

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต

สูง

ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ

FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY OF THE ELDERLY WITH

HYPERTENSION IN NONG

PRUE COMMUNITY, SAMUT PRAKAN PROVINCE

ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ

พรรณณี ปานเทวีญ

ฐานิตา พึ่งฉิ่ง

ชวิศา รัตน์กมลกานต์

สุพร วงศ์ประทุม

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีการศึกษา 2562

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ

ผู้วิจัย ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ พรรณี ปานเทวัญ ฐานิตา พึ่งฉิ่ง ชวีศา รัตนกมลกานต์

สถาบัน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีที่พิมพ์ 2563

สถานที่พิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

จำนวนหน้างานวิจัย 97 หน้า

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และอำนาจการทำนายของ ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทาง
สังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใน
ชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใน
ชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 220 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่
ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แรงสนับสนุน
ทางสังคม 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และ 4) ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
เท่ากับ 0.761, 0.867 และ 0.968 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบที่ละเอียดขึ้น

ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปาน
กลาง ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 0.40) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุน
ทางสังคมด้านการประเมินผล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.81$, S.D. = 0.92) ($\bar{x} = 2.24$,
S.D. = 0.45) ตามลำดับ และสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 28.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($R = .356$, $R^2 = .288$, $F =$
6.402, $p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้นำมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน และเป็นแนวทางในการวางแผน
กลยุทธ์ หรือกลวิธีในการพัฒนาในระดับท้องถิ่นและหน่วยงานสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

Research Title Factors Affecting the Health Literacy of Older Persons with Hypertension in Nong Prue Community, Samut Prakan Province

Researcher(s)	Chunthip Ploysuwan, Pannee Pantaewan, Tanita Puengching, Chawisa Rattanakamonkarn
Institution	Huachiewchalermprakiet University
Year of Publication	2563
Publisher	Huachiewchalermprakiet University
Sources	Huachiewchalermprakiet University
No. of Pages	97
Keywords	Health Literacy, Older Persons with Hypertension
Copyright	Huachiewchalermprakiet University

ABSTRACT

The purposes of this predictive research aimed to examine health literacy of older persons with hypertension, and to examine personal factors, social support, and perceived severity of hypertension could predict health literacy of older persons with hypertension in Nong Prue Community, Samut Prakan Province. Two hundred and twenty-two participants were recruited by using a purposive random sampling technique. 1) Data were collected by the questionnaires of demographic data, 2) social support 3) perceived severity of hypertension and 4) health literacy of older persons with hypertension. The reliability of these questionnaires was 0.76, 0.86 and 0.96, respectively. Statistical analysis used descriptive statistics, Pearson's product moment correlations coefficient and stepwise multiple regression.

The results revealed that health literacy, social support and perceived severity of hypertension were in moderate level ($\bar{x} = 2.04$, S.D. = 0.40; $\bar{x} = 1.81$, S.D. = 0.92, $\bar{x} = 2.24$, S.D. = 0.45). Perceived severity of hypertension and social support in the evaluation part (SEVA) were able to predict health literacy of older persons with Hypertension 28.80 % ($R^2 = 0.288$, $P < .001$)

The results are used to improve health, community health system, and can be guideline for strategic planning or develop local strategies and primary health agencies.

Keywords: Health Literacy, Older Persons with Hypertension



กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีศักดิ์ กสิผล และ อาจารย์ ดร. นพัญญู จำปาเทศ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางการเขียนรายงานวิจัยที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบตามตรงของแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำศึกษาครั้งนี้ ทำให้วิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองปรือ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลราชาเทวะ ที่กรุณาในการเก็บข้อมูลวิจัยจาก กลุ่มตัวอย่าง

ขอขอบคุณสำนักพัฒนาวิชาการ และเจ้าหน้าที่ที่ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการวิจัย ทำให้วิจัยครั้งนี้สำเร็จ

และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองปรือ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ท้ายที่สุดนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ได้กรุณา ให้ออกคฤหาสน์การวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	8
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	11
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ	26
การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ	30
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ	32
ปัจจัยส่วนบุคคล	32
แรงสนับสนุนทางสังคม	33
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
กรอบแนวคิดในการวิจัย	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	46
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
1) ปัจจัยส่วนบุคคล	46
2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	48
3) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	49
4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	50
5) ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	51
บทที่ 5 สรุปการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	53
การอภิปรายผล	54
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	57
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	57
บรรณานุกรม	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ก ประวัติย่อผู้วิจัย	71
ข เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	72
ค คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย	73
ฅ หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	74
ง หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย	75
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา	76
ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	77



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (JNC VII, 2003)	11
2. การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)	12
3. เกณฑ์การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิตด้วยวิธีต่าง ๆ	12
4. ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา	21
5. แนวทางการใช้ยาลดความดันโลหิต	22
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	46
7. ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	48
8. จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับความรู้	49
9. ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลของแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	49
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	50
11. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	51

สารบัญแผนภูมิ

ภาพที่	หน้า
1. แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	18
2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	20
3. กรอบแนวคิดในการวิจัย	37



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวน 970 ล้านคน จาก 194 ประเทศ โดย 330 ล้านคน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน นอกจากนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากความดันโลหิตสูง¹ (WHO; 2012. อ้างถึงใน ภาณุวัฒน์ ปานเกต, จุรีพร คงประเสริฐ, นิตยา ภัทรกรรม, นงนุช ดันติธรรม, ศุภวรรณ มโนสุนทร, พัชรียา ยิ่งอินทร์, 2557) สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 - 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และจากการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านคน (ณัฐฉัตร พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิต, 2562) นับได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยที่ทำให้สูญเสียทั้งเสียชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวม

สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน ภาวะเครียดสะสม เป็นต้น และ 2) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุมากขึ้น และกรรมพันธุ์ (ณัฐฉัตร พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิต, 2562; นิตารัตน์ อุตตะมะ, เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2562) ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงจึงแก้ไขได้โดยการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง (lifestyle modification) ประกอบด้วย การควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร

การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ในการส่งเสริมสุขภาพโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญของการพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้รอบด้านสุขภาพ (Health Literacy) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (WHO; 1998) การสาธารณสุขไทยจึงได้กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีความรู้รอบด้านสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ในข้อที่ 1 ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2, 2560) ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) มีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ และแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และ 3) ระดับวิจรรณญาณ (Critical health literacy) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในโรงพยาบาล และลดการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (Cho, Lee, Arozullah, Crittenden, 2008)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ในปี พ.ศ. 2564 และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560. อ้างถึงใน วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญวิทยะสกุล, 2563) ซึ่งผู้สูงอายุเป็น วัยที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไตวาย เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคดังกล่าว แต่พบว่าผู้สูงอายุยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่ไม่เพียงพอ (นิศารัตน์ อุตตะมะ, เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2562) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) จึงเป็นข้อจำกัดที่จะเข้าถึงแหล่งสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (Lee, Arozullah, & Cho, 2004) ทำให้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาจจะรุนแรงขึ้นเมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลายประเด็น เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคม (นิศารัตน์ อุตตะมะ,

เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2562) ซึ่งการศึกษาในประเทศจีนพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (Liu, Meng, Tu, & Liu, 2020) รวมถึงการศึกษาระดับความรุนแรงของโรค (สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ วีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, 2558) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน

โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองปรือ เป็นสถานพยาบาลแห่งหนึ่งของอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่ามีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยพบว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.49 และเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ อีกร้อยละ 21.04 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ, 2561) คณะผู้วิจัยจึงได้สำรวจข้อมูล ในพื้นที่เบื้องต้นจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ผู้สูงอายุบางรายไม่ไปตรวจคัดกรองโรค ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการควบคุมการรับประทานอาหารและการรับประทานยายังไม่ถูกต้อง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกปี เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ โดยคาดหวังว่าผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มพูนทักษะทางปัญญาและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2563

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง สมรรถนะด้านความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 6 ด้าน (Nutbeam, 2000; กระทรวงสาธารณสุข กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ

1.1 ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการ ระดับความดันโลหิตภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

1.2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ทั้งบุคคลและสื่อสารมวลชน และสามารถ

พิจารณาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อนำมาดูแลตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการของโรค

1.3 ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถอธิบาย บอกเล่าอาการ ค่าความดันโลหิต และการปฏิบัติตนให้บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลทราบและเข้าใจได้หรือให้คำแนะนำบุคคลอื่นได้

1.4 ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ถูกต้องหรือการจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติและการไปพบแพทย์

1.5 การจัดการตนเอง หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถจัดการดูแลตนเองในการรับประทาน อาหาร ยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามแพทย์นัด

1.6 การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจข้อความ รูปภาพที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อต่าง ๆ โดยการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อหา ประเมินค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่าง ๆ ได้ถูกต้อง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนโรคประจำตัว ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดาและมารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน และในระดับทุติยภูมิ เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของ House, 1981 ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) 3) ด้านทรัพยากรเครื่องมือ (instrumental support) และ 4) ด้านการประเมินผลหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับ (appraisal support) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้โรคความดันโลหิตสูงทำให้มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองโรคไตวาย เป็นต้น อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตถ้า

ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ร่วมมือในการรักษา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits)

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี
2. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาต่อยอดเป็นโปรแกรมใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทำนายของข้อมูลส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
2. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3 การแบ่งระดับของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.4 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายและแนวคิด
 - 3.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.3 การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - 4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไป จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 14.9 ในปีพ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุชายร้อยละ 45.1 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 54.9 และคาดว่าในปี พ.ศ.2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึง 20.5 ล้านคนหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ถดถอยตามวัย ร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารมัน เค็ม ภาวะน้ำหนักเกินและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (WHO, 2016) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอทจะทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (พรพิมล ว่องไว, นิรัตน์ อิมามิ, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และมันทนา ประทีปะเสน, 2554)

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้คำนิยามว่าบุคคลใดจะย่างเข้าสู่วัยสูงอายุได้นั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สภาพสังคม ประเพณี และกฎหมายของแต่ละประเทศ แต่โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุจะใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมากที่มีลักษณะผมหงอก หน้าตาเหี่ยวเฉา และการเคลื่อนไหวเชื่องช้า อีกทั้งมีนักวิชาการและนักวิจัยให้ความหมายของผู้สูงอายุ ดังนี้

ฮอลล์ (Hall, 1976) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและได้แบ่งการสูงอายุของคนออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การสูงอายุตามวัย (Chronological elderly) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์โดยนับตั้งแต่วันที่เกิดเป็นต้นไป การดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์นี้ จึงดูที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริง

2) การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological elderly) ดูได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มบางเปลี่ยนเป็นสีขาว ผิวหนังเหี่ยวเฉา ตกกระ สายตายาว ตีรชะล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนทางร่างกายนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นไปแต่ละปี

3) การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological elderly) พิจารณาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ทางการรับรู้แนวความคิด ความจำ เรียนรู้ สติปัญญาและบุคลิกลักษณะต่าง ๆ ที่แสดงออกตามอายุที่เพิ่มขึ้น

4) การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological elderly) พิจารณาจากบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง ความรับผิดชอบในหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมอื่น ๆ

สำหรับประเทศไทยได้มีการให้ความหมายของผู้สูงอายุหรือคนชรา (Elderly or older people) ตามองค์การอนามัยโลกและพระราชบัญญัติผู้สูงอายุฉบับปัจจุบัน พ.ศ.2546 (ฉบับที่ 2) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยแบ่งผู้สูงอายุตามอายุและสภาวะสุขภาพเป็น 3 กลุ่มย่อย (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) ดังนี้

1) อายุ 60 - 70 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The young old) ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

2) อายุ 71 - 80 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (The middle old) ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งบางอย่าง

3) อายุ 81 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The old) ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไปเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในบางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากคนที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ดี

วัยสูงอายุจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความเสื่อมตามสภาพของร่างกายและจิตใจ เช่น เพศ อายุ อาชีพ อาหาร และสภาพแวดล้อม การระมัดระวังรักษาสุขภาพของบุคคล เป็นต้น ดังนั้น การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุของบุคคล ควรพิจารณาอย่างครอบคลุมทั้งด้านสังคม จิตวิทยา การแสดงบทบาทหน้าที่และจุดวิกฤตในวงจรชีวิต ร่วมกับการพิจารณาการสูงอายุตามปีปฏิทิน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้านและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ซึ่งสามารถแยกการเปลี่ยนแปลงออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2556)

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต ได้แก่

(1) ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัดเจน จากสีเดิมเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือหงอก แห้งและหลุดร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อหนังศีรษะเหี่ยวลง การไหลเวียนของโลหิตลดลง ทำให้เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ และขนตามร่างกายร่วงหลุดง่าย เช่นเดียวกับที่เห็นชัดคือ ขนรักแร้ ทั้งนี้เนื่องจากต่อมไขมันบนหนังศีรษะทำงานน้อยลง

(2) ผิวหนัง เมื่อมีอายุมากขึ้นเนื้อเยื่อต่าง ๆ ขาดความตึงตัว เนื่องจากจำนวนน้ำในเซลล์ลดลง น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังน้อยลง ทำให้ผิวหนังเริ่มเหี่ยว

แห้ง หยาบ จำนวนไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังหย่อนยาน ปรากฏรอยย่นชัดเจน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงรู้สึกหนาวง่าย นอกจากนี้เซลล์สร้างสีผิวทำงานลดลง อาจมีจุดด่างสีขาว ต้ำ หรือ น้ำตาลมากขึ้น และเกิดเป็นการตกกระได้

(3) ตา สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาวาย เลนส์หรือกระจกตาขุ่น เกิดต่อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม การปรับสายตาช้า ความไวในการมองภาพลดลง ทำให้ปวดและเวียน ศีรษะได้ง่าย มีน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้ง ระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย จำนวนไขมันหลังลูกตา น้อยลง หนังตาบนจะตกหรือต้ำ นอกจากนี้มีวงแหวนขาวที่ขอบตาต้ำ แต่ไม่มีอันตรายใด ๆ

(4) หู การได้ยินเริ่มเสื่อมเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของ ประสาทรับเสียงในหูชั้นใน ทำให้การส่งกระแสประสาทของเสียงไปยังอวัยวะรับการได้ยินเสื่อม ส่งผลให้หูตึง แต่จะได้ยินเสียงต่ำ ๆ ได้ชัดเจนกว่าเสียงพูดธรรมดาหรือในระดับสูง ซึ่งอาการหู ตึงในผู้สูงอายุจะพบมากเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

(5) ระบบประสาทและสมอง เซลล์ของระบบประสาทและสมองลดลง ความรู้สึกซ้ าสติปัญญาเสื่อมถอย ความจำเสื่อม จำเรื่องในอดีตมากกว่าเรื่องปัจจุบัน นอกจากนี้เซลล์ประสาท มีการตายและแพบ ทำให้เส้นประสาทเสื่อมเสียความสามารถและความรู้สึกได้

(6) ระบบไหลเวียนและหลอดเลือด ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดน้อยลง เนื่องจก การจับตัวของแคลเซียมตามผนังเส้นเลือดมีมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว ความต้านทานของ การไหลเวียนเลือดมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงมักมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ทำให้ป่วยเป็นโรคความ ดันโลหิตสูงได้ง่าย

(7) ระบบทางเดินหายใจ ความจุของปอดลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศค้างในปอด มากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ ทำให้เกิดน้ำคั่งในปอดได้ง่าย นอกจากนี้มีการจับของ แคลเซียมในกระดูกอ่อนของกระดูกสันหลัง การเคลื่อนไหวของทรวงอกจึงถูกจำกัด ทำให้ ผู้สูงอายุหอบเหนื่อยได้ง่าย

(8) ระบบทางเดินอาหาร การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ทำ ให้การย่อยและดูดซึมอาหารลดลงไปด้วย เกิดภาวะขาดสารอาหาร การเคลื่อนไหวของกระเพาะ อาหารและลำไส้ลดลง ทำให้รู้สึกหิวบ่อยลงและมีปัญหาท้องอืดได้ง่าย

(9) ระบบต่อมไร้ท่อ ทำงานน้อยลง ทำให้การผลิตฮอร์โมนต่างๆน้อยลงตามไป ด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

(10) ต่อมเพศ มีการเปลี่ยนแปลงมากในเพศหญิง รังไข่หยุดทำงาน ทำให้ไม่มี ประจำเดือน มดลูก เต้านมเหี่ยวแพบ บางคนมีอาการมดลูกหดและโมโหง่าย

2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะของความ ท้อแท้ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย โกรธง่ายและซึมเศร้า แต่หากผู้สูงอายุสามารถยอมรับสภาพของ

การเข้าสู่วัยสูงอายุได้ จะมีการสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบผู้อื่นและพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง อีกทั้งจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติตามคำสอนในศาสนา หรือบางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ บทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว จะกลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ตามในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องยอมรับ นอกจากนี้คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถด้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ให้หน้าที่ความรับผิดชอบใด ภาระหน้าที่และบทบาทสังคมจึงลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล บางรายอาจแยกตัวหรืออยู่ห่างไกลจากสังคมได้

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ด้านร่างกายผู้สูงอายุมี กำลังถดถอย เชื่องช้า เนื่องจากมีกล้ามเนื้อน้อยลง และมีพังผืดมาแทนที่ ผิวหนังมีริ้วรอยย่น การย่อยอาหารไม่ดีก่อให้เกิดโรคทางเดินอาหาร และการไหลเวียนเลือดไม่ดีก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่ชีวิตมีคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้ขึ้นอยู่กับความสำเร็จของช่วงชีวิตที่ผ่านมา และการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ ทำให้เกิดความรู้สึกต่อยในคุณค่า ความสัมพันธ์ทางสังคมและการมีกิจกรรมของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเป็นผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ด้วย ทั้งนี้การปรับตัวของผู้สูงอายุจะสำเร็จมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ครอบครัวและนิสัยดั้งเดิมของแต่ละคน หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้จะทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2557 พบว่า มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.70 ซึ่งทำให้มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (วิชัย เอกพลกร, 2557)

2.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension หรือ High blood pressure) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตช่วงบน (systolic pressure) มีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และ/หรือ ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic hypertension) มีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ซึ่งโดยมากผู้ป่วยจะมีความดันช่วงล่างสูง โดยที่ความดันโลหิตช่วงบนจะสูงหรือไม่ก็ได้ แต่บาง

รายอาจมีความดันโลหิตช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว แต่มีค่าความดันโลหิตช่วงล่างไม่สูงก็เช่นกัน เรียกว่า "ความดันโลหิตช่วงบนสูงเดี่ยว" (Isolated systolic hypertension - IST) ซึ่งนับว่าเป็นอันตรายไม่น้อยไปกว่าความดันโลหิตช่วงล่างสูงและผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างจริงจัง

2.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (พีระ บวรณะกิจเจริญ, 2553)

1) โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary/Essential hypertension) พบได้ร้อยละ 90-95 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดจากอิทธิพลของเอนไซม์ (สารเคมีที่มีหน้าที่เร่งปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ) ที่เรียกว่า "เรนิน" (Renin) และฮอว์โมนแองจิโอเทนซิน (Angiotensin) จากไต โดยทั้งสองสารนี้จะทำงานร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมไตสมองในการควบคุมน้ำ เกลือแร่ โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้การเกิดความดันโลหิตสูงชนิดนี้อาจมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม ความเครียด การออกกำลังกาย ความอ้วน อาหารรสเค็มจัดและไขมันสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการรับประทานยา

2) โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่ผิดปกติของอวัยวะหรือระบบต่างๆของร่างกายที่ทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง เช่น โรคไต ความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของฮอว์โมน ภาวะหลังผ่าตัด การรับประทานยาประเภทสเตียรอยด์ เป็นต้น โดยโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้เมื่อแก้ไขสาเหตุ

2.3 การแบ่งระดับของโรคความดันโลหิตสูง

คณะกรรมการความร่วมมือแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee on Prevention, Detections, Evaluation and Treatment of High Blood pressure VII, 2003: JNC VII, 2003) ได้จำแนกระดับโรคความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 1) (JNC VII, 2003) ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP (มม.ปรอท)	DBP (มม.ปรอท)
Normal	< 120	และ < 80
Pre-hypertension	120-139	หรือ 80-89
Stage1 Hypertension	140-159	หรือ 90-99
Stage2 Hypertension	≥ 160	หรือ ≥ 100

สำหรับประเทศไทยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป (2562) โดยจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-139	และ/หรือ	80 -84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic Hypertension (ISH)	≥ 140	และ	หรือ ≥ 90

SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure

ตารางที่ 3 เกณฑ์การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิตด้วยวิธีต่าง ๆ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

วิธีการวัดความดันโลหิต	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล	≥ 140	และ/หรือ	≥ 80
การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85
การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมมัตอัตโนมัติ			
ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางวัน	≥ 135	และ/หรือ	≥ 85
ความดันโลหิตเฉลี่ยในช่วงกลางคืน	≥ 120	และ/หรือ	≥ 70
ความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งวัน	≥ 130	และ/หรือ	≥ 80

SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure

การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน (self หรือ home blood pressure monitoring, HBPM) มีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ทำให้ช่วยลดปัญหา white-coat HT หมายถึง การวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลสูงผิดปกติ (SBP = \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP = \geq 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านปกติ (SBP = $<$ 135 มม.ปรอท และ DBP = $<$ 85 มม.ปรอท) และ masked HT หมายถึง การวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลปกติ (SBP = $<$ 140 มม.ปรอท และ DBP = $<$ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP = \geq 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP = \geq 85 มม.ปรอท) ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล ดังนั้นการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาแบบอัตโนมัติวัดบริเวณต้นแขนและควรเป็นเครื่องที่ผ่านการรับรองจากสถาบันกำหนดมาตรฐาน ไม่แนะนำให้ใช้เครื่องชนิดที่วัดบริเวณข้อมือหรือปลายนิ้วยกเว้นในกรณีที่การวัดความดันโลหิตบริเวณต้นแขนทำได้ลำบาก แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยหรือญาติให้ทราบถึงวิธีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง บันทึกค่าความดันโลหิตวันละ 2 ช่วงเวลาคือ ในช่วงเช้าและในช่วงเย็น (วัดช่วงเช้า 2 ครั้งและช่วงเย็นอีก 2 ครั้งรวมวัดวันละ 4 ครั้ง) เป็นเวลาติดต่อกัน 3-7 วัน

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นเวลานานแล้วควบคุมความดันโลหิตได้ดีและไม่มีการปรับเปลี่ยนการรักษาใด ๆ อาจวัดในช่วง 4-7 วันก่อนพบแพทย์ครั้งถัดไปก็เพียงพออย่างไรก็ตามหากการวัดความดันโลหิตที่บ้านนี้ก่อให้เกิดความกังวลต่อผู้ป่วยควรแนะนำให้หยุดการวัด HBPM ได้ตามปกติระดับความดันโลหิตที่วัดได้ที่บ้านจากเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาจะต่ำกว่าค่าที่วัดได้ในสถานพยาบาลประมาณ 5 มม. ปรอทดังนั้นเมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านได้ค่า SBP \geq 135 และ / หรือ DBP \geq 85 มม. ปรอทจะถือว่าความดันโลหิตสูงผิดปกติ

2.4 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ดังนี้

- 1) พันธุกรรม พบว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเป็นความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวปกติ (พินดา กุลประสูติติก, 2543) นอกจากนี้ผู้ที่มียีน Angiotensinogen ยังเป็นผู้ที่มีความไวต่อการเพิ่มของระดับโซเดียมทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Lawson, Van Aarsen, Latter, Putnam, Natarajan, & Burge, 2011)
- 2) เพศ ในผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายร้อยละ 60 (Crump, 2010) เนื่องจากการทำงานของเรตินจะลดลงในภาวะหลังหมดประจำเดือน มีผลทำให้หลอดเลือดเกิดแรงต้านทานมากขึ้น เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ง่าย นอกจากนี้ยัง

พบว่าเพศหญิงมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การเผชิญภาวะวิกฤต

3) **อายุ** วัยสูงอายุมักมีความเสื่อมตามวัย โดยหลอดเลือดจะสูญเสียความยืดหยุ่นทำให้เกิดความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับแนวโน้มความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 1-2 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) จะเพิ่มเฉลี่ยปีละ 0.5-1 มิลลิเมตรปรอท (กรมการแพทย์, 2557)

4) **การรับประทานอาหาร** พบว่า การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดมีความตึงตัว มีการคั่งของปริมาณน้ำในหลอดเลือด ส่งผลให้มีปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น จากการตกผลึกของไขมัน ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง เกิดแรงต้านทานบริเวณหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Dongbo, Ding, Patrick M, & Hua, 2006)

5) **การออกกำลังกาย** การขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยบุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการออกกำลังกายจะทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้นและร่างกายหลั่งสาร Endorphins ทำให้เกิดความสุขและเพิ่ม High-Density lipoproteins (HDL) ซึ่งช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับความดันลงได้ 5-7 มิลลิเมตรปรอท และช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือดได้ (Oparil & Weber, 2000)

6) **สูบบุหรี่** ในบุหรี่มีส่วนประกอบของสารนิโคติน ซึ่งจะกระตุ้นปมประสาท sympathetic ให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (JNC VII, 2003) นอกจากนี้ นิโคตินในบุหรี่มีผลต่อการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบตัน ส่งผลให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท (Wexler & Aukerman, 2006)

7) **ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือดื่มอย่างหนักจะเพิ่มความดันโลหิต โดยบุคคลที่ดื่มเอทานอลแอลกอฮอล์ (Ethanol alcohol) ประมาณ 2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มี

การหลั่งของแอดรีโคลามีน ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นในการส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สุภาวดี พรหมแจ่ม, 2560)

8) **ความเครียด** มีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic โดยกระตุ้นการหลั่ง epinephrine จากต่อมหมวกไตและ nor epinephrine จากปลายประสาท sympathetic มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว แรงต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นครั้งคราวและกลับสู่ระดับปกติได้ แต่ถ้าร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้ความดันเลือดสูงอย่างถาวรได้ ซึ่งความเครียดมักจะสัมพันธ์กับอาชีพและบุคลิกภาพ (ปฐญาภรณ์ ลาลูน, 2554)

2.5 พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การเกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์โดยตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (Elliot, Bakris, & Black, 2004; Potts, 2014; สุดารัตน์ ต้นสุภสวัสดิกุล และจรินทร์

อัครหาญฤทธิ์, 2548) มีดังนี้

1) **ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง** เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเรียบจะมีความตึงตัวมากขึ้น จากปริมาณของแคลเซียมและคอลลาเจนเพิ่มขึ้น ในขณะที่สารอิลาสตินลดลงร่วมกับการสะสมไขมันในผนังหลอดเลือดจับตัวหนาขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็ง ความสามารถในการไหลเวียนเลือดลดลง เกิดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2) **การเสื่อมหน้าที่ของผนังหลอดเลือดชั้นในตามวัย** ทำให้มีการหลั่งสารสำคัญที่ช่วย ในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ได้แก่ ไนตริกออกไซด์ ทำให้หลอดเลือดเกิดความตึงตัวเพิ่มขึ้น แรงต้านทานหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

3) **การทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเทอโรนลดลง** โดยปกติแล้วระบบนี้ทำหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิต ผ่านวิธีการควบคุมการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน 1 เป็น แองจิโอเทนซิน 2 หากระบบนี้ทำงานผิดปกติ จะทำให้มีแองจิโอเทนซิน 2 เพิ่มขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวแคบลง เกิดแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้มีการสร้างอัลโดสเทอโรนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2.6 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง มักจะไม่แสดงอาการใด ทำให้ผู้ป่วยปล่อยปละละเลย ไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ไป

ที่ละน้อยอย่างช้า ๆ จนส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ หากผู้สูงอายุบางรายที่มีค่าความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรงมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาการจะปรากฏชัดขึ้นเมื่อหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น จากการบีบตัวเพื่อดันเลือดให้ไหลผ่านแรงดันภายในหลอดเลือดที่สูงขึ้น (JNC VII, 2003)

2.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มักไม่มีอาการและอาการแสดงให้เห็นในระยะแรก ผู้สูงอายุจึงคาดไม่ถึงและไม่มีการดูแลตัวเอง หรือไม่เข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ หากผู้สูงอายุปล่อยให้โรคยังดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมได้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อเกิดความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน หลอดเลือดทั่วร่างกายจะมีการแข็งตัว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่

1.1) หัวใจ ในผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 50 และตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 เท่าของคนในวัยเดียวกันที่ความดันโลหิตปกติ ดังนั้นความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบแคบและแข็งตัวมากขึ้น หัวใจมีการบีบตัวเพื่อต้านกับแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ทำให้หัวใจมีการปรับตัวโดยมีขนาดใหญ่และหนาขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้ร่างกายได้รับเลือดเพียงพอ นอกจากนี้การเกิดหัวใจวาย หากเกิดการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ หัวใจห้องซ้ายจะพองโตและไม่ทำงาน จนกระทั่งหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ เกิดเลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงทะลักเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอด เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ทำให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจวายในที่สุด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; McAlister, Campbell, Zarnke, Levine, & Graham, 2001)

1.2) สมอง ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัวและตีบแคบ หากมีลิ้มเลือดมาอุดตันบริเวณที่ตีบแคบ ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้เซลล์สมองตายในเวลาต่อมา ใน

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 3-4 เท่า เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกันที่ความดันโลหิตปกติ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.3) ไต มักเกิดในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมากและนานพอสมควร ซึ่งเป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตหนาขึ้นและตีบแคบ ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของไตโดยมีการทำลายของ glomerulus ท่อของหน่วยไตมีการฝ่อลีบ และมีการตายของหน่วยไตขึ้น ทำให้ไตมีขนาดเล็กลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง เกิดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังได้ (จักรพันธ์

ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.4) ตา ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ที่ตามีการหนาตัวขึ้นและตีบแคบ ทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น อาจเกิดการแตกของหลอดเลือดที่ตาได้ และจากนั้นจะมีเลือดซึมออกมา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ขั้วตาประสาทบวม (Papilledema) เกิดอาการตาพร่ามัวและตาบอดได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

2) ผลกระทบด้านจิตใจ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยผนังหลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นลดลงและแข็งตัวมากขึ้น ส่งผลต่อไต หัวใจ ทำให้ต้องเผชิญต่อการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรทัย แก้วมหากาพ และดารารัตน์ อยู่เจริญ ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การสูญเสียทางเศรษฐกิจจากรักษา อาจจะทำให้เสียชีวิตได้หากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น

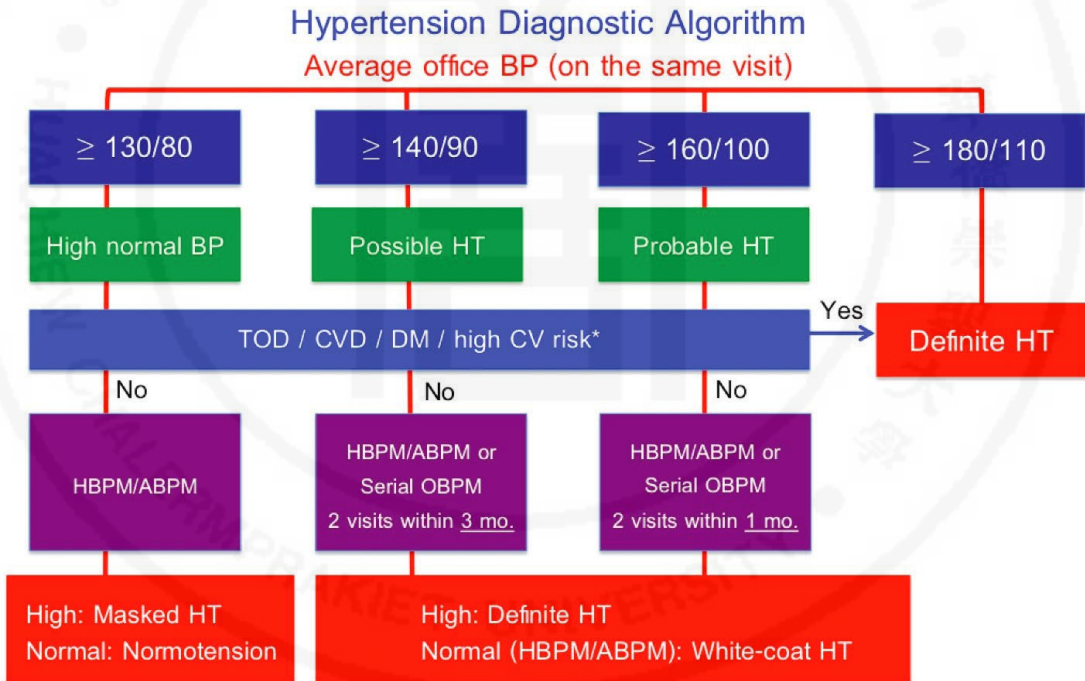
3) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก จากการศึกษานี้ของซีวและคณะ (Seow, Subramaniam, Abidin, Vaingankar, & Chong, 2015) พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายต่อการรักษาโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจาก 135 พันล้านดอลลาร์ เป็น 457 พันล้านดอลลาร์ต่อปีสำหรับประเทศไทย พบว่า รัฐบาลยังต้องรับภาระผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยรายละ 1,670 บาทต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะสูงเพิ่มขึ้นเป็นรายละ 15,283 บาทต่อครั้ง (เพลินพิศ สายวิชัย, 2554) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ อัมพฤกษ์

อัมพาต เป็นต้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ส่งผลให้บทบาทเดิมในสังคมลดน้อยลง

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเกิดขึ้นรวดเร็วหรือรุนแรงเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ก็อาจป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ หรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงลงได้ ส่วนในรายที่เป็นเพียงเล็กน้อย หากปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษาผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ภายในระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์จัดและมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เร็วยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมโรคเหล่านี้ควบคู่กันไปด้วย

2.8 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562)



*10-year Thai CV risk score > 10 %

Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน

Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ

Office Blood Pressure Monitoring (OBPM) : การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล

High BP: HBPM/daytime ABPM ≥ 135/85 mmHg or serial OBPM ≥ 140/90 mmHg

ภาพที่ 1 แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

HT= hypertension, BP = blood pressure, TOD = target organ damage, CVD = cardiovascular disease, DM = diabetes mellitus, CV = cardiovascular, HBPM = home blood pressure monitoring, ABPM = ambulatory blood pressure monitoring, OBPM = office blood pressure measurement, mo. = month

TOD คือ ความผิดปกติที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การแข็งตัวของหลอดเลือดแดง หัวใจห้องล่างซ้ายโต microalbuminuria โรคไตเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ยังไม่มีอาการและ hypertensive retinopathy ที่รุนแรง กล่าวคือ มี exudates หรือเลือดออก หรือ papilledema

CVD คือ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหัวใจล้มเหลว โรคของหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่มีอาการและในปัจจุบันให้รวมการตรวจหลอดเลือดแล้วพบ atheromatous plaque และรวม atrial fibrillation ด้วย

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานมี 2 วิธี คือ

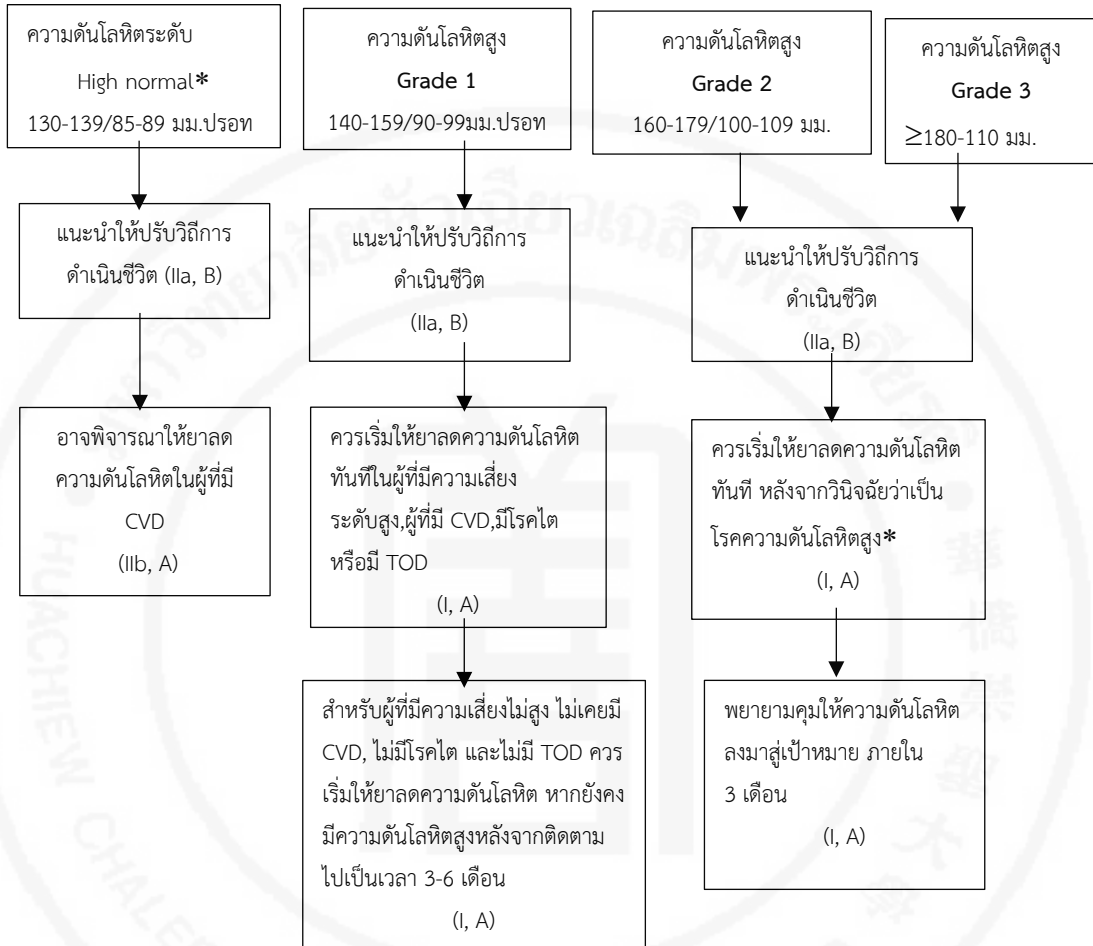
- 1) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และ
- 2) การให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure, SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือ การลดความดันโลหิต diastolic (diastolic blood pressure, DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลด โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 และ ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกัน การเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรค ทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยสุดท้ายคือ สภาพของการเกิด target organ damage (TOD) โดยให้พิจารณาปฏิบัติตามภาพที่ 3

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุ (ระหว่าง 65-79 ปี) ให้พิจารณา เช่นเดียวกันกับ ผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี แต่หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมี SBP ตั้งแต่ 160 มม.ปรอทขึ้นไป และ/หรือ DBP ตั้งแต่ 90 มม.ปรอทขึ้นไป อย่างไรก็ตามถ้าหาก ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากเนื่องจากเคยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้วไม่ว่าจะเคยเป็น coronary artery disease (CAD) stroke หรือ transient ischemic attack (TIA) และมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปก็อาจพิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีค่า SBP ตั้งแต่ 140 มม.ปรอท เป็นต้น โดยพิจารณาจากความแข็งแรงของผู้ป่วย และ

ความสามารถในการทนต่อการรักษาโรค โรคร่วมอื่น ๆ และความการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดังภาพที่ 2



CVD-cardiovascular disease, TOD-target organ damage

ภาพที่ 2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ที่สถานพยาบาล

* หมายเหตุ: การพิจารณารักษาตามแนวทางนี้ใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตระดับ high normal และผู้ที่ผ่านขั้นตอนของแนวทางการวินิจฉัยตามภาพที่ 2 มาแล้วได้รับการสรุปจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (definite hypertension)

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ meta-analysis แสดงว่าการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มม. ปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้ดังนั้นจึงแนะนำให้ควรรักษาให้ความดัน

โลหิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้น อย่างไรก็ตามมีข้อพึงระวังอยู่ 2 ประการคือ

ประการที่ 1 ในเบื้องต้นควรจะลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทก่อนและหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดีจึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติมจนได้ระดับ S 130/80 มม.ปรอท (คำแนะนำระดับ 1, คุณภาพหลักฐาน A)

ประการที่ 2 มีข้อมูลแสดงว่าหากให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไปอาจมีผลเสียโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคอื่น ๆ อยู่แล้วดังนั้นจึงแนะนำให้ไม่ควรลด SBP ลงมาจนต่ำกว่า 120 มม.ปรอท ส่วนค่า DBP ที่เหมาะสมควรจะอยู่ระหว่าง 70-79 มม.ปรอท อย่างไรก็ตามให้คำนึงถึงการลด SBP เป็นสำคัญแม้ว่า DBP อาจลดลงต่ำกว่า 70 มม.ปรอทบ้างก็สามารถทนุโลมได้เนื่องจากว่าค่า DBP ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะต่ำตามสภาพปกติอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนให้ยารักษาความดันโลหิต (คำแนะนำระดับ II-a, คุณภาพหลักฐาน C)

คำแนะนำระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้สรุปตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา*

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	มีโรคเบาหวาน	มีโรคไตเรื้อรัง	มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมี Stroke/TIA
18-65 ปี	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79
65-79 ปี	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79
≥ 80 ปี	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79

* ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล วัดเป็น มม.ปรอท

ตารางที่ 5 แนวทางการใช้ยาลดความดันโลหิต

คำแนะนำ	ระดับของคำแนะนำ	คุณภาพของหลักฐานสนับสนุน
ควรเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงจากยาลดความดันโลหิตใน 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาที่ใกล้เคียง)	I	A
ควรเริ่มยา 2 ชนิดขึ้นไปในผู้ป่วยส่วนมากโดยอาจเลือกยาในกลุ่ม renin angiotensin System blockers (ACEIs หรือ ARBs) ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะหรือ CCBs แต่อาจใช้ยากลุ่มใดมารวมกันก็ได้ตามความเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง ผู้ที่มีความดันโลหิตเริ่มต้นไม่สูงมาก (140-149/90-99 มม.ปรอท) และมีความเสี่ยงต่ำ ควรเลือกใช้ยาเริ่มต้นเพียงชนิดเดียว	I	A
ควรเลือกใช้ยาผสม 2 ชนิดในเม็ดเดียวกัน	I	B
ควรใช้ยาลดความดันโลหิต 3 ชนิดหากใช้ยา 2 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยหนึ่งในยา 3 ชนิดควรจะเป็นยาขับปัสสาวะ (thiazides หรือยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides)	I	A
ควรเพิ่ม spironolactone, หรือ beta-blocker หรือ alpha blocker ที่ละชนิดตามลำดับหากใช้ยา 3 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และยังไม่ได้ใช้ยา 3 ชนิดนี้มาก่อน	I	B
ไม่ควรใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs	III	A

แผนการดำเนินชีวิต แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1) การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา (Drug-treatment) มีจุดประสงค์เพื่อลดระดับของความดันโลหิตให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นการเลือกใช้ยาจะเลือกตามลักษณะของผู้ป่วย และคำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต ซึ่งยาลดความดันโลหิตสามารถแบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ (JNC VII, 2003) ดังนี้

1.1) กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาที่ได้ผลดีในผู้สูงอายุในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ ระดับโพแทสเซียมต่ำ โคลเลสเตอรอลสูงขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.2) กลุ่มยากันเบต้า (Beta-blockers) ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับเรินินสูง และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

1.3) กลุ่มยากันแอลฟา (Alpha-blockers) สามารถลดความดันโลหิต โดยลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง (Peripheral resistance) ซึ่งไม่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด

1.4) กลุ่มยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists) เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายขึ้นมีราคาสูง ใช้ป้องกันการแข็งตัวของเลือดแดง สามารถใช้ในผู้ป่วยโรคไตและหลอดเลือดหัวใจตีบได้

1.5) กลุ่มยาด้าน ACEI (ACE inhibitors) เป็นยากลุ่มใหม่ที่อาการข้างเคียงน้อย ขณะนี้ได้รับความนิยมมาก แต่ราคาสูง อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการไอ และระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง

การใช้ยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของแพทย์ โดยชนิดของยา จำนวนยาที่รับประทานแต่ละครั้ง แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาจากค่าความดันโลหิตสูงและสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยาเอง และควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2) การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacologic treatment of hypertension) โดยปัจจัยเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงนั้นเกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา จึงเป็นวิธีการที่องค์การอนามัยโลกและ Joint committee for the Detection, Evaluation and Treatment of Hypertension พิจารณาให้เป็นวิธีการที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ การรักษาด้วยวิธีนี้สามารถลดความดันโลหิตของผู้ป่วยเดิมที่มีระดับความดันโลหิต 90-94 มิลลิเมตรปรอทลงมาเป็นปกติได้ถึงร้อยละ 40 วิธีการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (JNC VII, 2003) มีดังนี้

2.1) การควบคุมอาหาร เป็นการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันหรืออาหารแดช (Dietary approaches to stop hypertension - DASH Diet) โดยการงดหรือไม่รับประทานเกลือ ลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง เช่น ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม น้ำพริก กะปิ ปลาร้า อาหารที่ใส่หรือจิ้มเกลือ ของดองเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือ ซอสที่มีรสเค็ม จำกัดเกลือแกง หรือโซเดียมคลอไรด์ให้น้อยกว่าวันละ 2 กรัม หรือ 1 ช้อนชา เน้นรับประทานผักและผลไม้ที่มีการใยสูงเพราะมีโพแทสเซียมมาก ซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ใหญ่ เนื้อแดง แป้ง น้ำตาล ของหวาน ไขมันอิ่มตัว และ

คลอเลสเตอรอล นอกจากนี้ควรลดการบริโภคอาหารที่ใส่ผงฟู เช่น ขนมปัง ขนมสาลี ขนมถ้วยฟู ฯลฯ ผงชูรส และสารกันบูด เช่น อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป เป็นต้น รวมทั้งโซเดียมไบคาร์บอเนต เช่น ยาชาตุน้ำแดง ยาเม็ดโซดาไมท์ และให้ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว การควบคุมอาหารดังกล่าวจะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท อีกทั้งยังสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้

2.2) การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน 10-20 ของน้ำหนักมาตรฐาน ควรลดน้ำหนักเพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ เป้าหมายของการลดน้ำหนักในระยะยาวคือ ลดน้ำหนักลงอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน หรือควบคุมให้มีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 กก./ม.² ซึ่งวิธีการลดน้ำหนักนั้นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยการรับประทานอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำและอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ ควรรับประทานอาหารที่มีกากและเส้นใยอาหารมาก (high fiber) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องยุ่งยากที่ผู้ป่วยต้องปรับตัว จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

2.3) การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต เนื่องจากมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงและหลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือด อีกทั้งสามารถลดแรงต้านภายในหลอดเลือดลง ส่งผลให้ความดันซิสโตลิกลดลง 5-25 มิลลิเมตรปรอทและไดแอสโตลิกลดลง 3-15 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เนื่องจากการออกกำลังกายวิธีนี้จะช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมัน สามารถลดน้ำหนักตัวและลดความดันโลหิตลงได้ การออกกำลังกายที่ได้ผล คือ การเดินเร็ว การวิ่ง การถีบจักรยาน การว่ายน้ำ อย่างน้อยนาน 20 ถึง 60 นาที โดยค่อยๆเพิ่มระยะเวลาและควรทำได้ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดและทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นด้วย

2.4) การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การดื่มสุรามากมีผลทำให้ความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้น หากดื่มเป็นประจำจะทำให้ขาดความดันไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นอัมพาตได้ โดยผู้ชายไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (Drink) ซึ่งเทียบเท่ากับวิสกี้ 90 มิลลิลิตร หรือไวน์ 300 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 720 มิลลิลิตร ส่วนผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 หน่วยการดื่ม นอกจากนี้การสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต 20 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่หรือไม่เป็นความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มกั๊นเบต้า (Beta-blocker) และสูบบุหรี่ร่วมด้วย จะทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงลดลงได้

2.5) การจัดการกับความเครียด การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตทำให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีทักษะในการจัดการกับความเครียด คือ การผ่อนคลาย (Relaxation) ได้แก่ การสวดมนต์ ทำสมาธิ โยคะ รำมวยจีน ซึ้ง กง ร้องเพลง เล่นดนตรี หรือทำงานอดิเรกต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ลดการตอบสนองต่อสารนอร์อิพิเนฟรินในเลือด (Plasma nor epinephrine) จึงช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการตอบสนองต่อความเครียดและลดความดันโลหิตลงได้

โดยสรุปว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สำคัญและเป็นภัยเงียบถึงแก่ชีวิต หากผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่มีเกลือสูง ทานยาไม่สม่ำเสมอ และการไม่ไปตรวจตามนัด (สมาลี วังชนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์, 2551) จะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมได้ ดังนั้นการทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ รวมถึงการมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลที่ถูกต้องหรือมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมาในอนาคต

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นในศตวรรษที่ 1970 และได้รับความสนใจจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก สำหรับประเทศไทยใช้คำเรียก Health literacy หลายคำ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และความแตกฉานทางสุขภาพ (นภาพร วาณิชชย์กุล และสุชาดา ภัทรมงคฤทธิ, 2556; กองสุขศึกษาศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1 ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพไว้แตกต่างกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ เป็นทักษะทางการรับรู้และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูล และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองได้อยู่เสมอ

เบเกอร์ และคณะ (Baker et al., 1999) ให้คำจำกัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการติดตามข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

นัทบีม (Nutbeam, 2000) ให้คำจำกัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่ชี้แนะ เพื่อก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสารในวิถีทาง เพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine, 2004) ให้ความหมายว่าเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

โซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al., 2012) ให้ความหมายว่า เป็นการเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการปฏิบัติ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้และความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

สรุป “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล และใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อส่งเสริมรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง”

3.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Function health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน เขียนและคำนวณในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการทำความเข้าใจในข้อมูลทั้งข้อความเขียนและพูดจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ interactive health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์และพยาบาล หรือการสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจได้

ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ โดยเน้นการกระทำของบุคคลและการมีส่วนร่วมของสังคมและการเมืองไปพร้อมกัน เพื่อให้ได้ประโยชน์ด้านสุขภาพ เช่น การเป็นแกนนำเพื่อสุขภาพ และการเข้าร่วมชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน

นอกจากนี้การแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยัง ประกอบด้วยคุณลักษณะหรือทักษะที่จำเป็น 6 ด้าน (Nutbeam, 2008) ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการ (Access skill) 3) ด้านการสื่อสาร (Communication skill) 4) ด้านการตัดสินใจ (Decision making skill) 5) ด้านการจัดการตนเอง (Self management skill) และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ซึ่งระดับความสามารถของทุกด้าน (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559) มีความแตกต่างกัน ดังนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรทราบความหมายของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการปฏิบัติตัวต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต การมาพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการ (Access skill) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือติดตามรับฟังข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานยาและอื่น ๆ จากแหล่งข้อมูลได้หลายช่องทางด้วยตนเอง เช่น เอกสารแผ่นพับ หนังสือ นิตยสาร สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ วิทยุ โทรศัพท์ ข้อมูลจากมือถือหรืออินเทอร์เน็ต เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องร่วมกับตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปใช้ในการดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการของผู้สูงอายุนั้นยังรวมถึงการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทางด้านสุขภาพที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจัดให้ความรู้กับประชาชน และการมีครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดช่วยในการหาข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ

3) ด้านการสื่อสาร (Communication skill) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถเล่าหรืออธิบายเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การระมัดระวังตนเองหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคถ้าไม่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สอบถาม ผู้สูงอายุสามารถบอกเล่าอธิบายสิ่งที่เป็นปัญหาและความต้องการ รวมถึงเข้าใจและสามารถนำสิ่งที่แพทย์พยาบาลแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนมาดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน ชักชวนเพื่อนบ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงให้ควบคุมอาหารและรับประทานยาให้ถูกต้อง ร่วมกับสามารถติดตามรับฟังข่าวสารสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองและสามารถอธิบายตัวเลขและแปลผลค่าความดันโลหิตของตนเองและผู้อื่นได้

4) ด้านการตัดสินใจ (Decision making skill) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร สามารถคำนึงถึงผลดีที่จะได้รับมากกว่าผลเสียในการควบคุมอาหาร รวมไปถึงการใช้ยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตและการพบแพทย์ตามนัด อีกทั้งผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อสังเกตว่าตนเองมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ตามัว แขนขาอ่อนแรง และสามารถสอบถามแพทย์ในประเด็นที่สงสัยในเรื่องความดันโลหิตสูงได้ เมื่อแพทย์หรือพยาบาลมาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุจะสามารถตัดสินใจอนุญาตให้เจ้าหน้าที่เข้ามาสอบถามหรือให้คำแนะนำ อีกทั้งสามารถตัดสินใจปฏิบัติตามถึงแม้จะต้องเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุหรือเพื่อนบ้านมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเข้าไปพูดคุยให้คำแนะนำเรื่องการตรวจวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน นอกจากนี้เมื่อมีการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชนหรือกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจในการเข้าร่วมทันทีเนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์แก่ตน

5) ด้านการจัดการตนเอง (Self management skill) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรมีการจัดการตนเองหรือสามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรค ได้แก่

5.1) การควบคุมเรื่องอาหาร โดยจัดการปรุงอาหารที่มีรสเค็มน้อยด้วยตนเองหรือบอกกับคนในครอบครัวให้หลีกเลี่ยงการเติมเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส เป็นต้น

5.2) การรับประทานยาด้วยตนเองหรือบางครั้งให้สมาชิกในครอบครัวคอยแจ้งเตือนการรับประทานยา

5.3) การจัดสรรเวลาในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการตรวจตามนัดและการบอกสมาชิกในครอบครัวล่วงหน้าเพื่อวางแผนการเดินทางไป

โรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเข้าใจปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ก่อนที่จะแนะนำการป้องกันโรคให้กับสมาชิกในครอบครัว

6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง จึงมีการรณรงค์ในสื่อต่าง ๆ หลายแห่ง เนื่องจากมีสถิติการเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องเข้าใจความหมายของโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นภัยเงียบและเป็นโรคที่ทำอันตรายถึงชีวิตโดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัวมาก่อน อีกทั้งควรมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมสำหรับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อประชาสัมพันธ์หรือสื่อรณรงค์ต่าง ๆ รวมทั้งสามารถตรวจสอบความถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ผลดีและผลเสียในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เชื่อถือได้ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติและแนะนำเพื่อนบ้าน

ดังนั้น การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนต่อผู้ให้บริการได้อย่างถูกต้อง มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพหรือจัดการตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีหรือเมื่อเจ็บป่วย สามารถเข้าใจตัวเลขที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ เช่น ความเสี่ยง ความน่าจะเป็น ตลอดจนขนาดยาและหน่วยวัดต่าง ๆ ได้ แต่ในผู้สูงอายุความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจจะต่ำกว่าวัยอื่นได้ เนื่องจากการอ่านออก และเขียนได้น้อย การทำความเข้าใจในเรื่องราวต่าง ๆ เนื่องจากความเสื่อมสภาพของสมองตามวัย จึงส่งผลกระทบต่อการนำความรู้ที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำหรือจากสื่อต่าง ๆ มาใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองได้น้อยลง จึงเกิดปัญหาที่ผู้สูงอายุปฏิบัติตนทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและพฤติกรรมอื่น ๆ ไม่ถูกต้อง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยตามมา เพราะฉะนั้นการไม่รอบรู้ทางสุขภาพจึงส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.30, p<0.001$) (กิจปพน ศรีธานี, 2560) ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะทำให้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องตลอดจนการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์เลือกรับและปรับใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสมได้

3.3 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การมีพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ในการประเมินวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายแบบ ดังตัวอย่าง เช่น

1) แบบทดสอบเพื่อวินิจฉัยความฉลาดทางสุขภาพในผู้ใหญ่ (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อวินิจฉัยและระบุตัว

ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis, Crouch, Wills, & Miller, 1991) แบบทดสอบนี้ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนทางสุขศึกษา ฉลากยาต่าง ๆ โดยเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบ เพื่อใช้ในการรักษาและปฏิบัติตัว แบบทดสอบประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะการอ่าน และทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น ความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคำนวณ การพูดและการเขียน

2) แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลขโดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพ (Baker et al., 1999) แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนการทดสอบด้านการอ่าน และส่วนแบบทดสอบด้านตัวเลข ข้อความที่ใช้ในการทดสอบเป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัว การทดสอบด้านการอ่าน มีข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ ใช้เวลา 12 นาที การทดสอบด้านตัวเลข มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด 22 นาที

3) แบบทดสอบเพื่อคัดกรองผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการอ่าน และความเข้าใจของผู้ป่วยในสถานบริการระดับปฐมภูมิ (The Newest Vital Sign: NVS) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ (Weiss et al., 2005) โดยใช้คำถามจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม ซึ่งถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 3-5 นาที มี 6 ข้อคำถาม แบบทดสอบนี้ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ทีน้อย

4) แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Health Literacy Scales: eHEAS) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของบุคคลในการใช้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มประชากรในภาพรวม (Norman & Skinner, 2007) ข้อคำถามประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ Traditional, Information, Health, Computer, Media และ Scientific literacy ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม

5) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุจันทา, 2554) แบบทดสอบนี้พัฒนามาจากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) โดยวัดจาก 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

6) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และภาควิชาสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ แบบทดสอบนี้เริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี 2556 โดยใช้แนวคิดของนัทบีม

(Nutbeam, 2008) ในการวัดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

7) แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558 โดยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองผู้ที่มีความจำกัดในการเรียนรู้และช่วยให้เจ้าหน้าที่จำแนกกลุ่มเป้าหมายได้

จากเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่กล่าวมา ถึงแม้จะพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปฎิบัติ (Nutbeam, 2000) แต่พบว่า ลักษณะข้อคำถามไม่สอดคล้องกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีความแตกต่างกันในช่วงวัยและความเฉพาะโรค จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินงานวิจัยนี้ได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขึ้น ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนอาจมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ดังนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1) อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่มากขึ้น สามารถรับรู้หรือทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์กับผู้อื่นได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เบี้ยชื้อ, และสุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ (2559) พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) และการศึกษาของโคบายาชิ และคณะ (Kobayashi et al., 2015) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมักพบในวัยผู้สูงอายุ เนื่องจาก ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกระบบ ทำให้มีข้อจำกัดในการรับหรือทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารได้ ดังนั้น จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในทิศทางใด

2) ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้สามารถทำความเข้าใจสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งทำให้มีทักษะและช่องทางในการสื่อสารกับบุคคลและสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้มากขึ้น

เช่น การศึกษาของชเชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนรีมัลย์ นีละไพจิตร, 2559; Li et al., 2013) พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ แต่การศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในทิศทางใด

3) **สถานภาพ** กลุ่มสมรสเป็นปัจจัยเสริมหรือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคล (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558; Li et al., 2013) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก แตกต่างจากการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า ปัจจัยด้านสถานภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในทิศทางใด

4) **รายได้** จากการศึกษาของ ปัทมาพร และคณะ (2559) และการศึกษาของ กัญญา แซ่โก (2552) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำมักมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำไปด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) และการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ

5) **ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง** เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลโดยแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ กล่าวคือ ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนานอาจเป็นการสะสมประสบการณ์ ทำให้เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่เริ่มป่วย ก็อาจจะพยายามหาข้อมูลเพื่อการดูแลรักษาตนเอง ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน ดังการศึกษาของ วรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันท์ท่า (2560) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.16, p=0.001$)

6) **จำนวนโรคประจำตัว** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จึงทำให้ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวัง และต้องเข้ารับบริการในระบบสุขภาพบ่อยครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นและยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ และส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำได้ (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558)

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งก่อให้เกิดความรักใคร่ ความไว้วางใจ และความ

ห่วงใย จนทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากบุคคลใกล้เคียง แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มคนที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกันทางบทบาทวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันทางวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ (House, 1988; cohen, 2004)

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้ข้อมูล ความรู้ หรือคำแนะนำ เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลนำไปปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลโดยการให้ความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย ความไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า รวมไปถึงการให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ (instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ เวลา แรงงาน การปรับสภาพแวดล้อม และการบริการต่าง ๆ

4. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีการประเมินเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับยกย่องชมเชย ทำให้บุคคลทราบว่าการกระทำของตนเองอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมกำหนดหรือไม่ อีกทั้งยังทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ โดยที่การสนับสนุนด้านนี้เปรียบเสมือนแรงเสริมทางสังคม (social reinforcement)

4.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความเชื่อที่บุคคลจะประเมินตนเองว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดกับร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษามากน้อยเพียงใด ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละราย (Strecher & Rosestock, 1997) โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูงมาก จะเคยมีประสบการณ์ได้รู้และได้เห็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการเจ็บป่วยของตนเอง ร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงจากแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ อาจส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลนั้นมากขึ้นตามไปด้วย ดังการศึกษาของครัมป์ (Crump, 2010; สิริพันธ์ เจริญผลและรัตนศิริ ทาโต, 2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง

ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ (Coleman et al. 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งอาจมีความเชื่อมโยงกับการทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว โดยพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประเด็นหลักที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gazmararian et al. (1999) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในโครงการสวัสดิการสังคม ประเมินจากแบบวัด S-TOFHLA ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ แตกต่างตามตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เชื้อชาติ ภาษาหลักที่ใช้ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ ผิวดำ สูงอายุ หรือมีอายุมากกว่า 85 ปี และมีระดับการศึกษาต่ำ

Federman et al. (2009) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการรู้คิด (Cognitive performance) ของผู้สูงอายุในนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเมินจากแบบวัด S -TOFHLA เพื่อวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบทดสอบสุขภาพจิตเบื้องต้น (The Mini Mental State Examination: MMSE) เพื่อวัดระดับความสามารถด้านการรู้คิด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 24.3 และความสามารถด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่ไม่เพียงพอ เช่น ความจำเฉพาะหน้า การดึงความจำกลับมาได้ช้าและความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา

Lee et al. (2010) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของชาวไต้หวัน ประเมินโดยใช้ Mandarin health literacy scale ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีอายุมาก ระดับการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำและอาศัยอยู่ในพื้นที่ประชากรน้อย และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพจิตที่ไม่ดี

Bostock and Steptoe (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและอัตราการตายของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ ประเมินจากความสามารถในการอ่านและการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ ซึ่งความสามารถในการทำความเข้าใจที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น

Edwards, Wood, Davies, & Edwards (2012) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแบบจำลองการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 18 คน จำนวน 3 ครั้ง ในเวลา 9 เดือน ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาควบคู่ไป

กับการพัฒนาความรู้ ทักษะของความรู้ด้านสุขภาพและการฝึกฝน ความสามารถในการแสวงหาทางเลือกและร่วมตัดสินใจ แรงกระตุ้นและอุปสรรคที่จะพัฒนาและฝึกฝนทักษะความรู้ด้านสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะบางประการของกลุ่มตัวอย่าง แต่ขึ้นอยู่กับการศึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพด้วย กลุ่มตัวอย่างบางคนสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไปจนถึงจุดที่พวกเขามีความเชี่ยวชาญและร่วมตัดสินใจในกระบวนการดูแลสุขภาพ

Chen et al. (2013) ศึกษาผลของความรู้ด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในไต้หวัน ประเมินจากแบบจำลอง SEM (Structure Equation Modeling) เพื่อวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพผ่านการให้ความรู้และการใช้กระบวนการคิด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีผลทางบวกโดยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไต

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดด้านสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความฉลาดด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส และแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความฉลาดด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัย เพศ ช่วงอายุ อาชีพและระดับการศึกษาแตกต่างกันมีระดับความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ส่วนเรื่องที่ยุ่งยากและแก้ไขได้ยากสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรม

วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ศึกษาความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ประเมินโดยใช้แบบวัดความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมและการเดินทางมาชมรม

นงลักษณ์ แก้วทอง (2557) ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย จังหวัดสระแก้ว ประเมินโดยใช้แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง (Reading comprehension) และแบบประเมินทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับก้ำกึ่งมากที่สุด ร้อยละ 51.5 รองลงมาในระดับไม่เพียงพอและระดับเพียงพอ ร้อยละ 37.5 และ 11.0 ตามลำดับ

ความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านระดับการศึกษา สถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพและแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 และปัจจัยสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2559) ซึ่งเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) การสื่อสาร 4) การตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนโรคประจำตัว ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และปัจจัยแรงสนับสนุน ทางสังคม ได้แก่ 1) ข้อมูลข่าวสาร 2) อารมณ์ 3) ทรัพยากร/เครื่องมือ 4) การประเมินผล โดยปัจจัยนี้มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ และความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่พักอาศัยในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 266 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ (Yamanai, 1973. อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ตามสูตรดังนี้

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

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

n = ขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{n}{1+266 (0.05)^2}$$

n = 160 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน คณะผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ร้อยละ 20 และการให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Lameshow, Hosme, Kler, & Wanga, 1990. อ้างถึงใน จริยา ลิมานันท์, 2550) ได้จำนวน 32 คน รวมเป็น

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 คน และเก็บกลุ่มตัวอย่างมาตรวจเพิ่มอีก 28 คน เพื่อป้องกันการผิดพลาดของข้อมูลดังกล่าวจึงเก็บกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ จำนวน 220 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงภายในระยะเวลา 10 ปี และรักษาโดยการรับประทานยา
3. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการทางสมองหรือความจำเสื่อม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ
4. ไม่มีอาการทางระบบประสาท และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กรณีคัดกลุ่มตัวอย่างออก มีดังนี้

ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับความดันโลหิต (ครั้งล่าสุดหรือโดยเฉลี่ย) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งใดบ้าง ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื่องใดบ้าง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ มี 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านทรัพยากร/เครื่องมือ จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านการประเมินผล จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถาม ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) และดัดแปลงจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ซึ่งเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับ สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต โดย คุณลักษณะที่สำคัญจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน คือ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการ สื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการ รับประทานอาหารและยา และการควบคุมภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ มี ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินตนเองถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในการตรวจรักษา การปฏิบัติ ตนเพื่อควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็น ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ

ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสาร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการนำข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ มา ใช้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีทักษะการ สื่อสารที่จะบอกเล่าอาการของตนให้ผู้อื่นทราบได้อย่างถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 ทักษะด้านการตัดสินใจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการวิเคราะห์อาการของ ตนเองเพื่อไปรับการตรวจรักษานอกจากเวลาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลนัดหมายจำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 การจัดการตนเอง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถจัดการดูแล ตนเองในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การดูแลตนเองด้านอื่น ๆ และการตรวจตามนัด จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุม อาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถเข้าใจสื่อต่างๆ ที่เป็นข้อความ รูปภาพ สัญลักษณ์ สำหรับโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ สื่อ การประเมินสื่อจำนวน 5 ข้อ

สำหรับแบบสอบถามตอนที่ 2-4 มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามรูปแบบของ Likert Scale โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

มี 4 ระดับ ใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค (Interval Scale) โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 4 หมายถึง เป็นประจำ
- 3 หมายถึง บ่อยครั้ง
- 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่ได้รับ

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว ใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับ ความถี่ ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังสูตรการคำนวณระดับการให้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละระดับชั้นโดยใช้ สูตรการคำนวณช่วงความกว้างของชั้น (มัลลิกา บุณนาค, 2537: 29) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4-1}{3} = 1.00 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบสอบถาม (รายด้าน) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.38 – 4.00	หมายถึง	ระดับสูง
1.34 – 2.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
1.00 – 1.33	หมายถึง	ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน
- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน
- พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานสุศึกษา 1 ท่าน
- อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาอนามัยชุมชน 1 ท่าน

- อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน
ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 3 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน
คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์ค่า CVI > 0.80 (Polit & Beck,
2012) โดยคำนวณค่า CVI เป็นรายข้อ จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม
กับคำนิยามศัพท์ กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดยนับจำนวนข้อคำถามที่ได้รับ
คะแนนระดับ 3 และ 4 จากผู้ทรงคุณวุฒิทุกคน หาค่าด้วยจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด ตามสูตร
ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์มาก |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามค่อนข้างมีความสอดคล้องกับนิยาม
ศัพท์ |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามมีความสอดคล้องน้อยกว่ากับนิยามศัพท์ |
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ |

การคำนวณโดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ได้รับความเห็นเป็นคะแนนระดับ 3 หรือ 4 จากผู้ทรงคุณวุฒิทุกคน}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) พบว่า

1. แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแต่ละด้าน ได้ค่า
CVI ดังนี้

- 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีข้อคำถาม 5 ข้อ ค่า CVI = 0.8
- 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีข้อคำถาม 10 ข้อ ค่า CVI = 0.8
- 3) ด้านทักษะการสื่อสาร มีข้อคำถาม 10 ข้อ ค่า CVI = 0.8
- 4) ด้านทักษะการตัดสินใจ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ค่า CVI = 0.8
- 5) ด้านการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 5 ข้อ ค่า CVI = 0.8
- 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีข้อคำถาม 5 ข้อ ค่า CVI = 0.8

2. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แต่ละด้าน ได้ค่า CVI ดังนี้

- 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร มีข้อคำถาม 2 ข้อ ค่า CVI = 1
- 2) ด้านอารมณ์ มีข้อคำถาม 3 ข้อ ค่า CVI = 1
- 3) ด้านทรัพยากร เครื่องมือ มีข้อคำถาม 3 ข้อ ค่า CVI = 0.8

4) ด้านการประเมินผล มีข้อคำถาม 2 ข้อ ค่า CVI = 0.8

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ค่า CVI = 1

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้ว คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

ทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเที่ยง

2.1 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) โดยเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลราชาเทวะ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบเดียวกับที่ใช้เก็บข้อมูลจริง เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ วิธีการตอบคำถาม ตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถาม (Objectivity) และความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้ โดยพิจารณาจากคำตอบและการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 นำข้อมูลที่เก็บได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .761 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .867 และความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อมั่นที่ระดับ .968

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เลขที่หนังสือรับรอง อ.896/2562) เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2562 คณะผู้วิจัยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นความลับ การนำเสนอผลงานวิจัยโดยภาพรวม และใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent form) เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่ร้ายแรง แต่อาจทำให้เสียเวลาเพื่อใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยเสนอโครงร่างงานวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (IRB) ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (IRB) ผ่านแล้ว จึงทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ออกจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2. คณะผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ไปให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมตำบลชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ และชี้แจงการดำเนินโครงการวิจัยทั้งหมด ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและนัดวัน เวลา สถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.1 เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริม

ตำบลหนองปรือ ทุกวันพุธที่ 2-3 ของเดือน เวลา 8.00-15.00 น.

3.2 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดแบบประเมิน พร้อมอธิบายวิธีในการตอบแบบประเมิน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง/ผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน 30 นาที

3.3 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

5. ส่งผลงานวิจัยตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS พร้อมกำกับแต่ละชุดแบบสอบถามด้วยรหัส และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เกณฑ์แบ่งระดับความสัมพันธ์ (Citing Cohen, 1988. อ้างอิงถึง ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2544) ดังนี้

ค่าความสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
+/- .70 – 1.00	สูง
+/- .30 – .69	ปานกลาง
+/- .00 – .29	ต่ำ

4. วิเคราะห์การทำนายปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเข้าที่ละตัว (Enter Regression Analysis)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 220 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	60	27.27
- หญิง	160	72.73
2. อายุ (\bar{x} = 67.09 ปี, SD = 6.65 ปี)		
- 60-64	102	46.36
- 65-69	60	27.27
- 70-74	26	11.82
- > 75	32	14.55
3. สถานภาพ		
- โสด	16	7.27
- หม้าย	48	21.82
- สมรส	155	70.46
- หย่า	1	0.45

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	32	14.55
- เรียนหนังสือ	188	85.45
- ประถมศึกษาตอนต้น	168	76.36
- ประถมศึกษาตอนปลาย	16	7.27
- มัธยมศึกษา	4	1.82
- ปริญญาตรี	2	0.91
5. อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ		
- ประกอบอาชีพ	127	57.73
- เกษตรกรรม	93	43.27
- รับจ้างทั่วไป	13	5.90
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	56	25.46
- รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	22	10.00
6. รายได้ผู้สูงอายุต่อเดือน	2	0.91
- เพียงพอ	5	2.27
- ไม่เพียงพอ	215	97.73
- ต่ำกว่า 1,000 บาท	211	95.91
- 1,001 - 3,000 บาท	4	1.82
- 3,001 - 5,000 บาท	2	0.91
- 5,001 - 10,000 บาท	3	1.36
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (\bar{x} = 8.26 ปี, SD = 6.2ปี)	92	41.80
- 1-5 ปี	77	35.00
- 6-9 ปี	26	11.80
- 10-15 ปี	25	11.40
- > 15 ปี		
	74	33.64
8. จำนวนโรคประจำตัว	103	46.82
- 1 โรค	40	18.18

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- 2 โรค		1.36
- 3 โรค	3	
- 4 โรค		

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.73 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 46.36 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.46 ระดับการศึกษาได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 85.45 คือ ชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 76.36 รองลงมาคือ ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 7.27 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.73 รายได้ผู้สูงอายุต่อเดือนไม่พอเพียง ร้อยละ 97.73 คือ ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 95.91 รองลงมาคือ 1,001- 3,000 บาท ร้อยละ 1.82 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 41.80 รองลงมาคือ 6-9 ปี ร้อยละ 35.00 และ 10-15 ปี ร้อยละ 11.80 ตามลำดับ มีจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 46.80 รองลงมาคือ 1 โรค ร้อยละ 33.64 และ 3 โรค ร้อยละ 18.18 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรอบด้านรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n = 220)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	\bar{x}	S.D.	การ แปลผล
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ	2.10	0.43	ปานกลาง
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ การบริการ	1.80	0.52	ปานกลาง
3. ด้านทักษะการสื่อสาร	1.79	0.68	ปานกลาง
4. ด้านทักษะการตัดสินใจ	2.35	0.52	ปานกลาง
5. ด้านการจัดการตนเอง	2.19	0.60	ปานกลาง
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	2.02	0.51	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.04	0.40	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.04$, SD = 0.40) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 2.35$, S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 2.19$, S.D. = 0.60) และด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.43) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับความรู้ (n=220)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	29	13.18
ระดับปานกลาง	97	44.09
ระดับสูง	94	42.73

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.09 รองลงมา มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 42.73

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผล ของแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (n = 220)

ปัจจัย	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
แรงสนับสนุนทางสังคม			
1) ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.09	0.79	ปานกลาง
2) ด้านอารมณ์	1.79	0.60	ปานกลาง
3) ด้านทรัพยากร/เครื่องมือ	1.74	0.92	ปานกลาง
4) ด้านการประเมินผล	1.75	0.80	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	1.81	0.60	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	2.24	0.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 1.81, S.D. = 0.60 และมีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร (\bar{x} = 2.09, S.D. = 0.79) รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ (\bar{x} = 1.79, S.D. = 0.60) และด้านการประเมินผล (\bar{x} = 1.75, S.D. = 0.80) ตามลำดับ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.24, S.D. = 0.45)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Correlation matrix) (n = 220)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
ระดับการศึกษา	1						
อาชีพ	-.239**	1					
รายได้	.002	.017	1				
จำนวนโรคประจำตัว	.067	.005	.125	1			
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.022	-.058	.050	.113	1		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.178**	-.128	.181*	.246**	.226**	1	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.225**	-.238**	.156*	.243**	.297**	.505**	1

*p < .05, **p < .001

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและจำนวนโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด (r = 0.505) ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สูงสุด (r = 0.505)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล (SEVA)	0.085	0.040	0.171	2.146*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (SEVE)	0.363	0.059	0.323	5.509**
ค่าคงที่ (a)	1.020	0.404	-	2.523

$R^2 = .288$, $F = 6.402$, $*p < .05$, $**p < .001$

จากตารางที่ 11 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (SEVE) เป็นปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ($\beta = 0.323$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2 = .288$, $F = 6.402$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล (SEVA) เป็นปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.171$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยทำนายทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมทำนายความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 28.80 ($R^2 = .288$)

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการคะแนนดิบ

$$Y = 1.020 + 0.363 (SEVE) + 0.085 (SEVA)$$

สมการคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.323 (SEVE) + 0.171 (SEVA)$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 220 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2562 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559 ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนหนองปรือ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .968, .761 และ .867 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์การทำนายปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเข้าที่ละตัว (Enter Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.73 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 46.36 ($\bar{x} = 67.09$, $SD = 6.650$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.46 ระดับการศึกษาได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 85.45 คือ ชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 76.36 รองลงมาคือ ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 7.27 และมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 1.82 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.73 รายได้ผู้สูงอายุต่อเดือนไม่พอเพียง ร้อยละ 97.73 คือ ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 95.91 รองลงมาคือ 1,001 - 3,000 บาท ร้อยละ 1.82 และ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 1.36 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 41.80 รองลงมาคือ 6-9 ปี ร้อยละ 35.00 และ 10-15 ปี ร้อยละ 11.80 ตามลำดับ และมีจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 46.80 รองลงมาคือ 1 โรค ร้อยละ 33.64 และ 3 โรค ร้อยละ 18.18 ตามลำดับ

2. ความรอบด้านรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.04$, $SD = 0.40$) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 2.35$, $S.D. = 0.52$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 2.19$, $S.D. = 0.60$) และด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 2.10$, $S.D. = 0.43$) ตามลำดับ

3. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.81$, $S.D. = 0.60$) และมีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x} = 2.09$, $S.D. = 0.79$) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 1.79$, $S.D. = 0.60$) และด้านการประเมินผล ($\bar{x} = 1.75$, $S.D. = 0.80$) ตามลำดับ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.24$, $S.D. = 0.45$)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษาและจำนวนโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = 0.225$, $r = 0.243$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = 0.156$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = -0.283$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = 0.297$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดในระดับปานกลาง ($r = 0.505$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

5. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ($\beta = 0.323$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลเป็นปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.171$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) โดยปัจจัยทำนายทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมทำนายความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 28.80 ($R^2 = .288$, $F = 6.402$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.04$, $SD = 0.40$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x} = 2.35$, $S.D. = 0.52$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 2.19$, $S.D. = 0.60$) และด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{x} = 2.10$, $S.D. = 0.43$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุระดับต้นซึ่งมีความเสื่อมถอยของร่างกาย อาจมีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยินลดลง จึงเป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้านทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ การ์สิรร์พ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ (2562) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ใจดี, รัฐฐา ระมั่ง, นवलจันทร์ กวินวานิช, และราตรี โพธิ์ระวัช (2562) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร มีความรู้ความเข้าใจสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.65 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่อ่านออกและ/หรือเขียนได้บ้างเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ ทักษะการตัดสินใจ รองลงมาคือ การจัดการตนเอง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 41.80 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 2-3 เดือน กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เช่น การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย เป็นต้น และทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ทักษะในการตัดสินใจเลือกข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ

เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามิ (2556) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานกว่า จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและมีระยะเวลาป่วยน้อยกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพทั้งของตนเองและได้รับประสบการณ์จากผู้อื่น จึงทำให้มีการปรับตัวโดยการจัดการตนเองให้เข้ากับสภาวะของโรคควบคุมไปกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและจำนวนโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = 0.225$, และ $r = 0.297$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = -0.285$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = 0.156$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 76.36 และมีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 46.82 อาจมีข้อจำกัดของความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลเรื่องโรคเรื้อรังหลายโรคของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ แสงเดือน อิกิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี (2558) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคเกือบทั้งหมดจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.73 ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่อาศัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสุข ภานุรัตน์, พรพรรณ ภูสาหัส, สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, วิถี ฐระธรรม, และภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.251$, $p = .000$) เนื่องจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งผู้จัดกิจกรรมสามารถกำหนดเวลาตามวิถีของชุมชนในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุว่างจากการทำงาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสได้รับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีอาชีพอื่น ๆ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีรายได้ต่อเดือนไม่พอเพียง ร้อยละ 97.73 คือ ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 95.91 และมีผลต่อความรอบรู้ด้าน

สุขภาพในระดับปานกลาง เนื่องจากข้อจำกัดของรายได้ย่อมมีผลต่อการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ (นิศารัตน์ อุตะมะ และเกษแก้ว เสียงเพราะ, 2562) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Martin, Ruder, and Lurie (2009) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาน้อย มีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ($r = 0.297$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.81$, S.D. = 0.60 และมีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x} = 2.09$, S.D. = 0.79) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 1.79$, S.D. = 0.60) และด้านการประเมินผล ($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.80) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรที่มสุขภาพครอบครัว ญาติและเพื่อนบ้าน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ ประไพพิศ สิงหเสม และเยาวลักษณ์

ยัมเยื่อน และคณะ, 2559) ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้ร้อยละ 29.50 เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับหน่วยของสังคม ได้แก่ บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยลดอัตราป่วย และลดภาวะเครียดที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

($r = 0.505$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.24$, S.D. = 0.45) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีวุฒิภาวะในการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่ รวมทั้งมีระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วระยะหนึ่ง อีกทั้งเป็นโรคเรื้อรังประจำตัวที่ต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ จึงรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ของตนเอง และต้องเรียนรู้ถึงวิธีปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพลินพิศ สายวิชัย (2554. อ้างถึงใน เกษริน

อุปลงค์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2560) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักเกินของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 28.80 ($R^2 = .288$, $F = 6.402$) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.171$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ($\beta = 0.323$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ซึ่งปัจจัยทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล

($\bar{x} = 1.75$, S.D. = 0.80) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x} = 2.24$, S.D. = 0.45) มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 70.46 ซึ่งวิถีชีวิตของคนไทยในชุมชนเป็นครอบครัวขยายทุกคนในครอบครัวมักมีความเอื้ออาทร และสนใจในปัญหาดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน จึงมีส่วนผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมารับการตรวจรักษาตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลและสาธารณสุขทุกท่านมีความเป็นกันเอง เนื่องจากปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนมานาน มีความคุ้นเคยและมีการจัดกิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับชุมชนด้วยดีตลอด กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมถึงสื่ออื่น ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นเมื่อมีผู้ให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และบอกให้ทราบถึงผลของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบถึงผลดีของการดูแลตนเอง ก็ย่อมส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, Meng, Tu, and Liu (2020) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกโดยตรงกับแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน ซึ่งมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรุนแรงต่อความเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจน

รับรู้ถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงทำให้มีประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายของโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการเจ็บป่วยของโรค กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเชื่อว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รุนแรง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถควบคุมโรคของตนเองได้ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษารั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาความรู้ความเข้าใจในรายชื่อที่มีค่าคะแนนน้อย และคำนึงถึงการใช้สื่อสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการอ่านและการได้ยิน
2. การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดมาร่วมฟังคำแนะนำด้วย เพื่อให้ความช่วยเหลือการปฏิบัติตัวที่บ้านอย่างถูกต้อง
3. ควรพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เพียง ร้อยละ 28.80 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งเชิงประมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป
3. ควรมีการทำวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กระทรวง
สาธารณสุข.(2557). *คู่มือองค์ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากร
สาธารณสุข*. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การเสริมสร้างความรอบ
รู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเด็กรักวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน*. กรุงเทพมหานคร:
นิทรรศการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- กัญญา แซ่โก. (2552). *ความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
ศาสตร มหาบัณฑิต). สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรรณิการ์ การ์สรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาล
วารสาร*, 25(3), 280-295. สืบค้น 10 กันยายน 2563, จาก
http://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/D_100710.pdf
- กิจปพน ศรีธานี.(2560).ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1),
26-36.
- กิตติพร เนาว่าสุวรรณ ประไพพิศ สิงหเสม เยาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน และคณะ, 2559. ศึกษาความสัมพันธ์
และ อำนาจทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 8(1), 1-13. สืบค้น 23 ตุลาคม
2563, จาก
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/113501>
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้
สูงวัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2558; 9(2), 1-8.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กองสุข
ศึกษา กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข.
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึง
เมื่อ 20 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก:
http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_pdf

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 4*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล และสุทัตตา ช่างเทศ. (2561). ศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรร ที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (พิเศษ), 320-332.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร. *การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง*. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
- เชษฐา แก้วพรม โสภิต สิริยุทธวิสุทธ์, ลลนา ประทุม และอรัญญา บุญธรรม. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาสองตำบลในพื้นที่อำเภอขลุง จันทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(1), 11-16
- ณัฐวิวรรณ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิต. *ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/>
- ณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์และพนิดา แจ่มผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10 (1), 10-18.
- ดารณี อนันตศรีณย์ (2559). ผลการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(4), 299-311.
- นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ*, 30(1), 45-56.

บรรณานุกรม (ต่อ)

นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุวดี ลีลัคณาวิระ, ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 63-74.

นภาพร วาณิชย์กุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2556). ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิศารัตน์ อุตตะมะ, และเกษแก้ว เสียงเพราะ. (2563). ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. *วารสารสุขภาพ*, 42(2), 75-85. สืบค้น 10 กันยายน 2563,

จาก [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/225748-Article%20Text-745513-5-10-20191129%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/225748-Article%20Text-745513-5-10-20191129%20(2).pdf)

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุจำ. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ระยะที่ 1. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

นฤมล ใจดี, รัฐฐา ระมิ่ง, นवलจันทร์ กวินวานิช, และราตรี โพธิ์ระวัช (2562). ความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 (น. 1312-1323). กำแพงเพชร, สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. สืบค้น 9 กันยายน 2563, จาก

<https://research.kpru.ac.th/research2/pages/filere/16292020-01-10.pdf>

นัฐพล ปันสกุล. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิศารัตน์ อุตตะมะ, เกษแก้ว เสียงเพราะ. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. *วารสารสุขภาพ* [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2563]; 42(2), 75-85. เข้าถึงได้จาก:

[file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/225748-Article%20Text-745513-5-10-20191129%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/225748-Article%20Text-745513-5-10-20191129%20(2).pdf)

บรรลุ ศิริพานิช. (2540). ผู้สูงอายุภาวะของใคร. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 10(8), 7

บรรณานุกรม (ต่อ)

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. รายงานการศึกษาค้นคว้าส่วนบุคคล หลักสูตรนักบริหารการทูต สถาบันการต่างประเทศ เทเวศร์วีโรปกรณ์, กระทรวงการต่างประเทศ.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เปี้ยชื้อ, และสุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โก. (2559). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลือดผิดปกติและเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(3), 176-182.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.พนิดา กุลประสูติติติก. (2543). *อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.
- พรพิมล ว่องไว, นิรัตน์ อิมามิ, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และมันทนา ประทีปะเสน. (2554). การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 34(117), 69-81.
- พิษณุรักษ์ กันทิวและสิทธิกร พงศ์พานิช. (2562). ความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 11(1), 73-83
- พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2553). *คู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
- เพลินพิศ สายวิชัย. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ภาณุวัฒน์ ปานเกต, จุรีพร คงประเสริฐ, นิตยา ภัทรกรรม, นงนุช ตันติธรรม, ศุภวรรณ มโนสุนทร,

พัชริยา มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.

ยิ่งอินทร์. (2557). รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ.

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำชนะ, และนงนภัทร

รุ่งเนย. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี.

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6 (ฉบับพิเศษ), 129-141.

สืบค้น 10 กันยายน 2563, จาก file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/191523-

Article%20Text-748393-2-10-20191125%20(1).pdf

รัตนกร จันไค, ชวนชัย เชื้อสาธุชนและพจนีย์ เสี่ยงมจิตต์. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 5(1), 75-90.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่เป็ยะ. โครงการ 3 อ 2 ส. อำเภอหนองม่อม: มปก; 2562.

[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2563]; เข้าถึงได้จาก:

<https://localfund.happynetwork.org/project/53072>

วิชัย เอกพลกร. (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันท์ธา. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 24(2), 34-51.

วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (ชุมชนนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ), คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์ะสกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลและสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2563]; 2(1), 1- 19. เข้าถึงได้จาก:

[file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/1548-Manuscript-3802-4-10-20200427%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/1548-Manuscript-3802-4-10-20200427%20(1).pdf)

บรรณานุกรม (ต่อ)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562*. เชียงใหม่: บริษัท ทริค ชิงค์ จำกัด.

สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาหัส, สุขฤดี ชัยศฤงคารสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, วิถี ชูระธรรม, และภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 86-94. สืบค้น 10 กันยายน 2563, จาก

[file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/180009-Article%20Text-587143-3-10-20190627%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/180009-Article%20Text-587143-3-10-20190627%20(1).pdf)

สมฤทัย เพชรประยูร,ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรภมล และอวิชชัย พรพัฒน์ดิษฐ์. (2555). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงต่อการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26 (1), 38-50.

สุมาพร สุจ้านงค์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขวางวิทยุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร* [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2563]; 29(2), 20-30. เข้าถึงได้จาก:

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/28965>

สำนักงานก.พ. (OCSC).2561. ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย. *วารสารข้าราชการ*, 60(4).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.(2557). *รายงานการสำรวจ ประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชัน จำกัด. 29(2), 20-30.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริม*

ตำบลหนองปรือ. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2556). *ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สิรินันท์ เจริญผล และรัตนศิริ ทาโต. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีผู้ใช้แรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(2), 136-148.
- สุดารัตน์ ต้นสุภสวัสดิกุล และจรินทร์ อัครหาญฤทธิ์.(2548). ผู้สูงอายุและความดันโลหิตสูงในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภาวดี พรหมแจ่ม. (2560). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-547.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรุ ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-54.
- หทัยกานต์ ห่องกระจก, นฤมล ปทุมรักษ์, และเขมมาวดี มาสิงบุญ. (2559). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. วารสารแพทยธานี, 43(2), 39-54.
- อนุชา โอชะคลัง, และสงครามชัย ลีทองดี.(2554). ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมประยุกต์การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยในทุ่งอำเภอตระการพืชผลจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์, 6(1). 119-125

บรรณานุกรม (ต่อ)

เอกชัย ชัยยาทา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
รับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดลำพูน. มหาบัณฑิต,
สาขาการจัดการการสร้งเสริมสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อภิญา อินทรรัตน์.(2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ.
วารสาร

พยาบาลทหารบก, 15 (3), 174-178.

อรทัย แก้วมหากาพ และดารารัตน์ อยู่เจริญ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญใน
ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,
6(3): 237-245.

อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ซาลี. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organization Behavior and Human
Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999).
Development of a Brief to Measure Functional Health Literacy. *Patient
Education and Counseling*, 38(1), 33-42.

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health Literacy,
Cognitive Abilities, and Mortality among Elderly Persons. *Journal of General
Internal Medicine*, 23(6), 723-726.

Becker, M.H., & Rosenstock, I.M. (1988). Compliance with medical advice. In A.
Stephoe & A. Matthews, Health care and human behavior, (6th ed.). London:
Academic press.

Becker, M.H., & Rosenstock, I.M. (1988). Compliance with medical advice. In A.
Stephoe & A. Matthews, Health care and human behavior, (6th ed.). London:
Academic press.

Bostock, S. and Steptoe, A.(2012). Association between low functional health literacy and

บรรณานุกรม (ต่อ)

- mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*, 334, e1602.
- Chen, J.Z., et al. (2013). Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. *Geriatr Gerontol Int*, 13(1), 70-76.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. American Psychological Society, 14(5), 676-684.
- Cho YL., Lee, SY., Arozullah, AM., Crittenden, KS. Effects of health lireacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine* [Internet] 2008 [cited 2020 Sep 20]; 66(8): 1809s-16s. Available from: [http:// https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295949/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295949/)
- Coleman. M.T. & Newton, K.s. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*. 72, 1503-1510.
- Crump, S. (2010). *Hypertension risk perceptions, hypertension knowledge, and health value as predictors of health promotion behaviors in African-American university students*. Doctor dissertation. Department of Psychology, Graduate School, Howard University, Washington, D.C, USA.
- Crump, S. L. (2010). *Hypertension risk perceptions, hypertension knowledge, and health value as predictors of health promotion behaviors in African- American university students*.
- Davis, T., Crouch, M., Wills, G., & Miller, S. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patient. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Dongbo, F., Ding, Y., Patrick M. G. W., & Hua, F. (2006). Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*, 61, 389-396.
- Edwards, M., Wood, M., Davies, M., & Edwards, A. (2012). *The development of health literacy in patient with a long term health condition: the health literacy pathway model*. Retrieved Jan 15, 2020 from [ttp://www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com).
- Elliot, W. J., Bakris, G. L. & Black, H. R. (2004). Hypertension: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment (11th ed.). In V. Fuster., R. W. Alexander, & R. A. O'rourke (Eds.), *Hurst's the heart* (pp. 1531-1565). The United States of America: McGraw- Hill.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Federman, A. D., et al. (2009). Health literacy and cognitive performance in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 57(8), 1475-1480.
- Gazmararian, et al. (1999). Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*, 281, 545-551.
- Hall, DA. (1976). *The Aging of Connective Tissue*. New York : Academia.
- House, J. S. Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structure and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Institute of Medicine of the National Academies. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Joint National Committee. (2003). The 1988 Report of the Joint National Committee on Prevention, Detections, Evaluation and Treatment of High Blood pressure. *Arch Intern Med* 148: 102.
- Kaeodumkoeng, K., & Thumakul, D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Reseach J [Internet]*. 2015 [cited 2020 Sep 20]; 9(2), 1-8. Available from: <http://he01.tui-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/56547>
- Kobayashi, L. C., Smith, S. G., Conor, R. O., Curtis, L. M., Park, D., von Wagner, C., et al. (2015). The roles of cognitive function in the relationships between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Journal*, 5(4), 1-8
- Larki, A., Tahmasebi, R, and Reisi, M. *Factors Predicting Self-Care Behaviors among Low Health Literacy Hypertensive Patients Based on Health Belief Model in Bushehr District, South of Iran. Int J Hypertens*, 2018, 1-7. Retrived Oct, 12 2020, from: [m.nih.gov/pmc/articles/PMC5893004/pdf/IJHY2018-9752736.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5893004/pdf/IJHY2018-9752736.pdf)
- Lawson, B., Van Aarsen, K., Latter, C., Putnam, W., Natarajan, N., & Burge, F. (2011). Self- Reported Health Beliefs, Lifestyle and Health Behaviours in Community-Based Patients with Diabetes and Hypertension. *Canadian Journal of Diabetes*, 35(5), 490-496.
- Lee SY., Arozullah AM., & Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research Agenda (2004). *Soc Sci Med [Internet]* 2017 [cited 2020 Sep 20]; 58:1309-21.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Available from: doi:10.1016/S3277-9536(03)00329-0

- Lee, S. Y., et al. (2010). Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health*, 641(10), 1186-1194.
- Li, X., Ning, N., Hao, Y., Sun, H., Gao, L., Jiao, M., et al. (2013). Health literacy in rural areas of China: Hypertension knowledge survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(3), 1125-1138.
- Liu Y., Meng H., Tu N., & Liu D. *The relationship between health literacy, social support, depression, and frailth among Community-Dwelling older patients with hypertension and diabetes in China*. *Frontiers in Public Health* [Internet] 2020 [cited 2020 Sep 20]; 8(Article 280), 1-11. Available from: <http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7344226/>
- McAlister, F. A., Campbell, N. R. C., Zarnke, K., Levine, M., & Graham, I. D. (2001). The management of hypertension in Cannada: A review of current guidelines, their shortcomings and implications for the future. *Canadian Medical Association Journal*, 164(4), 517-522.
- Namwong A, Panuthai S, Suwanprapisa T, Khampolsiri T. (2015). A casual model of adherence totherapeutic regimens among Thai older adults with hypertension. *Pacific rim Int J Nurs Res*,19(2):107-21.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2007). Eheals: The health literacy scale. *Journal Medication International Research*, 8(4).
- Nutbeam, D.(2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and community strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67 (12), 72-78.
- Oparil, S., & Weber, M. A. (2000). *Hypertension: A companion to brenner and rector's the kidney*. Philadelphia: Saunders.
- Pender N. J., (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pinprapapan E, Panuthai S, Vannari T, Srisuphan W. (2013). Casual model of adherence to therapeutic regimens among Thais with hypertension. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 17(3):268-81.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Potts, K. (2014). Hypertension in older people: assessment and management. *Nursing And Residential Care*, 16(3), 146-149.
- Seow, L. S. E., Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2015). Hypertension and its associated risks among Singapore elderly residential population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*.
- Sorensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonsska, Z., et al. (2012). *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and model*. Retrieved Mar15, 2020, from <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Stretcher, V., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey Bass.
- Weiss, B. D., et.al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*, 3(6), 514-522.
- Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic strategies for managing hypertension. *American Family Physician*, 73, 1953-1956.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2016). *Global status report on non communicable disease*. Retrieved Jan 7, 2020, from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/vector-control-ncds-cancer/>.



ภาคผนวก ก

**คำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยเชิงปริมาณ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ**

ดิฉัน นางฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ หากท่านเข้าร่วมการศึกษานี้ ดิฉันจะขออนุญาต สอบถามความคิดเห็นของท่านต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยการทำแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถามจะใช้รหัสแทน ชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยในภาพรวม

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(อาจารย์ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า อายุ
..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ถนน หมู่ที่ แขวง/ตำบล
.....เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
..... โทรศัพท์

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของนางฉันทิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ
2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญ หลอกลวง แต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่จะเกิดขึ้นรวมถึงความปลอดภัย อาการที่ตามมา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งคุณค่าที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้ว

(จากเอกสารการวิจัยแนบท้าย-ถ้ามี)

4. ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่า จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย
5. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าทดแทนที่จะได้รับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ หัวหน้าผู้วิจัย
(ฉันทิพย์ พลอยสุวรรณ)

พยาน.....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

1. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พุทธสีหกุลย์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. พ.อ.นพ.ชิตชัย เกาะสมบัติ รองผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. พ.อ.หญิง ดร. อภิญญา อินทรรัตน์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบนาวอากาศหญิง
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ฤทธิ์อุดม หัวหน้ากองการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ

FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY OF THE ELDERLY WITH HYPERTENSION IN NONG PRUE COMMUNITY, SAMUT PRAKAN PROVINCE

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วย ดิฉันอาจารย์ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณและคณะ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ” ซึ่งงานวิจัยนี้จะสำเร็จได้ต้องได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตามความเป็นจริง จากท่าน คำตอบของท่านจะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและการแปลผลในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยตัวตน ของผู้ตอบแบบสอบถาม เพราะเป็นการศึกษาข้อมูลในภาพรวม

ดังนั้น ทางคณะผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อผู้วิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ และนำผลที่ได้ไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
- ส่วนที่ 4 ความรอบรู้สุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุปี.....เดือน

3. สถานภาพ

- () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่ () อื่น ๆ

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 () 2. เรียนหนังสือ
 () 2.1 ประถมศึกษาตอนต้น () 2.2 ประถมศึกษาตอนปลาย
 () 2.3 มัธยมศึกษา () 2.4 ปริญญาตรี
 () อื่น ๆ.....

5. ท่านประกอบอาชีพหลักอะไร

- () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 () 2. ประกอบอาชีพ
 () 2.1 เกษตรกรรม () 2.2 รับจ้างทั่วไป
 () 2.3 ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () 2.4 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 () 2.5. อื่น ๆ

6. รายได้เฉลี่ยของท่าน/ต่อเดือน

- () 1 มีรายได้
 () 1.1 เพียงพอ () 1.2 ไม่เพียงพอ
 () 2. ไม่มีรายได้ท่านได้รับเงินจากแหล่งใดบ้าง โปรดระบุ.....

7. ระดับความดันโลหิต (ครั้งล่าสุดหรือโดยเฉลี่ย).....มิลลิเมตร/ปรอท

8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

9. โรคประจำตัว

- () เบาหวาน () ไขมันในเลือดสูง () หัวใจ () เก๊าท์ () หอบหืด () ไต
 โรคอื่น ๆ ระบุ.....

10. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งใดบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. แพทย์ () 2. พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะโรค
 () 3. เกสซิ่ง () 4. ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ
 () 5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง () 6. สื่อวิทยุโทรทัศน์และเอกสารต่าง ๆ
 () 7. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. การรับประทานยา () 2. การควบคุมอาหาร
 () 3. การออกกำลังกาย () 4. การจัดการกับความเครียด
 () 5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดดื่มสุรา ชา กาแฟ บุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว
 () 6. การตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของท่าน

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ได้รับคำแนะนำทุกครั้ง而去สถานพยาบาล 100%

ได้รับบ่อยครั้ง หมายถึง ได้รับคำแนะนำมากกว่า 50 % ที่ไปสถานพยาบาล

ได้รับนาน ๆ ครั้ง หมายถึง ได้รับคำแนะนำน้อยกว่า 50% ที่ไปสถานพยาบาล

ไม่ได้รับ หมายถึง ไม่เคยได้รับคำแนะนำทุกครั้ง而去สถานพยาบาล

ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับนาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้รับ
1. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
1.1 ท่านได้รับความรู้/แผ่นพับ และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากครอบครัว/ญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน				
1.2 ท่านได้รับความรู้/แผ่นพับ และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์/พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
2. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์				
2.1 ครอบครัว/ญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน คอยให้กำลังใจท่านในการควบคุมความดันโลหิตและการปฏิบัติตนเรื่อง อาหาร ยาและการพบแพทย์ตามนัด				
2.2 แพทย์/ พยาบาล/ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แสดงความห่วงใยเมื่อตรวจพบระดับความดันโลหิตของท่านไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ				
2.3 แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่โรงพยาบาลให้กำลังใจท่าน ในการควบคุมอาหารรับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด				
3. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร เครื่องมือ				

ข้อความ	ได้รับ เป็นประจำ	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้รับ
3.1 ครอบครัว/ ญาติพี่น้อง/ เพื่อนบ้าน จัดหาอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เอกสาร แผ่นพับสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาให้ท่าน				
3.2 แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดกิจกรรมให้ท่านออกกำลังกายในชุมชน				
3.3 แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจกอุปกรณ์ที่ช่วยให้ท่านนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว เพื่อลดความดันโลหิตสูง				
4. แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล				
4.1 ท่านได้รับข้อมูลการตรวจวัดความดันโลหิตจากครอบครัว/ ญาติพี่น้อง/ เพื่อนบ้าน เพื่อให้ท่านทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเรื่องโรคความดันโลหิตสูง				
4.2 ท่านได้รับการแจ้งผลการตรวจโรคความดันโลหิตหรือผลการตรวจเลือด บัสสาวะจากแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ท่านปรับปรุงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเรื่องโรคความดันโลหิตสูง				

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

การรับรู้ความรุนแรง	ระดับการรับรู้/ ความเห็น			
	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ				
2. โรคความดันโลหิตสูงถ้าควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะเป็นอันตรายทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน และเป็นอัมพาต				
3. โรคความดันโลหิตสูงถ้าควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้อาจเกิดภาวะหัวใจวายได้				
4. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถ้ามีไขมันในเลือดสูง และเป็นโรคเบาหวานจะมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ง่าย				
5. โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่รักษาอาจทำให้ตาบอดได้				
6. โรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดภาวะไตวายและเสียชีวิตได้				
7. โรคความดันโลหิตสูงจะรุนแรงมากขึ้นถ้ามีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน				
8. การรับประทานอาหารเค็มจะยิ่งทำให้โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงขึ้น				
9. การไม่ออกกำลังกายเป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง				
10. ถ้าไม่รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง				

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 6 ตอน

ตอนที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจ

ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ เป็นการตอบ ว่าใช่หรือไม่ใช่ ให้ใส่

เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับคำตอบของท่านให้มากที่สุด มีลักษณะเป็นข้อความถามตอบ

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	โดยทั่วไป ความดันโลหิตสูง คือ การที่วัดค่าความดันโลหิตมีค่ามากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง		
2	การงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่นข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ไข่แดง หนังหมู เครื่องในสัตว์ ช่วยควบคุมความดันโลหิตได้		
3	การใช้น้ำมันปรุงอาหารในผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูง สามารถใช้ได้ทั้งน้ำมันพืชและน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู		
4	ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม เครื่องปรุงรส ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ผงชูรส อาหารกะทิและอาหารทอด		
5	การออกกำลังกายเป็นประจำ ทำจิตใจให้ผ่องใส ไม่เครียด ช่วยควบคุมความดันโลหิตได้		
6	หากลิ้มรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต มือตอไปต้องเพิ่มเป็น 2 เม็ด เพราะยาจะออกฤทธิ์ควบคุมไม่ได้ ถ้าหากขาดมือใดมือหนึ่ง		
7	ถ้ายาที่แพทย์สั่งหมดก่อนวันนัด ท่านสามารถนำตัวอย่างยาไปซื้อที่ร้านขายยาที่ใดก็ได้ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์ก่อนวันนัด		
8	เมื่อมีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิต สามารถหยุดรับประทานยา แล้วรีบไปพบแพทย์ทันที		
9	ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ได้แก่ ตามัว บวมตามปลายมือ ปลายเท้า เจ็บหน้าอก แขนขาอ่อนแรง		
10	การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสมมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ตอนที่ 2-6 ลักษณะคำตอบเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

กรุณาเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์ **ปฏิบัติบ่อยครั้ง** หมายถึง ท่านปฏิบัติ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์ **ไม่เคยปฏิบัติ** หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์

ข้อ	ข้อความคำถาม	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
			นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	เมื่อท่านต้องการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ท่านจะค้นหาจากแหล่งข้อมูลได้หลายช่องทาง				
2.	ท่านดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเนื่องจากท่านสืบค้นข้อมูลจากเอกสาร แผ่นพับ มือถือ				
3.	ท่านตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปใช้ในการดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง				
4.	ท่านอ่านฉลากยาและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างเข้าใจ				
5.	ท่านอ่านข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จากเอกสาร แผ่นพับ หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ แล้วนำมาปฏิบัติ				
6.	ท่านสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาลและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
7.	ท่านติดตาม รับชม รับฟังข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูงจากวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ ฯลฯ				
8.	ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากมือถือหรืออินเทอร์เน็ตได้				
9.	ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและได้รับข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจัดให้ความรู้				
10.	ท่านให้ครอบครัว/ญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน ช่วยในการหาข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่างๆ				

ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสาร

กรุณาเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
			นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	ท่านเล่าหรืออธิบายเนื้อหาจากการอ่านเอกสารโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้อื่นทราบ				
2.	ท่านอ่านและสรุปเนื้อหาที่เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวจากสื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ฯลฯ				
3.	ท่านเข้าใจภาวะแทรกซ้อนของโรคจากข้อมูลในแหล่งต่าง ๆ และนำมาปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน				
4.	ท่านตัดสินใจในการดูแลตนเองด้านอาหาร, ยา, ออกกำลังกาย ด้วยข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่ทราบหรือค้นหามาเป็นอย่างดี				
5.	ท่านเข้าใจและนำสิ่งที่แพทย์ พยาบาลแนะนำมาปฏิบัติในการดูแลตนเอง				
6.	เมื่อเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาลสอบถาม ท่านสามารถบอกเล่าอธิบาย สิ่งที่เป็นปัญหาและความต้องการของท่านได้				
7.	ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน				
8.	ท่านชักชวนเพื่อนบ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ควบคุมอาหารและรับประทานยาให้ถูกต้อง				
9.	ท่านติดตามรับฟังข่าวสาร สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อสารมวลชน เพื่อนำมาใช้กับตนเอง				
10.	ท่านอธิบายตัวเลขและแปลผลค่าความดันโลหิตของตนเองและผู้อื่นได้				

ตอนที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ

กรุณาเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
			นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	ท่านจัดการตนเองในการดูแลปฏิบัติตามที่ แพทย์/ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ				
2.	ท่านคำนึงถึงผลดีที่จะได้รับมากกว่าผลเสียในการควบคุมอาหารรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด				
3.	ท่านตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อสังเกตว่ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดมีนศีรษะมาก ตามัว แขนขาอ่อนแรง				
4.	เมื่อมีการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน ท่านตัดสินใจเข้าร่วมในทันที				
5.	เมื่อทราบว่า มีเพื่อนบ้านเป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ้ามีโอกาส ท่านจะเข้าไปพูดคุยให้คำแนะนำ				
6.	ท่านแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ไปตรวจวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน				
7.	ท่านตัดสินใจปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่ชอบ เมื่อสงสัยว่าจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้				
8.	ท่านตัดสินใจสอบถามแพทย์ พยาบาลในประเด็นที่ท่านสงสัยเรื่องความดันโลหิตสูง				
9.	เมื่อแพทย์ พยาบาลให้คำแนะนำต่างๆ ท่านตัดสินใจปฏิบัติตาม ถึงแม้จะต้องเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ				
10.	เมื่อมีพยาบาลมาเยี่ยมบ้าน ท่านตัดสินใจอนุญาตให้เจ้าหน้าที่เข้ามาสอบถามให้คำแนะนำ				

ตอนที่ 5 การจัดการตนเอง

กรุณาเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
			นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	ท่านเข้าใจปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จึงแนะนำการป้องกันโรคให้กับสมาชิกในครอบครัว				
2.	ท่านควบคุมเรื่องอาหารโดยจัดการปรุงอาหารที่มีรสเค็มน้อยด้วยตนเองหรือบอกกับคนในครอบครัวให้หลีกเลี่ยงการเติมเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส ฯลฯ				
3.	ท่านจัดการ เรื่องการรับประทานยาด้วยตนเองหรือบางครั้งให้สมาชิก ในครอบครัวคอยแจ้งเตือนการรับประทานยาของท่าน				
4.	ท่านจัดสรรเวลาในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของท่าน				
5.	ถ้าท่านต้องไปตรวจตามนัด ท่านวางแผนการค้นหา และจะบอกสมาชิกในครอบครัวล่วงหน้า				

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ

กรุณาเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
			นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	ท่านมีการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของสื่อจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ก่อนนำมาปฏิบัติหรือแนะนำเพื่อนบ้าน				
2.	ท่านวิเคราะห์ ผลดี ผลเสียของเนื้อหาข้อมูลที่สื่อนำเสนอจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ก่อนที่จะลงมือทำ				
3.	เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับจาก				

ข้อ	ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
			นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
	สื่อออนไลน์ถูกต้องหรือไม่ ท่านจะค้นหาจากสื่ออื่น ๆ ที่เชื่อถือได้				
4.	ท่านพิจารณาไตร่ตรองการโฆษณาอาหารเสริมหรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง				
5.	ท่านปฏิบัติตามเอกสาร แผ่นพับหรือสื่อต่าง ๆ เมื่อมีการเน้นย้ำเรื่องความรุนแรงของโรคและการปฏิบัติตน				

ประวัติย่อผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

นางฉันททิพย์

ประวัติการศึกษา

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์

พลอยสุวรรณ

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ห้องอาจารย์ 4 อาคารโภชนาการ 1 ชั้น 2

02-312-6300 ต่อ 1237

ผู้วิจัย

พ.อ.หญิงดร.พรรณิ

ประวัติการศึกษา

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์

ปานเทวีญ

รองผู้อำนวยการ กองการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

02-3547598

ผู้วิจัย

เรืออากาศตรีหญิงฐานิตา

ประวัติการศึกษา

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์

พิ่งฉิ่ง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

02-534-2480

ประวัติย่อผู้วิจัย (ต่อ)

ผู้วิจัย

อาจารย์ชวิตา

รัตนกมลกานต์

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ห้องอาจารย์ 2 อาคารโภชนาการ 1 ชั้น 2

โทรศัพท์

02-312-6300 ต่อ 1235

ผู้วิจัย

ดร. สุพร

วงศ์ประทุม

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ห้องอาจารย์ 4 อาคารโภชนาการ 1 ชั้น 2

โทรศัพท์

02-312-6300 ต่อ 1237