนวนข้อคำถามของเครื่องมือวัด

S_t² คือ ค่าคะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

S_i² คือ ค่าคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

ผลการคำนวณหาค่าความน่าเชื่อถือได้ของเครื่องมือในส่วนทัศนคติ = 0.77

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 ตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง พร้อมผู้ช่วยวิจัย 5 คน ซึ่งรับฟังการชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้วิจัย และข้อกำหนดของกลุ่มตัวอย่างก่อนออกไปเก็บข้อมูลจริงโดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์หรือให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามเองการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ทั้ง 7 แห่ง ใช้เวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกตัวอย่างแบบการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครจำนวน 7 ศูนย์บริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 68 แห่ง ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์ฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือเพื่อทำวิจัย

2.2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance : ANOVA) เพื่อทดสอบความแตกต่างของตัวแปรที่มี 3 กลุ่มขึ้นไป คือลักษณะประชากรการเปิดรับสื่อความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และทัศนคติของผู้ป่วยต่อโรคความดันโลหิตสูง



บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้ศึกษาได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้เครื่องมือสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ผลการวิจัยแสดงการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 ลักษณะประชากรของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
- 4.2 การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
- 4.3 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
- 4.4 ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
- 4.5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์การเปิดรับสื่อประเภทต่าง ๆ กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
- 4.6 ผลการทดสอบความสัมพันธ์การเปิดรับสื่อประเภทต่าง ๆ กับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร
- 4.7 ผลการเปรียบเทียบลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ กับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 4.8 ผลการเปรียบเทียบลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ กับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

4.1 ลักษณะประชากรของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะประชากร จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและรายได้

ลักษณะประชากร (n=400)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	188	47.0
หญิง	212	53.0
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	26	6.5
41-50 ปี	100	25.0
51-60 ปี	128	32.0
61-70 ปี	93	23.3
71-80 ปี	53	13.2
อาชีพ		
พนักงานบริษัทเอกชน	18	4.5
พนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	53	13.2
ข้าราชการ/ลูกจ้างหน่วยงานราชการ	15	3.8
ข้าราชการบำนาญ	49	12.2
ค้าขาย	93	23.2
เจ้าของกิจการ ธุรกิจส่วนตัว	62	15.5
รับจ้างทั่วไป	57	14.2
ไม่ประกอบอาชีพ แม่บ้าน	25	6.2
เกษตรกร ทำไร่ทำนา	28	7.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.0
ประถมศึกษา	7	1.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	11.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	78	19.5
อนุปริญญา /ปวส.	97	24.2
ปริญญาตรี	163	40.8
สถานภาพสมรส		
โสด	57	14.2
สมรส	248	62.0
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	33	8.3
อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส	62	15.5
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	50	12.5
10,001-15,000 บาท	41	10.3
15,001-20,000 บาท	42	10.5
20,001-25,000 บาท	97	24.2
25,001-30,000 บาท	70	17.5
มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป	100	25.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.0 มีช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมาคือ 41-50 ปี ร้อยละ 25.0 ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.2 รองลงมาคือเจ้าของกิจการ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.5 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ อนุปริญญา ปวส. คิดเป็นร้อยละ 24.2 อยู่ในสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.0 และมีรายได้ต่อเดือนมากที่สุด คือ ช่วงรายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.0 รองลงมาคือช่วงรายได้ 20,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.2

4.2 การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรูปแบบของสื่อ (n=400)

การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
การรับสื่อผ่านทางโทรทัศน์		
เปิดรับชมบางครั้ง	264	66.0
เปิดรับชมเป็นประจำ	136	34.0
เวลาในการชมโทรทัศน์ต่อวัน		
0.5-1 ชั่วโมง	255	63.8
1-2 ชั่วโมง	139	34.8
มากกว่า 2 ชั่วโมง	6	1.4
การรับสื่อผ่านทางวิทยุ		
ไม่เคยเปิดรับฟังเลย	8	2.0
เปิดรับฟังบางครั้ง	119	29.8
เปิดรับฟังเป็นประจำ	273	68.2
เวลาในการฟังวิทยุต่อวัน		
0.5- 1 ชั่วโมง	142	35.5
1-2 ชั่วโมง	148	37.0
มากกว่า 2 ชั่วโมง	110	27.5
การรับสื่อผ่านทางหนังสือพิมพ์		
ไม่เคยอ่านเลย	8	2.0
อ่านบางครั้ง	298	74.5
อ่านเป็นประจำ	94	23.5
เวลาในการอ่านหนังสือพิมพ์ต่อวัน		
0.5- 1 ชั่วโมง	307	76.8
1-2 ชั่วโมง	79	19.8
มากกว่า 2 ชั่วโมง	14	3.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
การรับสื่อผ่านนิตยสาร		
ไม่เคยอ่านเลย	66	16.4
อ่านบางครั้ง	291	72.8
อ่านเป็นประจำ	43	10.8
เวลาในการอ่านนิตยสารต่อวัน		
0.5- 1 ชั่วโมง	303	75.8
1-2 ชั่วโมง	97	24.2
การรับสื่อผ่านทางแผ่นพับ วิดีโอในโรงพยาบาล		
ไม่เคยอ่านเลย	9	2.3
อ่านบางครั้ง	230	57.5
อ่านเป็นประจำ	161	40.2
เวลาในการอ่านแผ่นพับหรือ วิดีโอในโรงพยาบาลต่อวัน		
0.5- 1 ชั่วโมง	293	73.2
1-2 ชั่วโมง	71	17.8
มากกว่า 2 ชั่วโมง	36	9.0
การรับสื่อผ่านทางอินเทอร์เน็ต		
ไม่เคยเข้าเลย	60	15.0
เข้าบางครั้ง	158	39.5
เข้าเป็นประจำ	182	45.5
เวลาในการเข้าอินเทอร์เน็ตต่อวัน		
0.5- 1 ชั่วโมง	194	48.5
1-2 ชั่วโมง	176	44.0
มากกว่า 2 ชั่วโมง	30	7.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
การรับสื่อผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่		
ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่	13	3.3
ใช้บางครั้ง	77	19.2
ใช้เป็นประจำ	310	77.5
เวลาในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ต่อวัน		
0.5- 1 ชั่วโมง	159	39.8
1-2 ชั่วโมง	205	51.2
มากกว่า 2 ชั่วโมง	36	9.0
บุคคลที่พูดคุยด้วยผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่		
เพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูง	157	39.2
ญาติ/พี่น้อง	137	34.2
สามี/ภรรยา	28	7.0
บุคลากรทางการแพทย์	78	19.6
การได้รับข่าวสารเกร็ดความรู้จากโครงการ		
รณรงค์ด้านโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่เคยได้รับข้อมูล/ไม่เคยได้ยินเลย	26	6.6
เคยได้รับข้อมูล / เคยได้ยินบางครั้ง	357	89.2
ได้รับข้อมูล/ เคยได้ยินเป็นประจำ	17	4.2

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เปิดรับชมสื่อเปิดรับสื่อผ่านทางโทรศัพท์เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.0 และระยะเวลาการรับชมสื่อผ่านทางโทรศัพท์ต่อวัน คือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 63.8 รับฟังสื่อผ่านทางวิทยุโดยเปิดรับฟังเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 68.2 ระยะเวลาในการเปิดฟัง คือ 1-2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 37.0 รับสื่อผ่านการอ่านหนังสือพิมพ์เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 74.5 โดยระยะเวลาในการอ่านหนังสือพิมพ์ต่อวัน คือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 76.8 การรับสื่อผ่านการอ่านนิตยสารเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.8 โดยระยะเวลาในการอ่านนิตยสารต่อวัน คือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 75.8 เคยรับสื่อผ่านการอ่านแผ่นพับหรือคู่มือ ในโรงพยาบาลเป็นบางครั้ง ร้อยละ 57.5 ใช้เวลาในการอ่านแผ่นพับหรือคู่มือในโรงพยาบาล น้อยกว่า 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 73.2 กลุ่มตัวอย่างรับสื่อผ่านการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยมีระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน คือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 77.5 และเวลา

ในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ต่อวันคือ 1-2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 51.2 สื่อบุคคลที่พูดคุยด้วยส่วนใหญ่คือ เพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 39.2 รองลงมาคือญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 34.2 และการเคยได้รับข่าวสาร เกร็ดความรู้ผ่านโครงการด้านโรคความดันโลหิตสูงต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูล/เคยได้ยินบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 89.2

ตารางที่ 3 ปริมาณการรับสื่อ จำแนกตามประเภทสื่อค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ประเภทสื่อ	ปริมาณการรับสื่อ			Mean	S.D.	ระดับ
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
โทรทัศน์	349 (87.2)	45 (11.2)	6 (1.5)	1.87	1.046	ต่ำ
วิทยุ	190 (47.4)	114 (28.5)	96 (24.0)	3.31	1.839	ปานกลาง
หนังสือพิมพ์	368 (92.0)	18 (4.5)	14 (3.5)	1.60	1.119	ต่ำ
นิตยสาร	360 (90.0)	40 (10.0)	-	1.28	1.065	ต่ำ
แผ่นพับ วิดีโอ	301 (75.2)	63 (15.8)	36 (9.0)	2.07	1.649	ปานกลาง
อินเทอร์เน็ต	244 (61.0)	126 (31.5)	30 (7.5)	2.35	1.796	ปานกลาง
โทรศัพท์เคลื่อนที่	163 (40.8)	206 (51.4)	31 (7.8)	3.10	1.538	ปานกลาง
โดยรวม	179(44.75)	215 (53.75)	6 (1.5)	2.23	1.439	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการรับข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.23 เมื่อพิจารณาจากประเภทของสื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการรับสื่อจากวิทยุ ค่ะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 รองลงมาคือ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 และอินเทอร์เน็ต ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 สำหรับปริมาณการรับสื่อผ่านนิตยสาร หนังสือพิมพ์ และโทรทัศน์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

4.3 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4 จำนวนตอบถูกและผิดและร้อยละตอบถูกและผิด จำแนกตามรายชื่อ (n=400)

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	ผู้ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้	197 (49.2)	203 (50.8)
2. ถ้าไม่ได้รับการ/ดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองและไตวายตามมาได้	303 (75.8)	97 (24.2)
3. อาการปวดศีรษะ อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	400 (100.0)	-
4. ที่ลดน้ำหนักตัวได้ 10 กิโลกรัม จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (ค่าบน) ได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท	202 (50.5)	198 (49.5)
5. ที่มีประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	177 (44.2)	223 (55.8)
6. ยาขับปัสสาวะเป็นหนึ่งในยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูง	155 (38.8)	245 (61.2)
7. ถ้าในมือไหนลิมกีนยา ให้เพิ่มจำนวนยาในมือถัดไปได้ เช่น ยารับประทานเข้าและเย็น ลิมกีนยาในมือเช้า ให้ไปเพิ่มจำนวนในมือเย็น	379 (94.8)	21 (5.2)
8. สามารถหยุดยาได้เอง หรือลดขนาดการรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น	140 (35.0)	260 (65.0)
9. เมื่อความดันโลหิตคงที่ไม่จำเป็นต้องไปตรวจรับยา สามารถซื้อยาเดิมจากร้านขายยามากินต่อได้เอง	140 (35.0)	260 (65.0)
10. ขอยาจากเพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูงมากินได้ในกรณีที่ยาหมด	184 (46.0)	216 (54.0)
11. การกินเค็มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	400 (100.0)	-
12. ลดการบริโภคเกลือหรือน้ำปลาด้วยการใช้ซีอิ๊วขาวแทน	334 (83.5)	66 (16.5)
13. คะนัว ผักโขม ผักคื่นไฉ่ หัวผักกาดเป็นอาหารที่มีโซเดียมโดยธรรมชาติ จึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	50 (12.5)	350 (87.5)
14. อาหารหมักดองไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง	171 (42.8)	229 (57.2)
15. สามารถใช้ผงปรุงรสสำเร็จรูปปรุงอาหารทดแทนและหลีกเลี่ยงการใช้ น้ำปลาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง	281 (70.2)	119 (29.8)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	ผู้ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
16. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	393 (98.2)	7 (1.8)
17. การออกกำลังกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น	248 (62.0)	152 (38/0)
18. บุคคลที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงแล้ว ก่อนจะเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกาย จำเป็นจะต้องปรึกษาแพทย์ก่อน	399 (99.8)	1 (0.2)
19. ออกกำลังกายหนักมากเท่าไรยิ่งควบคุมความดันโลหิตสูงได้มากขึ้นเท่านั้น	207 (51.8)	193 (48.2)
20. คนอ้วนที่เป็นความดันโลหิตสูง ควรลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม	396 (99.0)	4 (1.0)
21. ความเครียดและการพักผ่อนน้อยเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	400 (100.0)	-
22. การนอนดึกไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตสูง	400 (100.0)	-
23. การทำสมาธิมีส่วนช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น	400 (100.0)	-
24. เมื่อมีความเครียด ผู้ป่วยสามารถคลายความเครียดด้วยการสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ได้	351 (87.8)	49 (12.2)
25. เมื่อเกิดภาวะเครียดขึ้น ควรเพิ่มยาควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงเกินไป	145 (36.2)	255 (63.8)

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามหมวดหมู่คำถาม

หมวดความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง (5 หมวด หมวดละ 5 คะแนน)	ความรู้ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้ มาก จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง(ข้อ 1-5)	54 (13.5)	205 (51.21)	141 (35.2)	3.38	0.921	ปาน กลาง
2. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา รักษาโรคความดันโลหิตสูง (ข้อ 6-10)	232 (58.0)	151 (37.8)	17 (4.2)	2.28	0.832	ต่ำ
3. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง (ข้อ 11-15)	249 (62.2)	120 (30.0)	31 (7.8)	2.16	0.938	ต่ำ
4. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย (ข้อ 16-20)	8 (2.0)	119 (29.8)	273 (68.2)	3.83	0.721	สูง
5. ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ การจัดการกับความเครียด (ข้อ 21-25)	135 (33.8)	226 (56.5)	39 (9.8)	2.76	0.615	ปาน กลาง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวม

ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-50)	111	27.8
ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 51-75)	281	70.2
ความรู้สูง (ร้อยละ 76-100)	8	2.0
โดยรวม n= 400 คะแนนเฉลี่ย 14.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.479 ระดับปานกลาง		

จากตารางที่ 4 ในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.45 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.0 คืออาการปวดศีรษะ อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การกินเค็มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความเครียดและการพักผ่อนน้อยเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง การนอนดึกไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตสูงและการทำสมาธิมีส่วนช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น

จากตารางที่ 5 และ 6 เมื่อพิจารณารายด้านของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และ 2.76 ตามลำดับ ส่วนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 และ 2.16 ตามลำดับ

4.4 ทศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น					Mean	S.D.	ระดับทัศนคติฯ
	จำนวน (ร้อยละ)							
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคธรรมดาธรรมดา ไม่มีอันตราย	-	43(10.8)	-	341(85.2)	16(4.0)	2.17	0.663	เชิงลบ
2. ไม่ใช่เรื่องน่าตกใจอะไร เพราะใครๆก็เป็นโรคความดันโลหิตสูง	-	96(24.0)	-	304(76.0)	-	2.48	0.855	เชิงลบ
3. ฉันคิดว่าคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสุขภาพไม่ดี	16(4.0)	271(67.8)	46(11.5)	67(16.8)	-	3.59	0.811	เชิงบวก
4. ฉันรู้สึกกังวลว่าจะมีโรคร้ายอื่นตามมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	38(9.5)	326(81.5)	36(9.0)	-	-	4.00	0.430	เชิงบวก
5. ฉันคิดว่าคนที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป	24(6.0)	290(72.5)	17(4.2)	69(17.2)	-	3.67	0.828	เชิงบวก
6. ฉันคิดว่าคงจะอายุสั้นเมื่อพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	-	25(6.2)	80(20.0)	295(73.8)	-	2.32	0.587	เชิงลบ
7. ฉันรู้สึกดีเมื่อพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง	-	-	-	333(83.2)	67(16.8)	1.83	0.373	เชิงลบ

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)					Mean	S.D.	ระดับทัศนคติฯ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
8. โรคความดันโลหิตสูงเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต	-	193(48.2)	66(16.5)	141(35.2)	-	3.13	0.905	กลาง ๆ
9. ฉันรู้สึกไม่ดีเลยที่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	-	377(94.2)	23(5.8)	-	-	3.94	0.233	เชิงบวก
10. ฉันคิดว่าคนอื่น ๆ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็สามารถมีอายุยืนยาวได้	-	389(97.2)	11(2.8)	-	-	3.97	0.163	เชิงบวก
โดยรวม						3.11	0.173	กลาง ๆ

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับกลาง ๆ ค่าเฉลี่ย 3.11 กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงบวกตามลำดับค่าเฉลี่ย ได้แก่

- ฉันรู้สึกกังวลว่าจะมีโรคร้ายอื่นตามมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ฉันคิดว่าคนอื่น ๆ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็สามารถมีอายุยืนยาวได้
- ฉันรู้สึกไม่ดีเลยที่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ฉันคิดว่าคนที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป
- ฉันคิดว่าคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสุขภาพไม่ดี

กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติกลาง ๆ ตามลำดับค่าเฉลี่ย ได้แก่

- โรคความดันโลหิตสูงเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต

กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงลบตามลำดับค่าเฉลี่ย ได้แก่

- ไม่ใช่เรื่องน่าตกใจอะไรเพราะใคร ๆ ก็เป็นโรคความดันโลหิตสูงกัน
- ฉันคิดว่าคงจะอายุสั้นเมื่อพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคธรรมดาธรรมดา ไม่มีอันตราย
- ฉันรู้สึกดีเมื่อพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง

4.5 ความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อแต่ละประเภทต่าง ๆ กับระดับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเปิดรับสื่อกับความรู้อะไรเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ปริมาณการเปิดรับสื่อตามประเภทของสื่อ	ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	
	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ r	p-value
โทรทัศน์	-.009	.851
วิทยุ	.316**	<.001
หนังสือพิมพ์	-.001	.976
นิตยสาร	-.262**	<.001
แผ่นพับ วิดีโอในโรงพยาบาล	.450*	.021
อินเทอร์เน็ต	.404**	<.001
โทรศัพท์เคลื่อนที่	.196	.072

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการเปิดรับสื่อตามประเภทของสื่อกับความรู้อะไรเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความถี่ของการเปิดรับสื่อผ่านทางวิทยุและความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ($r=.316$, $p\text{-value}<.001$) ความถี่ของการเปิดรับสื่อผ่านทางนิตยสารและความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้ามและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ($r=-.262$, $p\text{-value}<.001$) สำหรับความถี่ของการเปิดรับสื่อผ่านแผ่นพับ วิดีโอในโรงพยาบาลและความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ($r=.450$, $p\text{-value} = .021$) และความถี่ของการเปิดรับสื่อผ่านอินเทอร์เน็ตและความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ($r=.404$, $p\text{-value}<.001$) ส่วนความถี่ของการเปิดรับสื่อผ่านทางโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และโทรศัพท์เคลื่อนที่กับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 9 ความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสื่อบุคคล

สื่อบุคคล	ความรู้เกี่ยวกับโรค			F	p-value
	ความดันโลหิตสูง				
	N	Mean	S.D.		
บุคคลที่พูดด้วยเป็นประจำทางโทรศัพท์					
เพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูง	157	15.35	1.739	63.044	.014*
ญาติ พี่น้อง	137	14.90	2.064		
สามี ภรรยา	28	12.50	2.560		
บุคลากรทางการแพทย์	78	12.06	1.789		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามบุคคลที่พูดด้วยเป็นประจำทางโทรศัพท์โดยวิธีทดสอบ LSD

บุคคลที่พูดด้วยเป็นประจำทางโทรศัพท์	Mean	ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่			
		เพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูง	ญาติ พี่น้อง	สามี ภรรยา	บุคลากรทางการแพทย์
เพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูง	15.35	-	0.451*	2.856*	3.292*
ญาติ พี่น้อง	14.90	-	-	2.405*	2.841*
สามี ภรรยา	12.50	-	-	-	-
บุคลากรทางการแพทย์	12.06	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 และตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พูดคุยกับเพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.35 ส่วนกลุ่มตัวอย่างพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 12.06 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พูดคุยกับสื่อบุคคลที่แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=63.044$, $p\text{-value}=0.014$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี LSD พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พูดคุยกับเพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้

โรค ความดันโลหิตสูงแตกต่างกันทุกกลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างที่พูดคุยกับญาติพี่น้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันกับกลุ่มที่พูดคุยกับสามีหรือภรรยา และบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 11 ความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของการเคยได้รับข่าวสารโครงการรณรงค์ด้านความดันโลหิตสูงจากสื่อต่าง ๆ

การเคยได้รับข่าวสาร โครงการรณรงค์ด้านความดันโลหิตสูงจากสื่อต่างๆ	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	Mean				
	N	Mean	S.D.		
ไม่เคยได้รับข้อมูล ไม่เคยได้ยิน	26	10.20	0.135	37.486	.035*
เคยได้รับข้อมูล/ได้ยินบางครั้ง	357	14.51	2.234		
เคยได้รับข้อมูล/ได้ยินเป็นประจำ	17	15.11	1.505		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามการเคยได้รับข่าวสารโครงการรณรงค์ด้านความดันโลหิตสูงจากสื่อต่าง ๆ โดยวิธีทดสอบ LSD

การได้รับข่าวสาร โครงการรณรงค์ด้านความดันโลหิตสูงจากสื่อต่างๆ	Mean	ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่		
		ไม่เคยได้รับข้อมูล/ไม่เคยได้ยิน	เคยได้รับข้อมูล/ได้ยินบางครั้ง	เคยได้รับข้อมูล/ได้ยินเป็นประจำ
ไม่เคยได้รับข้อมูล /ไม่เคยได้ยิน	10.20	-	-	-
เคยได้รับข้อมูล /ได้ยินบางครั้ง	14.51	-	-	4.512*
เคยได้รับข้อมูล/ได้ยินเป็นประจำ	15.11	-	-	5.115*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 และตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารโครงการรณรงค์ด้านความดันโลหิตสูงจากสื่อต่างๆเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.11 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข้อมูล/ไม่เคยได้ยินมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 10.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสาร โครงการรณรงค์ด้านความดันโลหิตสูงจากสื่อต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=37.486$, $p\text{-value}=0.035$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข้อมูล/ไม่เคยได้ยินมีความรู้โรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันทุกกลุ่ม แสดงตามตารางที่ 12

4.6 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อแต่ละประเภทกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเปิดรับสื่อกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ปริมาณการเปิดรับสื่อตามประเภทของสื่อ	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง	
	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ r	p-value
โทรทัศน์	.174**	<.001
วิทยุ	.135**	<.001
หนังสือพิมพ์	-.119*	.017
นิตยสาร	-.142*	.004
แผ่นพับ วิดีโอในโรงพยาบาล	-.262**	<.001
อินเทอร์เน็ต	-.193**	<.001
โทรศัพท์เคลื่อนที่	.238**	<.001

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเปิดรับสื่อตามประเภทของสื่อกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านโทรทัศน์ วิทยุและโทรศัพท์เคลื่อนที่กับทัศนคติเรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 โดยค่าสถิติของการทดสอบสื่อโทรทัศน์คือ ($r=.174$, $p\text{-value}<.001$) สถิติการทดสอบสื่อวิทยุ ($r=.135$, $p\text{-value}<.001$) และโทรศัพท์เคลื่อนที่ ($r=.238$, $p\text{-value}<.001$) ส่วนปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านหนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับวิดีโอในโรงพยาบาลและอินเทอร์เน็ตกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้ามและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าสถิติของการทดสอบสื่อหนังสือพิมพ์คือ ($r=-.119$, $p\text{-value}=.017$) สถิติการทดสอบสื่อ นิตยสาร ($r=-.142$, $p\text{-value}=.004$) และแผ่นพับ วิดีโอในโรงพยาบาล ($r=-.262$, $p\text{-value}<.001$) สถิติการทดสอบสื่ออินเทอร์เน็ต ($r=-.193$, $p\text{-value}<.001$)

4.7 ผลเปรียบเทียบลักษณะประชากรได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้กับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 14 การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			t	p-value
	N	Mean	S.D.		
เพศชาย	188	14.46	2.390	0.828	.408
เพศหญิง	212	14.26	2.291		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 14 พบว่าเพศชายมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง ไม่มากนัก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.46 และ 14.26 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($t=0.828$, $p\text{-value}=0.408$)

ตารางที่ 15 การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอายุ

อายุ	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
ต่ำกว่า 40 ปี	26	11.34	2.171	29.034	1.528
41 – 50 ปี	100	13.58	2.582		
51 – 60 ปี	128	14.42	2.282		
61 – 70 ปี	93	15.80	1.512		
71 – 80 ปี	53	14.60	0.816		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.80 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 11.34 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=29.034$, $p\text{-value}=1.52$)

ตารางที่ 16 การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอาชีพ

อาชีพ	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
พนักงานบริษัทเอกชน	18	10.11	0323	28.512	.022
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	53	13.16	1.450		
ข้าราชการ	15	13.26	0.457		
ข้าราชการบำนาญ	49	14.81	1.166		
ค้าขาย	93	14.59	2.533		
ธุรกิจส่วนตัว	62	13.51	2.379		
รับจ้างทั่วไป	57	15.10	1.622		
แม่บ้าน/ไม่ทำงาน	25	16.12	2.127		
เกษตรกร	28	17.14	0.448		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มอาชีพ โดยวิธีทดสอบ LSD

อาชีพ	Mean	ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่								
		พ.น.ง. บริษัท เอกชน	ลูกจ้าง รัฐวิสาหกิจ	ข้าราชการ	ข้าราชการ บำนาญ	ค้าขาย	ธุรกิจส่วนตัว	รับจ้างทั่วไป	แม่บ้าน/ไม่ทำงาน	เกษตรกร
พนักงานบริษัทเอกชน	10.11	-	-3.058*	-3.155*	-4.705*	-4.480*	-3.405*	-4.994*	-6.008*	-7.031*
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	13.16	-	-	-	-1.646*	-1.421*	-	-1.935*	-2.950*	-3.973*
ข้าราชการ	13.26	-	-	-	-1.549*	-1.324*	-	-1.838*	-2.853	-3.876*
ข้าราชการบำนาญ	14.81	-	-	-	-	-	1.300*	-	-1.303*	-2.326*
ค้าขาย	14.59	-	-	-	-	-	1.075*	-	-1.528*	-2.551*
ธุรกิจส่วนตัว	13.51	-	-	-	-	-	-	-1.589*	-2.603*	-3.626*
รับจ้างทั่วไป	15.10	-	-	-	-	-	-	-	-1.014*	-2.037*
แม่บ้าน/ไม่ทำงาน	16.12	-	-	-	-	-	-	-	-	-1.022*
เกษตรกร	17.14	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 16 และตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.14 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 10.11 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=28.512$, $p\text{-value}=0.022$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกร มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มอาชีพ และกลุ่มที่มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนก็มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มอาชีพเช่นกัน แสดงตามตารางที่ 17

ตารางที่ 18 การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	13.19		
ประถมศึกษา	7	16.00	0.023		
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	16.82	1.388		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	78	14.62	2.268		
อนุปริญญา/ปวส.	97	14.41	2.197		
ปริญญาตรี	163	19.00	1.800		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้โรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มระดับการศึกษาโดยวิธีทดสอบ LSD

ระดับการศึกษา	Mean	ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่					
		ไม่ได้เรียนหนังสือ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	อนุปริญญา/ปวส.	ปริญญาตรี
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13.19	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	16.00	-	-	-	-	1.587*	2.809*
มัธยมศึกษาตอนต้น	16.82	-	-	-	2.201*	2.417*	3.639*
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14.62	-	-	-	-	-	1.438*
อนุปริญญา/ปวส.	14.41	-	-	-	-	-	1.222*
ปริญญาตรี	19.00	-	3.000*	2.170*	4.371*	4.587*	5.809*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 18 และตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 13.19 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=37.794$, $P\text{-value}=0.017$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มระดับการศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มระดับการศึกษาเช่นกัน แสดงตามตารางที่ 19

ตารางที่ 20 การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามสถานภาพสมรส

ลักษณะประชากร	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
โสด	57	11.15	2.094	61.693	.018
สมรส	248	14.94	1.875		
หย่าร้าง แยกกันอยู่	33	14.30	1.131		
อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส	62	15.00	2.325		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความรู้โรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มสถานภาพสมรส โดยวิธีทดสอบ LSD

ลักษณะประชากร	Mean	ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่			
		โสด	สมรส	หย่าร้าง แยกกันอยู่	อยู่ด้วยกัน ยังไม่สมรส
โสด	11.15	-	-3.785*	-3.145*	-3.842*
สมรส	14.94	-	-	-	-
หย่าร้าง แยกกันอยู่	14.30	-	-	-	-
อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส	15.00	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 20 และตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพอยู่ด้วยกันยังไม่สมรสมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 รองลงมาคือสถานภาพสมรส ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.94 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 11.15 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=61.693$, $p\text{-value}=0.018$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพโสดมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มของสถานภาพ

ตารางที่ 22 การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของรายได้

ลักษณะประชากร	ความรู้เกี่ยวกับโรค			F	p-value
	ความดันโลหิตสูง				
	N	Mean	S.D.		
รายได้ (บาท)					
ต่ำกว่า 10,000	50	14.00	2.207	9.092	.064
10,001 - 15,000	41	15.14	1.062		
15,001 - 20,000	42	14.45	1.484		
20,001 - 25,000	97	15.94	2.594		
25,001 - 30,000	70	14.34	2.070		
มากกว่า 30,000	100	13.57	2.539		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 20,001 - 25,000 บาทต่อเดือน มีค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.94 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 13.57 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=9.092$, $p\text{-value}=0.064$)

4.8 ผลเปรียบเทียบลักษณะประชากรได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้กับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 23 การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่าง ของเพศ

ลักษณะประชากร	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง			t	p-value
	N	Mean	S.D.		
เพศ					
ชาย	188	3.12	0.180	1.525	.128
หญิง	212	3.10	0.166		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าเพศหญิง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 และ 3.10 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($t=1.525$, $p\text{-value}=0.128$)

ตารางที่ 24 การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอายุ

ลักษณะประชากร	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
อายุ					
ต่ำกว่า 40 ปี	26	3.15	0.165	2.327	.056
41 – 50 ปี	100	3.09	0.173		
51 – 60 ปี	128	3.10	0.167		
61 – 70 ปี	93	3.09	0.147		
71 – 80 ปี	53	3.17	0.218		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 71-80 ปีมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41 – 50 ปี และ 61 – 70 ปี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.09 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=2.327$, $P\text{-value}=0.056$)

ตารางที่ 25 การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอาชีพ

ลักษณะประชากร	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	n	Mean	S.D.		
อาชีพ					
พนักงานบริษัทเอกชน	18	2.95	0.064	9.911	2.01
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	53	3.09	0.182		
ข้าราชการ	15	3.12	0.127		
ข้าราชการบำนาญ	49	3.14	0.140		
ค้าขาย	93	3.11	0.164		
ธุรกิจส่วนตัว	62	3.14	0.153		
รับจ้างทั่วไป	57	3.20	0.183		
แม่บ้าน/ไม่ทำงาน	25	3.07	0.206		
เกษตรกร	28	2.92	0.083		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 25 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.92 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=9.911$, $p\text{-value}=2.01$)

ตารางที่ 26 การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของระดับการศึกษา

ลักษณะประชากร	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.91	0.035	3.719	.003*
ประถมศึกษา	7	3.15	0.053		
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	3.07	0.121		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	78	3.14	0.204		
อนุปริญญา/ปวส.	97	3.13	0.192		
ปริญญาตรี	163	3.10	0.157		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มระดับการศึกษาโดยวิธีทดสอบ LSD

ระดับการศึกษา	Mean	ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่					
		ไม่ได้เรียนหนังสือ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	อนุปริญญา/ปวส.	ปริญญาตรี
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2.91	-	-.244*	-.166*	-.233*	-.221*	-.188*
ประถมศึกษา	3.15	-	-	-	-	-	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	3.07	-	-	-	-.067*	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3.14	-	-	-	-	-	-
อนุปริญญา/ปวส.	3.13	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรี	3.10	-	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 26 และตารางที่ 27 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย และอนุปริญาตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 และ 3.13 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.95 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=3.719$, $p\text{-value}=0.003$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีทัศนคติ ต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มของระดับการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย แสดงตามตารางที่ 27

ตารางที่ 28 การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามสถานภาพสมรส

ลักษณะประชากร	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
สถานภาพสมรส					
โสด	57	3.04	0.127	12.00	.039*
สมรส	248	3.09	0.167		
หย่าร้าง แยกกันอยู่	33	3.22	0.206		
อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส	62	3.17	0.170		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 29 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มสถานภาพสมรส โดยวิธีทดสอบ LSD

สถานภาพสมรส	Mean	ผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่			
		โสด	สมรส	หย่าร้าง / แยกกันอยู่	อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส
โสด	3.04	-	-.058*	-.186*	-.132*
สมรส	3.09	-	-	-.128*	-.073*
หย่าร้าง แยกกันอยู่	3.22	-	-	-	-
อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส	3.17	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 28 และตารางที่ 29 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้าง แยกกันอยู่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.04 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=12.00$, $p\text{-value}=0.039$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพโสดมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มของสถานภาพ และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับกลุ่มที่หย่าร้าง แยกกันอยู่ และกลุ่มที่อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส แสดงตามตารางที่ 29

ตารางที่ 30 การทดสอบความแตกต่างของระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามรายได้

ลักษณะประชากร	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง			F	p-value
	N	Mean	S.D.		
รายได้ (บาท)					
ต่ำกว่า 10,000	50	3.25	0.183	12.654	.064
10,001 -15,000	41	3.01	0.138		
15,001- 20,000	42	3.12	0.146		
20,001 -25,000	97	3.11	0.144		
25,001 -30,000	70	3.05	0.173		
มากกว่า 30,000	100	3.11	0.173		

จากตารางที่ 30 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.01 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=12.654$, $p\text{-value}=0.064$)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสกับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อกับระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตหรือที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตจำนวนทั้งสิ้น 400คน ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 7 แห่งคือ 1 เขตห้วยขวาง 2 เขตวงศ์สว่าง 3 เขตลาดพร้าว 4เขตวัดธาตุทอง 5 เขตบางซื่อ 6 เขตสามเสนนอก 7 เขตดินแดง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 400ชุด ตรวจสอบคุณภาพและตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน

ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เพื่อวิเคราะห์แบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 2 และวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อวิเคราะห์แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.77 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตหรือที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 7 แห่ง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients: r) หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเปิดรับสื่อกับระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงและการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance : ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.0 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.2 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.8 อยู่ในสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.0 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดคือมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.0

5.1.2 การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีปริมาณการเปิดรับสื่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.23$, $SD.=1.439$) กลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการรับสื่อจากวิทยุมากที่สุด ($\bar{X}=3.31$, $SD.=1.839$) รองลงมาคือโทรทัศน์เคลื่อนที่ ($\bar{X}=3.10$, $SD.=1.538$) โดยมีการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากเพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 157 คน ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือญาติพี่น้อง บุคลากรทางการแพทย์และสามี/ภรรยาตามลำดับ

5.1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง จำนวน 281 คน ร้อยละ 70.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.45

เมื่อพิจารณารายด้านของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และ 2.76 ตามลำดับ ส่วนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 และ 2.16 ตามลำดับ

5.1.4 ทักษะติดต่อโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับทักษะติดต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.11

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกในเรื่องความกังวลว่าจะมีโรคร้ายอื่นตามมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.00 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบในการรู้สึกดีเมื่อพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1.83

5.1.5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

สมมติฐานที่ 1 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้จากผลการวิจัยพบว่า

1. ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านทางวิทยุกับระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ($r=.316$, $p\text{-value}<.001$)
2. ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านแผ่นพับ วิดีโอในโรงพยาบาลกับระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($r=.450$, $p\text{-value}<.001$)
3. ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านอินเทอร์เน็ตและความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ($r=.404$, $p\text{-value}<.001$)
4. ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และโทรศัพท์เคลื่อนที่กับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กัน

สมมติฐานที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงจากผลการวิจัยพบว่า

1. ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านโทรทัศน์ วิทยุและโทรศัพท์เคลื่อนที่กับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$
2. ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านหนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับวิดีโอในโรงพยาบาลและอินเทอร์เน็ตกับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้ามและมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกันจากผลการวิจัยพบว่า

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างทางเพศพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($t=0.828$, $p\text{-value}=0.408$)
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=29.034$, $p\text{-value}=1.52$)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของรายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=9.092$, $p\text{-value}=0.064$)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของ **อาชีพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=28.512$, $p\text{-value}=0.022$)

5. การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของระดับ **การศึกษา** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.19 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=37.794$, $p\text{-value}=0.017$)

6. การทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของ **สถานภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=61.693$, $p\text{-value}=0.018$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพอยู่ด้วยกันยังไม่สมรสมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 รองลงมาคือสถานภาพสมรส ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.94 ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสถานภาพโสดมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 11.15 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=61.693$, $p\text{-value}=0.018$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพโสดมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มของสถานภาพ

สมมติฐานที่ 4 ลักษณะประชากรได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ต่างกันมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงต่างกันจากผลการวิจัยพบว่า

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของเพศพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($t=1.525$, $p\text{-value}=0.128$)

2. การทดสอบความแตกต่างของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของ **อายุ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 71-80 ปีมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41 – 50 ปี และ 61 – 70 ปีมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=2.327$, $p\text{-value}=0.056$)

3. การทดสอบความแตกต่างของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของ **รายได้** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท มีค่าเฉลี่ย

น้อยที่สุดเมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=12.654$, $p\text{-value}=0.064$)

4. การทดสอบความแตกต่างของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีค่าเฉลี่ยทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($F=9.911$, $p\text{-value}=2.01$)

5. การทดสอบความแตกต่างของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=3.719$, $p\text{-value}=0.003$)

6. การทดสอบความแตกต่างของทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงตามความแตกต่างของสถานภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้าง แยกกันอยู่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพโสดมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพแตกต่างกันมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=12.00$, $p\text{-value}=0.039$)

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3. ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกันและ 4. ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรสต่างกันมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน

ลักษณะทางประชากร	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง
เพศ	X	X
อายุ	X	X
รายได้	X	X
อาชีพ	/	X
การศึกษา	/	/
สถานภาพสมรส	/	/

หมายเหตุ 1) X หมายถึง ไม่มีความแตกต่างกัน

2) / หมายถึง มีความแตกต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างทางด้านลักษณะทางประชากรมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกันดังนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างทางด้านอาชีพ การศึกษา สถานภาพมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน ผลที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างทางด้าน เพศ อายุ รายได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ปริมาณการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการรับสื่อจากวิทยุมากที่สุด ($\bar{X} = 3.31$, S.D.=1.839) และรองลงมาคือ โทรทัศน์เคลื่อนที่ ($\bar{X} = 3.10$, S.D.=1.538) และอินเทอร์เน็ต ($\bar{X} = 2.35$, S.D.=1.796) ซึ่ง Becker, 1979 (อ้างใน ประภาพรณ ลิมสุขศิริ, 2543 : 16) บุคคลจะมีพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเพื่อ การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) และเพื่อเปิดรับข้อมูล (Information receptivity) ที่ตนเองสนใจ และRivers และ Schram (1969) กล่าวว่าบุคคลมักจะเลือกใช้สื่อที่ให้ความพึงพอใจมาก แต่ใช้ความพยายามน้อย และโดยธรรมชาติของ สื่อวิทยุ (Radio) เป็นสื่อที่สามารถเลือกกลุ่มผู้ฟังได้ดี ทั้งในแง่ลักษณะทางประชากรและสภาพภูมิศาสตร์ กล่าวคือ สื่อวิทยุสามารถเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มคนทำงานได้ดี อีกทั้งเป็นแหล่งข่าวสารที่ไม่ต้องใช้เวลาความพยายามหรือต้นทุนมากนักในการเปิดรับ อย่างไรก็ตาม สื่อวิทยุเป็นสื่อที่ผู้ฟังไม่ให้ความสนใจมากนัก ผู้ฟังมักจะเปิดวิทยุไว้ในขณะที่ทำกิจกรรมอย่างอื่น เป็นผลให้มีความตั้งใจฟังต่ำ นอกจากนี้ ผู้ฟัง ยังมักจะเปิดวิทยุไว้เป็นเพื่อน ในขณะที่อยู่คนเดียว (Nylen, 1993) ส่วนในประเทศไทยมีผู้ฟังวิทยุมากที่สุดในช่วงเวลา 6.00-8.00 น.และ 10.00-12.00 น. แต่สำหรับในกรุงเทพมหานครมีผู้ฟังวิทยุมากที่สุดในช่วงเวลาระหว่าง 10.00-16.00 น. ของวันธรรมดา และเวลา 22.00-24.00 น. ของวันเสาร์และอาทิตย์ (Thailand Media Guide, 1998/99)

แม้ข้อด้อยของวิทยุที่การตั้งใจฟังจะต่ำกว่าสื่อชนิดอื่นแต่จากการทบทวนโครงการรณรงค์สื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าการสื่อสารที่ใช้สื่อวิทยุเป็นจำนวนมากเพราะสื่อวิทยุมีช่องสถานีที่หลากหลายซึ่งมีรูปแบบรายการเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน ทั้งสถานีวิทยุชุมชนหรือท้องถิ่นที่เช่นคลื่นวิทยุ จส.100 ออกอากาศทุกวันเสาร์ รายการความดันโลหิตสูงปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม ศูนย์การเรียนรู้วิทยุชุมชนเพื่อสุขภาพ FM.95.75 สถานีวิทยุแห่งประเทศไทยกรมประชาสัมพันธ์ AM 819 ออกอากาศทุกวันศุกร์รายการความดันโลหิตสูง สวพ.เอฟเอ็ม 91 ออกอากาศทุกวันอาทิตย์เป็นการสัมภาษณ์สดเรื่องการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คลื่นสุขภาพดี มีความสุข ขสทบ. 102 ทุกวันเสาร์มีการเปิดสายสนทนากับคุณหมอสถานีวิทยุ อสมท . โมเดิร์น เรดิโอ FM 96.5 ซึ่งออกอากาศตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้สามารถเลือกรับฟังวิทยุช่วงเวลาไหน

ก็ได้ การสัมภาษณ์ทางวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย A.M. 837 KHZ ตอบคำถามผ่านทาง โทรศัพท์ที่สำนักงานโรคไม่ติดต่อและผ่านทางช่องทางสถานี Thai PBS จัดกิจกรรมโครงการสื่อสาร ความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรค “สู้โรคไร้พรมแดน AEC” ในกิจกรรมงานมติชน เฮลท์แคร์ 2013 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงผ่านสื่อวิทยุมากที่สุด

5.2.2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความรู้อ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ ตอบแบบสอบถาม จากลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 68.40 ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีการศึกษาดีซึ่งจากข้อมูลพบว่ามีการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.80 และกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการรับข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากประเภทของสื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการ รับสื่อจากวิทยุมากที่สุด ($\bar{X} = 3.31$, S.D.=1.839) และรองลงมาคือ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ($\bar{X} = 3.10$, S.D.=1.538) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิลักษณ์ วงศ์วรเศรษฐ์ เรื่องรูปแบบการเปิดรับสื่อ ของผู้บริโภคชายในกรุงเทพมหานคร , 2543 ซึ่งพบว่า ผู้บริโภคชายในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ ฟังวิทยุทุกวัน วันละ 1 – 2 ชั่วโมง และกลุ่มซึ่งมีอายุมาก มีการศึกษาสูง และรายได้สูงมักจะเปิดรับ สื่อประเภทที่เน้นให้สาระความรู้ จากงานวิจัยของ นภาพกรณ์ อัจฉริยากุล และ วิจิตร ภักดีรัตน์ (2521) กล่าวว่า สื่อวิทยุที่ส่งสารไปยังผู้รับสารโดยการกระจายเสียง นับเป็นสื่อมวลชนที่แพร่หลาย มาก ถือเป็นสื่ออย่างหนึ่งที่ทำหน้าที่เผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และความบันเทิง ทั้งยังสามารถเข้าถึง กลุ่มคนได้เป็นจำนวนมากอีกด้วย และเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า วิทยุกระจายเสียงนั้นเป็นสื่อมวลชนที่มี ความสามารถในการบริการผู้ฟังในเขตรศมีการส่งกระจายเสียงมีราคาไม่แพง ทั้งยังสามารถ เคลื่อนย้ายและใช้ได้สะดวก สำหรับสื่อเคลื่อนที่หรือโทรศัพท์มือถือ (Mobile phone) นั้นสอดคล้อง กับการศึกษาของ Tsang Ho และ Liang (2004) ได้อธิบายไว้ว่าโทรศัพท์มือถือชิ้นนั้น ถือเป็นสื่อที่มี ความเป็นส่วนบุคคลสูงมาก เป็นสื่อที่อนุญาตให้บุคคลเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา สื่อเคลื่อนที่หรือ โทรศัพท์มือถือชิ้นนั้นมีความสามารถในการทำงาน (Function) ที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น บริการส่ง ข้อความสั้น (SMS) บริการส่งข้อความมัลติมีเดีย (MMS) เกม (Games) ถ่ายภาพนิ่ง ถ่ายภาพ เคลื่อนไหว พื้นที่เก็บเพลง สร้างสัญญาณเชื่อมต่อ (Bluetooth) ระบบรายงานตำแหน่ง (GPS) ซึ่งจาก ข้อดีดังกล่าวทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างดี

จากผลการวิจัยพบว่าปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านแผ่นพับ วิดีโอในโรงพยาบาลกับระดับความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก ($r=.450$, $p\text{-value} = .021$) ซึ่งแผ่นพับ เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่สามารถนำกลับไปอ่านเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา จึงเป็นสื่อที่สามารถให้ผู้รับสาร ทำความเข้าใจได้โดยไม่ถูกจำกัดด้วยระยะเวลา ซึ่งประสิทธิภาพของการใช้แผ่นพับในการให้ความรู้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับงานวิจัยของ มาลี สุดสวนสี (2539) เรื่องผลของการสอน

สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มโดยใช้แผนพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยสอน สุขศึกษาโดยใช้แผนพบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 63.8 และมีความรู้ในระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 44.4 เป็นร้อยละ 57.8 และคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังสอนสุขศึกษาสูงกว่าก่อนสอนสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยพบว่า ปริมาณการเปิดรับสื่อผ่านอินเทอร์เน็ตและความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก ($r=0.404$, $p\text{-value}<0.001$) จากผลสำรวจจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต ในประเทศไทยนั้นพบว่า มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 18,310,000 คน (ร้อยละ 27.4 ของจำนวนประชากรทั้ง ประเทศ) ได้รับการจัดอันดับให้เป็นประเทศที่มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดอันดับที่ 9 ของทวีปเอเชีย (Internet world stats. 2010) ซึ่งสื่อรูปแบบใหม่ (New media) นั้นปัจจุบันมีการพัฒนาไปอย่างมาก ทั้ง อยู่ในรูปแบบของระบบเว็บ (Web) ระบบค้นหาฐานข้อมูลซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการข้อมูล ข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว และยังมีสื่อเคลื่อนที่หรือโทรศัพท์มือถือ (Mobile phone) สื่อสังคม (Social media site) จากข้อดีของสื่อรูปแบบใหม่ (New media) ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงมีแนวโน้มที่จะเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างไปจากการเปิดรับสื่อทั่วไป ซึ่ง จากการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ สัมพันธ์ในทางบวกกับปริมาณการเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการใช้และการทำ ให้เกิดความพึงพอใจจากสื่อมวลชน (Uses and Gratifications of Media) ประมะ สตะเวทิน (2546) ซึ่งกล่าวว่าตัวผู้รับสารเป็นผู้เลือกใช้สื่อต่าง ๆ และเลือกรับเนื้อหาข่าวสารเพื่อสนองความ ต้องการของตนเอง ในกรณีนี้ผู้ที่โรคความดันโลหิตสูงมีความสนใจในเรื่องข้อมูลของโรคและ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ตนเองเป็น ข้อดีของสื่ออินเทอร์เน็ตหรือสื่อรูปแบบใหม่ (New media) กับ สื่ออื่น ๆ จะพบว่าสื่ออินเทอร์เน็ต สามารถสืบค้นข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว และตรงกับความ ต้องการของผู้ใช้และมีปริมาณข้อมูลที่เพียงพอ แก่ความต้องการ ทำให้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ว่า ปริมาณของการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น มีผลให้ระดับความรู้เพิ่มขึ้น คือยิ่ง เปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาก ก็ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากตามไป ด้วย

จากผลการวิจัยพบว่า ปริมาณการเปิดรับสื่อโทรศัพท์เคลื่อนที่ กับความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างพูดคุยเรื่องเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงกับเพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 39.2 และรองลงมาคือ ญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 34.2 การสื่อสารระหว่างบุคคลนี้เป็นช่องทางการสื่อสารที่มีระดับของปฏิภานการ ตอบสนองสูง ทำให้ลดอุปสรรคในการสื่อสารและสามารถจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ที่ฝังรากลึกได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับ ข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทอง (2542) พบว่า สำหรับสื่อบุคคลสตรีวัยทอง

รับข่าวสารจากเพื่อนมากที่สุด รองลงมาคือญาติพี่น้อง และแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและจากการทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พูดคุยโทรศัพท์กับเพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนความรู้สูงสุด ($\bar{X} = 15.35$, S.D.=1.739) รองลงมาคือ กลุ่มที่พูดคุยโทรศัพท์กับญาติ/พี่น้อง ($\bar{X} = 14.90$, S.D.=2.064) กลุ่มที่พูดคุยโทรศัพท์กับสามี ภรรยา ($\bar{X} = 12.50$, S.D.=2.560) และกลุ่มที่พูดคุยบุคลากรทางการแพทย์ ($\bar{X} = 12.06$, S.D.=1.789) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันภายในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House as cited in Brown. 1986) คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน รวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ และช่วยเอื้ออำนวยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซีเรมบัส (Serembus. 1998) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจได้ประสบความสำเร็จและสอดคล้องกับ Brown (1974) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญกับตนนั้น มีความสำคัญต่อบุคคลอย่างยิ่ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหามากมาย บุคคลจึงต้องการผู้ที่มีความรู้สึกร่วมมีความเห็นใจ ให้กำลังใจ หรือบางครั้งอาจต้องการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย แรงใจ หรือสิ่งของและทุนทรัพย์ในบางโอกาสที่บุคคลอ่อนแอหรือมีข้อจำกัด บุคคลจึงต้องการผู้ที่มีความสำคัญสำหรับช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มปฐมภูมิ และบุคคลเหล่านี้มีส่วนสำคัญอย่างมากทางด้านสาธารณสุขมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากครอบครัวแล้ว ยังพบว่าเครือข่ายทางสังคม (social network) เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนสนิท ก็มีผลสำคัญต่อพฤติกรรม ซึ่งจากผลการวิจัยการพูดคุยโทรศัพท์กับเพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดนั้น สอดคล้องกับ อรรวรรณ ปิลันธน์โอวาท (2552) การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ กล่าวว่าความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ คือความสามารถหรือความเป็นผู้ชำนาญ (Competence of expertness) และความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) ปัจจัยทั้งสองประการนี้ ผู้รับสารต้องมองเห็นว่ามีอยู่ในตัวผู้ส่งสาร ซึ่งกรณีของเพื่อนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น ในด้านความชำนาญนั้นย่อมกล่าวได้ว่ามีประสบการณ์ตรงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และความน่าไว้วางใจเพราะอยู่ในฐานะเพื่อนซึ่งใกล้ชิดสนิทสนมกว่าบุคคลอื่น ส่วนของบุคลากรทางการแพทย์นั้นอาจมีความรู้ความชำนาญสูงแต่อาจจะมีความเกรงอกเกรงใจ และไม่สนิทสนม และสำหรับญาติ/พี่น้องนั้นอาจไม่มีความชำนาญในโรคความดันโลหิตสูงและอีกประเด็นที่สำคัญคือ เรื่องของกลุ่มอ้างอิง ซึ่ง อรรวรรณ ปิลันธน์โอวาท (2552) ระบุ

ว่ากลุ่มที่พบพบต่อคนเรานั้นคือกลุ่มอ้างอิง (Reference groups) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เราใช้ยึดถือเป็นหลักในการร่วมมือกัน กลุ่มอ้างอิงนี้ มีบทบาทที่สำคัญในฐานะสนับสนุนและคัดค้าน (Positive and negative) ซึ่งมีหน้าที่กำหนดพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และเป็นมาตรฐานแห่งการตัดสินใจ (Check point) เมื่อมีการรับสารเพื่อโน้มน้าวใจ ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นอาจจะเป็นกลุ่มที่ไม่มีสมาชิกภาพชัดเจน แต่ย่อมมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และมีการพบปะพูดคุยในฐานะเพื่อนย่อมสามารถที่จะเกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5.2.3 ลักษณะประชากรกับความรู้อันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (\bar{X} = 17.14, S.D. = 0.448) เมื่อเทียบกับอาชีพอื่น ๆ และจากการเปรียบเทียบ One-Way ANOVA ความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=28.512$, $P\text{-value}=0.022$) สรุปว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มอาชีพ ซึ่งจากวัตรระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป (\bar{X} = 3.20, S.D. = 0.183) กลุ่มอาชีพธุรกิจส่วนตัวและข้าราชการบำนาญ (\bar{X} = 3.14, S.D. = 0.153) และ (\bar{X} = 3.14, S.D. = 0.140) และ กลุ่มอาชีพข้าราชการ (\bar{X} = 3.12, S.D. = 0.127) กลุ่มอาชีพค้าขาย (\bar{X} = 3.11, S.D. = 0.164) และกลุ่มอาชีพเกษตรกร (\bar{X} = 2.92, S.D. = 0.083) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาชีพเกษตรกรเป็นกลุ่มที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูงน้อยที่สุด หมายความว่ากลุ่มเกษตรกรเป็นที่ไม่พึงพอใจต่อโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นความกลัวหรือวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค (จากข้อมูลแบบสอบถาม การกังวลว่าจะมีโรคร้ายอื่นตามมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนสูงสุด (\bar{X} = 4.00, S.D. = 0.430) ซึ่งการมีทัศนคติเชิงลบต่อโรคเมื่อเทียบกับอาชีพอื่นจึงเป็นสาเหตุให้กลุ่มอาชีพเกษตรกรมีความกังวล และตระหนักถึงการเป็นโรค จึงส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าอาชีพอื่น จากกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพของอิสระตนเองคือเกษตรกร แม่บ้าน รับจ้างทั่วไปตามลำดับซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่ได้อยู่ภายใต้องค์กรเพื่อรองรับเรื่องรายจ่าย ต่อเดือนและเรื่องการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้มีความสนใจ ที่จะหาความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมากกว่าอาชีพอื่น ๆ ใส่ใจสุขภาพของตนเองเพราะต้องดูแลตนเองและครอบครัวต่างจากอาชีพที่ต้องเร่งรีบและทำงานนอกบ้านทำให้ไม่มีเวลาสนใจเรื่องสุขภาพตรงกับการศึกษาของวิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง (2547) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน ร้อยละ 65.88 ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพทำงานนอกบ้านกิจกรรมประจำวันต้องเร่งรีบจึงไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 13.19 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F=37.794$, $p\text{-value}=0.017$)

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มระดับการศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกับทุกกลุ่มระดับการศึกษาเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่าอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรี ธรรมิกบวร (2551) เรื่องการรอบรู้สุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถในการใช้ข้อมูลตัดสินใจและความสำเร็จในการแสดงบทบาทที่จะเป็นผู้ตัดสินใจด้านสุขภาพโดยมีทักษะพื้นฐานที่จำเป็น คือ ทักษะการอ่าน ทักษะการนับ การทำความเข้าใจ และการรอบรู้สุขภาพจะเกิดขึ้นได้มีปัจจัยที่สำคัญคือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล มีทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะการอ่าน การคิดวิเคราะห์ และสามารถสื่อสารเจรจาต่อรองได้ ทั้งนี้ทักษะการตีความและความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เงื่อนไขที่สำคัญคือการส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้ ถึงความจำเป็นที่ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่าระดับการศึกษาเป็นลักษณะทางประชากรปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้บุคคลมีการรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นหมายถึงการมีความรู้ที่จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้จากผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่างกันจึงมีระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อระดับความรู้ เช่น ทักษะการตีความโรค ระยะเวลาของการเป็นโรค การได้รับข้อมูลจากการรักษาพยาบาล รวมถึงสิ่งแวดล้อมด้านการสื่อสาร ในโรคความดันโลหิตสูง

สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกันโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกันยังไม่สมรส สมรส หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถานภาพสมรสหรือการครองเรือนมีลักษณะความแตกต่างกันมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ข่าวสารอันจะก่อให้เกิดความรู้ ซึ่งสถานภาพสมรสของบุคคลจะบ่งบอกถึงควมมีอิสระในการตัดสินใจและอิทธิพลต่อกระบวนการวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างที่สมรสและยังโสดย่อมมีกระบวนการการรับรู้ข่าวสารที่แตกต่างกันอันเนื่องมาจากสถานภาพครอบครัวและอิทธิพลของจำนวนบุคคลรอบข้างสอดคล้องกับการศึกษาของ Speers MA. (1990) ได้ศึกษาในระดับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในคู่สามีภรรยา 1,260 คู่ และทดสอบความสัมพันธ์ของระดับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงกับการควบคุมความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง (ตอบคำถามถูกต้องกว่าร้อยละ 70) และระดับความรู้ความดันโลหิตสูงทั้งของคู่สามีภรรยาและตัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมความดันโลหิตสูง

($r=0.41$) และเมื่อควบคุมปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรู้ คือ การศึกษา อายุ และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแล้วยังพบว่ายังคงมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.24$) เช่นเดิม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างทางด้าน การศึกษา สถานภาพมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน ผลที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างทางด้าน เพศ อายุ รายได้ อาชีพมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

การศึกษา ที่แตกต่างกันจะมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงต่างกันโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการศึกษาเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการสื่อสาร เพราะส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ความสนใจ การเปิดรับและการตีความข่าวสารของผู้รับสาร คนที่ได้รับการศึกษาต่างระดับในยุคสมัยที่ต่างกันในระบบการศึกษาที่ต่างกันหรือในสาขาวิชาที่ต่างกัน ย่อมมีความรู้สึกนึกคิด อุดมการณ์และความต้องการที่แตกต่างกันไปด้วย นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยหลายเล่มที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารว่าคนที่มีการศึกษาน้อยจะถูกชักชวนได้ง่ายกว่า หากใช้กลยุทธ์โน้มน้าวแบบให้ข้อมูลด้านเดียว (One-side Information) ขณะที่คนมีการศึกษาสูงจะต้องให้ข้อมูลแบบสองด้าน (Two-side Information) จึงจะสามารถโน้มน้าวได้ (กาญจนา แก้วเทพ. 2542)

สถานภาพ ที่แตกต่างกันจะมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงต่างกันโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส สมรสและโสดมีทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความหมายของทัศนคติจะเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุ หรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ แม้กระทั่งอาการเจ็บป่วยสถานภาพครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลรอบข้างมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด สถานภาพหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส สมรสทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีสถานภาพที่เป็นครอบครัวมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวและได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจ การสนับสนุนด้านการเงิน ทำให้สามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ลดความเครียดลงตลอดจนสามารถเผชิญปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างง่ายดายขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรค ดังนั้น ทัศนคติในที่นี้จึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า เชื่อมโยงความรู้กับพฤติกรรม นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงความชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล ที่แสดงออกในรูปแบบต่างๆกันไม่ว่าจะเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบขึ้นอยู่กับสถานการณ์และการเรียนรู้ ของความรู้สึกที่มีต่อวัตถุหรือปรากฏการณ์นั้น ๆ เป็นสำคัญ Katz and Stotland. (1959)

5.3 ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดการวิจัยดังนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะการเปิดรับสื่อ ไม่ได้ทำการศึกษาไปถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. จากการวิจัยพบว่า สื่อบุคคล (เพื่อน) ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นสื่อ**อิทธิพล**ที่สื่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่ม สร้างบุคคลต้นแบบเพื่อสื่อสารกันในกลุ่มผู้ป่วย สร้างแรงกระตุ้น การโน้มน้าวใจในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน
2. ควรส่งเสริมให้มีการใช้สื่อวิทยุ สื่ออินเทอร์เน็ต และสื่อแผ่นพับ/ วิดีโอในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลด้านโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับบยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและ**อาชีพ**สำหรับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย ควรเพิ่มการสื่อสารข้อมูลในด้านดังกล่าว
4. จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นควรวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำไปสู่การป้องกันและรักษาโรค

5.3.2 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงแรงจูงใจในการเลือกเปิดรับสื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. ควรศึกษาถึงรายละเอียดของสื่อประเภทต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเปิดรับ

บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วเทพ . (2542) **การวิเคราะห์สื่อ : แนวคิดและเทคนิค** . กรุงเทพมหานคร : เอ็ดดิสัน เพรส โพรดักส์ .
- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2552) **ระเบียบวิธีวิจัย**. เชียงใหม่ : ครองช่าง.
- คำนวนณ อึ้งชูศักดิ์, บรรณาธิการ. (2553) **คาดการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย 2554**. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. (2547) **ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- โคทม อาริยา. (2552) **กลยุทธ์บนเว็บเพื่อการสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นกับประชาชนในสามจังหวัด**. ชานนท์ ศิริธร. (2554) **การเปิดรับสื่อและการยอมรับนวัตกรรมของผู้บริโภคเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ และเจนเนอเรชั่นวาย**. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชียรธิดา มฤคทัต. (2543) **การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตามโครงการเกษตร ทฤษฎีใหม่ของเกษตรกร : กรณีศึกษาจังหวัดอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (สาขาวิชา นิเทศศาสตร์พัฒนาการ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- ธนีสรา เพชรยศ. (2554) **รูปแบบการเปิดรับสื่อของผู้บริโภคหญิงในกรุงเทพมหานคร** . วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (สาขาวิชา การโฆษณา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรเมศวร์ มยากร. (2546) **พฤติกรรมการสื่อสาร ทักษะคิด และการใช้ประโยชน์จากบริการกระดาษ ผ่านระบบเวปไซต์เว็บบของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร** . วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (สาขาวิชา นิเทศศาสตร์พัฒนาการ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประมะ สตะเวทิน.(2546) **การสื่อสารมวลชน กระบวนการและทฤษฎีพิมพ์ครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร ภาพพิมพ์.
- ประจักษ์ ก๊กก้อง. (2549) **การเปิดรับสื่อการประชาสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (สาขาวิชา นิเทศศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปิยะวดี ยาโน. (2551) **พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของนักศึกษาปริญญาตรีในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ บธ.ม. (สาขาวิชาการตลาด) กรุงเทพมหานครบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

“พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญของโรคเรื้อรังในประเทศไทย(กุมภาพันธ์ 2556) **สถานการณ์สุขภาพไทย.**

6(2) หน้า 17-19.

เพ็ญจันทร์ สุทธิพิเชษฐกุล. (2535) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ : ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาวิชาสื่อสารมวลชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2540) **เอกสารการสอนชุดวิชา หลักและทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 1-8. พิมพ์ครั้งที่ 13. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.**

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2540) **เอกสารการสอนชุดวิชา หลักและทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 1-8. พิมพ์ครั้งที่ 13. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.**

มาลี สุดสวนสี. (2539) ผลของการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มโดยใช้แผ่นพับในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขารณสุขศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานประจำปี 2550

วิชัย เอกพลากร,บรรณานิการ. (2552) **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพมหานคร : เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์จำกัด.**

วิเชียร เกตุสิงห์ . (2541) **คู่มือการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติ . กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช**

วิภาพร ศักดิ์สุริยผล. (2547). **พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม . วิทยานิพนธ์ กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยศิลปากร.**

ศิริมา มิตรเกษม. (2548) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ . วิทยานิพนธ์ กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์**

ศิริมา มิตรเกษม. (2548) **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.**

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ. (2553) **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (กุมภาพันธ์ 2557) “ภาวะสังคมไทย ไตรมาสสี่ และภาพรวมปี 2556” **Social Situation and Outlook**. 11(1) หน้า 8.
- สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์. (2542) **ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทอง**. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (นิเทศศาสตร์พัฒนาการ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2550) “ความดันโลหิตสูง : แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การรักษาและการดูแลตนเอง” **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 21(2) หน้า 79-90.
- สุกัญญา บุรณเดชาชัย. (2550) **การสื่อสารมวลชน แนวคิดและทฤษฎีและสถานการณ์ในประเทศไทย**. ชลบุรี : ภาควิชานิเทศศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุชาดา บวรกิติวงศ์. (2548) **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิลักษณ์ วงศ์วรเศรษฐ์. (2552) **รูปแบบการเปิดรับสื่อของผู้บริโภคชายในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. (สาขาวิชาการโฆษณา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปรียา ตันสกุล. (2549) **จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : วิฑูรย์การปก.
- สุรัชย์ มีชาญ. (ตุลาคม 2546) “คะแนนและแนวคิดพื้นฐานในการตัดเกรด” **วารสารศึกษาศาสตร์**. 15 (2) หน้า 82-94.
- สุรี ธรรมิกบวร. (เมษายน-มิถุนายน 2551) “การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ : การวิเคราะห์แนวคิด” **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 31 (2) หน้า 53-58.
- อรอุมา ศรีสุทธิพันธ์. (2545) **ความคิดเห็นและพฤติกรรมในการเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาวิชาสื่อสารมวลชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- Almas A. and Others. 2014 “Better physician-patient communication; an important milestone in control of hypertension, a multicenter study from karachi, Pakistan” **J Coll Physicians Surg Pak**. 24 (12) page 952-4.
- Spiegel A. (1998) **Clinical Guidelines on the Identification, Education and Treatment of Overweight and Obesity in Adults**. Geneva : World Health Organization.

- Schram, Wilbur. (1973) **Channels and Audiences in Handbook of Communication**.
Chicago : Rand Mcelly Colledge Publishing Company.
- Schram, Wilbur. (1973) **Men and Media : A look at Human-Communucation**.
New York : Harper and Row.
- Schwartz,N.E. (1975) **Nutritional Knowledge Attitude and Practices of High School**
JAM Diet Assoc 66 , (1) : 28-31.
- World Health Organization. (2011) **Global Status Report on Noncommunicable diseases 2010**. Geneva : WHO Press.
- World Health Organization. (2013) **Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva : World Health Organization.
- Werner P ,Lorig K, Ritter PL, Pifer C. (2013) “Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program for Persons with a Serious Mental Illness : A Translation Study” **Community Ment Health J**. Jun 8.
- Wagner EH , Bodenheimer T, Grumbach K. “Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2”. **JAMA**. 2002
Oct 16; 288 (15) : 1909-1914.
- Katz, D. & Stotland, E. (1959) “A Preliminary Statement to a Theory of Attitude Structure and Change”. In S. Koch (Ed.), **Psychology: A Study of a Science**, (3) : 423-475.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามเรื่องการเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง
ต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการเปิดรับสื่อ ความรู้และทัศนคติ ของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานครผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน ออกแบบโครงการการสื่อสารรณรงค์เกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต
2. ขอความอนุเคราะห์ตอบคำถามตามความเป็นจริง ถูกต้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้
3. แบบสอบถามชุดนี้มี 4 ตอน ประกอบด้วย
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ตอนที่ 2 การเปิดรับสื่อ
 - ตอนที่ 3 ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
 - ตอนที่ 4 ทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง
4. **คุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม** : ต้องเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง และต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตหรือที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลและใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ (ตั้งแต่ 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)

<input type="radio"/> ต่ำกว่า 40 ปี	<input type="radio"/> 41 - 50 ปี
<input type="radio"/> 51 - 60 ปี	<input type="radio"/> 61 - 70 ปี
<input type="radio"/> 71 - 80 ปี	<input type="radio"/> 81 ปีขึ้นไป
2. เพศ

<input type="radio"/> 1. ชาย	<input type="radio"/> 2. หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. อาชีพปัจจุบัน

<input type="radio"/> พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="radio"/> พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ
<input type="radio"/> ข้าราชการ/ลูกจ้างหน่วยงานราชการ	<input type="radio"/> ข้าราชการบำนาญ
<input type="radio"/> ค้าขาย	<input type="radio"/> เจ้าของกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว
<input type="radio"/> รับจ้างทั่วไป	<input type="radio"/> ไม่ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน
<input type="radio"/> เกษตรกร/รับจ้างทำนา ทำไร่ ทำสวน	<input type="radio"/> นักเรียน/นักศึกษา
<input type="radio"/> พระภิกษุ/นักบวช/แม่ชี	<input type="radio"/> อื่น ๆ
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="radio"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="radio"/> ประถมศึกษา
<input type="radio"/> มัธยมต้น	<input type="radio"/> มัธยมปลาย / ปวช.
<input type="radio"/> อนุปริญญา / ปวส.	<input type="radio"/> ปริญญาตรี
<input type="radio"/> ปริญญาโท	<input type="radio"/> ปริญญาเอก
5. สถานภาพ

<input type="radio"/> 1. โสด	<input type="radio"/> 2. สมรส
<input type="radio"/> 3. หย่าร้าง/แยกกันอยู่	<input type="radio"/> 4. อยู่ด้วยกันยังไม่สมรส
6. รายได้ปัจจุบันต่อเดือน

<input type="radio"/> ต่ำกว่า 10,000 บาท	<input type="radio"/> 20,001-25,000 บาท
<input type="radio"/> 10,001-15,000 บาท	<input type="radio"/> 25,001-30,000 บาท
<input type="radio"/> 15,001-20,000 บาท	<input type="radio"/> มากกว่า 30,000 บาท

ตอนที่ 2 การเปิดรับสื่อโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○

1. ในแต่ละวันท่านได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงจากสื่อประเภทต่าง ๆ บ่อยเพียงใด
 1. โทรทัศน์
 - ไม่เคยเปิดรับชมเลย
 - เปิดรับชมบางครั้ง
 - เปิดรับชมเป็นประจำ
 2. ท่านใช้เวลาในการชมโทรทัศน์วันละกี่ชั่วโมง
 - 0.5- 1 ชั่วโมง
 - 1-2 ชั่วโมง
 - มากกว่า 2 ชั่วโมง
 3. วิทยุ
 - ไม่เคยเปิดรับฟังเลย
 - เปิดรับฟังบางครั้ง
 - เปิดรับฟังเป็นประจำ
 4. ท่านใช้เวลาในการฟังวิทยุวันละกี่ชั่วโมง
 - 0.5- 1 ชั่วโมง
 - 1-2 ชั่วโมง
 - มากกว่า 2 ชั่วโมง
 5. หนังสือพิมพ์
 - ไม่เคยอ่านเลย
 - อ่านบางครั้ง
 - อ่านเป็นประจำ
 6. ท่านใช้เวลาในการอ่านหนังสือพิมพ์วันละกี่ชั่วโมง
 - 0.5- 1 ชั่วโมง
 - 1-2 ชั่วโมง
 - มากกว่า 2 ชั่วโมง
 7. นิตยสาร
 - ไม่เคยอ่านเลย
 - อ่านบางครั้ง
 - อ่านเป็นประจำ

8. ท่านใช้เวลาในการอ่านนิตยสารวันละกี่ชั่วโมง
- 0.5- 1 ชั่วโมง
 - 1-2 ชั่วโมง
 - มากกว่า 2 ชั่วโมง
9. แผ่นพับหรือวิดีโอในโรงพยาบาล
- ไม่เคยอ่านเลย
 - อ่านบางครั้ง
 - อ่านเป็นประจำ
10. ท่านใช้เวลาในการอ่านแผ่นพับหรือวิดีโอในโรงพยาบาลวันละกี่ชั่วโมง
- 0.5 - 1 ชั่วโมง
 - 1-2 ชั่วโมง
 - มากกว่า 2 ชั่วโมง
11. อินเทอร์เน็ต
- ไม่เคยเข้าเลย
 - เข้าบางครั้ง
 - เข้าเป็นประจำ
12. ท่านใช้เวลาในการเข้าอินเทอร์เน็ตวันละกี่ชั่วโมง
- 0.5- 1 ชั่วโมง
 - 1 - 2 ชั่วโมง
 - มากกว่า 2 ชั่วโมง
13. โทรศัพท์เคลื่อนที่
- ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่
 - ใช้บางครั้ง
 - ใช้เป็นประจำ
14. ท่านใช้เวลาในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่วันละกี่ชั่วโมง
- 0.5- 1 ชั่วโมง
 - 1 - 2 ชั่วโมง
 - มากกว่า 2 ชั่วโมง
15. บุคคลที่ท่านพูดคุยด้วยเป็นประจำทางโทรศัพท์
- เพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูง
 - ญาติ/พี่น้อง
 - สามเณร/ภรรยา
 - บุคลากรทางการแพทย์

16. ท่านเคยได้รับข้อมูล/เคยได้ยิน ข่าวสาร เกี่ยวกับโครงการ “Know Your Blood Pressure” หรือ “ท่านทราบระดับความดันโลหิตของท่านหรือไม่ ” “ขยับกายวันละนิด ดิดชีวิตห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ” “ลดเค็ม=ลดโรค ” “รู้เร็ว รู้ทัน AEC สร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง ” “12 ข้อง่าย จำไว้ห่างไกล โรคความดันโลหิตสูง ” “ร่วมมือ ร่วมใจ ป้องกันโรคเรื้อรังในปัจจุบันและพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (AEC) กัน” จากสื่อ ประเภทต่าง ๆ บ่อยเพียงใดโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○

- ไม่เคยได้รับข้อมูล/ไม่เคยได้ยินเลย
- ได้รับข้อมูล/เคยได้ยินบางครั้ง
- ได้รับข้อมูล/เคยได้ยินเป็นประจำ

ตอนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง อ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้น ตรงกับความรู้ ความเข้าใจของท่านหรือไม่

โดยการตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ ด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ○

1. เพื่อวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1. โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้ ใช่ ไม่ใช่
2. ถ้าไม่ได้รักษา/ดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองและไตวายตามมาได้ ใช่ ไม่ใช่
3. อาการปวดศีรษะ อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
4. ผู้ที่ลดน้ำหนักตัวได้ 10 กิโลกรัมจะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (ค่าบน) ได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท ใช่ ไม่ใช่
5. ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่

2. เพื่อวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. ยาขับปัสสาวะเป็นหนึ่งในยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
2. ถ้าในมือไหนลิมินยา ให้เพิ่มจำนวนยาในมือถัดไปได้ เช่น ยารับประทาน 2 เวลา เช้าและเย็น ลิมินยาในมือเช้า ให้ไปเพิ่มจำนวนในมือเย็น ใช่ ไม่ใช่
3. สามารถหยุดยาได้เอง หรือลดขนาดการรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น ใช่ ไม่ใช่
4. เมื่อความดันโลหิตคงที่ ไม่จำเป็นต้องไปตรวจรับยา สามารถซื้อยาเดิมจากร้านขายยามากินต่อได้เอง ใช่ ไม่ใช่
5. สามารถขอยาจากเพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูงมากินได้ในกรณีที่ยาหมด ใช่ ไม่ใช่

3. เพื่อวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. การกินเค็มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
2. ลดการบริโภคเกลือหรือน้ำปลาด้วยการใช้ซีอิ้วขาวแทน ใช่ ไม่ใช่
3. คะน้า ผักโขม ผักคื่นไช้ หัวผักกาดเป็นอาหารที่มีโซเดียมโดยธรรมชาติจึงไม่
เหมาะกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
4. อาหารหมักดองไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
5. สามารถใช้ผงปรุงรสสำเร็จรูปปรุงอาหารทดแทนและหลีกเลี่ยงการใช้น้ำปลา
เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่

4. เพื่อวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ใช่ ไม่ใช่
2. การออกกำลังกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ใช่ ไม่ใช่
3. บุคคลที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงแล้ว ก่อนจะเริ่มโปรแกรมออกกำลังกาย
จำเป็นจะต้องปรึกษาแพทย์ก่อน ใช่ ไม่ใช่
4. ออกกำลังกายหนักมากเท่าไรยิ่งควบคุมความดันโลหิตสูงได้มากขึ้นเท่านั้น ใช่ ไม่ใช่
5. คนอ้วนที่เป็นความดันโลหิตสูง ควรลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ใช่ ไม่ใช่

5. เพื่อวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด

1. ความเครียดและการพักผ่อนน้อยเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะ
ความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
2. การนอนดึกไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตสูง ใช่ ไม่ใช่
3. การทำสมาธิมีส่วนช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ใช่ ไม่ใช่
4. เมื่อมีความเครียด ผู้ป่วยสามารถคลายความเครียดด้วยการสูบบุหรี่/
ดื่มแอลกอฮอล์ได้ ใช่ ไม่ใช่
5. เมื่อเกิดภาวะเครียดขึ้น ควรเพิ่มยาควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง
เพื่อป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงเกินไป ใช่ ไม่ใช่

ตอนที่ 4 ทักษะคิดต่อโรคความดันโลหิตสูง

คำอธิบาย ระดับความคิดเห็น 5 ระดับให้พิจารณาข้อความต่อไปนี้ ตรงตามความจริงของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง (5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย, 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย, 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคธรรมดาธรรมดาไม่มีอันตราย					
2. ไม่ใช่เรื่องน่าตกใจอะไรเพราะใคร ๆ ก็เป็นโรคความดันโลหิตสูงกัน					
3. ฉันคิดว่าคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสุขภาพไม่ดี					
4. ฉันรู้สึกกังวลว่าจะมีโรคร้ายอื่นตามมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
5. ฉันคิดว่าคนที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป					
6. ฉันคิดว่าคงจะอายุสั้นเมื่อพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง					
7. ฉันรู้สึกดีเมื่อพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
8. โรคความดันโลหิตสูงเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต					
9. ฉันรู้สึกไม่ดีเลยที่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
10. ฉันคิดว่าคนอื่น ๆ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็สามารถมีอายุยืนยาวได้					

----ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม-----

ภาคผนวก ข
การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม
ค่าสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา
(IOC : Index of item Objective congruence)

1. ข้อคำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้รับจาก ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน			คะแนน IOC
	1	2	3	
1. โรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้	1	1	1	1.0
2. ถ้าไม่ได้รับการ/ดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องจะเกิด ภาวะแทรกซ้อน เช่นโรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และไตวายตามมาได้	1	1	1	1.0
3. อาการปวดศีรษะ อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต	1	0	1	0.66
4. ผู้ที่ลดน้ำหนักตัวได้ 10 กิโลกรัมจะสามารถลดระดับความ ดันโลหิตซิสโตลิก (ค่าบน) ได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท	1	1	0	0.66
5. ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงไม่เป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
6. การสูบบุหรี่ไม่เป็นผลดีต่อโรคความดันโลหิตสูง	0	0	1	0.33
7. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรตรวจวัดความดันโลหิตที่ บ้านเป็นประจำทุกวัน	0	1	0	0.33

2. ข้อคำถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้รับจาก ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน			คะแนน IOC
	1	2	3	
1. ยาขับปัสสาวะเป็นหนึ่งในยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
2. ถ้าในมือไหนลืมนินยา ให้เพิ่มจำนวนยาในมือถัดไปได้ เช่น ยารับประทาน 2 เวลา เช้าและเย็น ลืมนินยาในมือเช้า ให้ไปเพิ่มจำนวนในมือเย็น	1	1	1	1.0
3. สามารถหยุดยาได้เอง หรือลดขนาดการรับประทานยาเมื่อดีขึ้น	0	1	1	0.66
4. เมื่อความดันโลหิตคงที่ ไม่จำเป็นต้องไปตรวจรับยา สามารถซื้อยาเดิมจากร้านขายยามากินต่อได้เอง	1	1	1	1.0
5. สามารถขอยาจากเพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูงมากินได้ในกรณีที่ยาหมด	1	1	1	1.0
6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถหยุดยาได้เมื่อไม่มีอาการ	0	0	1	0.33

3. ข้อคำถามวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้รับจาก ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน			คะแนน IOC
	1	2	3	
1. การกินเค็มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
2. ลดการบริโภคเกลือหรือน้ำปลาด้วยการใช้ซีอิ๊วขาวแทน	1	1	1	1.0
3. คะน้า ผักโขม ผักคื่นไฉ่ หัวผักกาดเป็นอาหารที่มีโซเดียม โดยธรรมชาติจึงไม่เหมาะกับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
4. อาหารหมักดองไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
5. สามารถใช้ผงปรุงรสสำเร็จรูปปรุงอาหารทดแทนและ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำปลาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
6. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันหรืออาหารที่มี พลังงานสูงซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน	0	0	1	0.33
7. ควรค่อย ๆ ลดปริมาณการเติมน้ำปลาในอาหารจนเลิก เติมได้	1	0	0	0.33

4. ข้อคำถามวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	คะแนนที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน			คะแนน IOC
	1	2	3	
1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 ครั้ง/สัปดาห์	1	1	1	1.0
2. การออกกำลังกายทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น	1	1	1	1.0
3. บุคคลที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงแล้ว ก่อนจะเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายจำเป็นจะต้องปรึกษาแพทย์ก่อน	1	0	1	0.66
4. ออกกำลังกายหนักมากเท่าไรยิ่งควบคุมความดันโลหิตสูงได้มากขึ้นเท่านั้น	1	1	1	1.0
5. คนอ้วนที่เป็นความดันโลหิตสูง ควรลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม	1	1	1	1.0
6. การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้	0	0	1	0.33

5. ข้อคำถามวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด	คะแนนที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน			คะแนน IOC
	1	2	3	
1. ความเครียดและการพักผ่อนน้อยเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
2. การนอนดึกไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
3. การทำสมาธิมีส่วนช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น	1	0	1	0.66
4. ผู้ป่วยสามารถคลายความเครียดด้วยการสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ได้	1	1	1	1.0
5. เมื่อเกิดภาวะเครียดขึ้น ควรเพิ่มยาควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงเกินไป	1	1	1	1.0

ตอนที่ 4 ทศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง
ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา
(IOC : Index of item Objective congruence)
ข้อคำถามประเมินทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง

ข้อคำถามวัดทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง	คะแนนที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน			คะแนน IOC
	1	2	3	
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคธรรมดาธรรมดา ไม่มีอันตราย	1	1	1	1.0
2. ไม่ใช่เรื่องน่าตกใจอะไรเพราะใครๆก็เป็นโรคความดันโลหิตสูงกัน	1	1	1	1.0
3. ฉันคิดว่าคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสุขภาพไม่ดี	1	1	1	1.0
4. ฉันรู้สึกกังวลว่าจะมีโรคภัยอื่นตามมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
5. ฉันคิดว่าคนที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป	1	1	0	0.66
6. ฉันคิดว่าคงจะอายุสั้นเมื่อพบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.00
7. ฉันรู้สึกดีเมื่อพบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	1	1.0
8. โรคความดันโลหิตสูงเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต	1	1	1	1.0
9. ฉันรู้สึกไม่ดีเลยที่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	1	1	0	0.66
10. ฉันคิดว่าคนอื่นๆที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็สามารถมีอายุยืนยาวได้	1	0	1	0.66

ภาคผนวก ค
ผู้เชี่ยวชาญประเมินแบบสอบถาม

แบบสอบถามวัดระดับความรู้และทัศนคติ ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลซึ่งรับผิดชอบคลินิกความดันโลหิตสูงตรวจประเมินแบบสอบถามจำนวน 3 ท่านตรวจประเมินโดยมีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญดังนี้

- 1) นายแพทย์สุวาทิช เตรียมชาญชัย อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ
- 2) นายแพทย์วิฑูร จุฬรัตน์ภรณ์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ
- 3) คุณรัชฎา ตงศิริ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ภาคผนวก ง
เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 20 พฤษภาคม 2558

ชื่อเรื่อง การเปิดรับสื่อ ความรู้ และทัศนคติของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวนันทน์ภรณ์ ทัดธนธัชชัย
คณะวิชา/หลักสูตร นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 20 พฤษภาคม 2558

เลขที่รับรอง

อ.316/2558

วันที่ให้การรับรอง: 20 พฤษภาคม 2558

วันหมดอายุใบรับรอง: 19 พฤษภาคม 2560

