



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค
The Office of Disease Prevention and Control Region 4, Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

Relationship between health literacy and related factors with dietary behavior and medication intake of hypertension patients in Banmi District, Lopburi Province

ชนนพร แสงเดือน¹, มณฑา เก่งการพานิช^{2*}, ศรีธัญญา เบนจกุล²

Chanonporn Sangdurn¹, Mondha Kengganpanich^{2*}, Sarunya Benjakul²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ²มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Faculty of Public Health Mahidol University, ²Mahidol University

*Corresponding author: mondha.ken@mahidol.ac.th

Received: October 31, 2023 Revised: January 19, 2024 Accepted: January 29, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 275 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ระยะการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และการมีโทรศัพท์มือถือที่ใช้อินเทอร์เน็ตได้ รวมถึงความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ และความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา โดยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ด้านการประเมินข้อมูล และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงควรพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวให้สูงขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการรับประทานยา, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the relationship between health literacy and factors influencing dietary behavior and medication intake among patients with hypertension in Banmi District, Lopburi Province. The samples comprised 275 hypertension patients diagnosed by physician and receiving services at the Sub-district Health Promoting Hospital in Ban Mi District, Lopburi Province, selected through systematic multistage sampling. Data were collected through structured interviews and analyzed using Chi-square test. The results revealed that personal factors, including occupation, sources of information about hypertension, knowledge of hypertension, social support from family members, public health personnel, village health volunteers (VHVs), the use of social media for health-related information, and health literacy were significantly associated with dietary behavior and medication intake ($p < 0.05$). Specially, areas of health literacy showing a significant relationship were data evaluation and data application ($p < 0.05$). Consequently, primary healthcare services should develop the higher health literacy of patients and family members, considering the patient's context.

Keywords: Health literacy, dietary behavior and medication intake, hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2568⁽¹⁾ ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้จากความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบอัตราการป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 13.94, 14.65 และ 15.11 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยจากกลุ่มรายงานมาตรฐานสถานะสุขภาพ การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในปี 2563 - 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ภาพรวม) มีอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 14.09, 14.64 และ 15.07 ตามลำดับ⁽²⁾ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่จังหวัดลพบุรี มีรายงานอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 18.81, 19.49 และ 20.01 ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ และอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน

ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 24.04, 24.40 และ 25.11 ตามลำดับ⁽²⁾ สูงกว่าระดับประเทศด้วยเช่นกัน

จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอบ้านหมี่ หากไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจ สมอหรือระบบประสาท ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมา⁽³⁾ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยของภาครัฐสูงถึง 79,263 ล้านบาทต่อปี⁽⁴⁾ ซึ่งจะต้องลดอัตราการตายก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 70 ปี) จากโรคไม่ติดต่อลดลงร้อยละ 25 ภายในในปี พ.ศ. 2570⁽⁵⁾ และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากระดับความดันโลหิตสูงเกินกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁽⁶⁾ และเข้มข้นในมาตรการรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปด้วย เช่น การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดความเครียด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ⁽⁷⁻⁹⁾ ไม่หยุดยาหรือซื้อยามารับประทานเอง ควรปฏิบัติตามแพทย์สั่ง

อย่างเคร่งครัด⁽¹⁰⁻¹¹⁾ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีพอร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลดีต่อการดูแลตนเองได้⁽¹¹⁻¹²⁾

Nutbeam⁽¹³⁾ ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อน และอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) การดำเนินงานสุขภาพที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน⁽¹⁴⁾ ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของโสเรนเซน และคณะ⁽¹⁵⁾ และประยุกต์เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกองสุศึกษา ปี 2565 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและดำเนินกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและลดผลกระทบต่อสุขภาพรวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงถึงชีวิตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional survey research) ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนธันวาคม 2565 - เดือนมีนาคม 2566

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 35 - 60 ปี ในพื้นที่ 21 ตำบลของอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบ้านหมี่ อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ที่มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 4,352 คน ในปี พ.ศ. 2564⁽¹⁷⁾ ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านหมี่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีข้อมูลในทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อ่าน การได้ยิน และการฟังภาษาไทยได้ 4) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ที่ย้ายการรักษาไปนอกพื้นที่ในช่วงที่เก็บข้อมูลการวิจัย 2) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมในตอนต้นแต่ระหว่างการสัมภาษณ์รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลจนจบทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน⁽¹⁸⁾ โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ 0.05 ในการวิจัยครั้งนี้แทนค่า P คือสัดส่วนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากผลการศึกษานักตร์สกุล แมบจันทิก และ ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและปัจจัย

ส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁹⁾ เท่ากับ 0.18 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 261 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของจำนวนตัวอย่าง ซึ่งอาจมาจากการถอนตัวจากการวิจัย หรือจากการไม่ตอบคำถามในบางส่วน จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ต้องมีจำนวน 275 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และได้รับการปรับปรุงแก้ไข และวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา รายชื่อ (I-CVI) รายส่วนและประเด็น (S-CVI) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00, 0.70, 1.00, 1.00 ตามลำดับ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ทั้ง 4 ด้าน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา มีค่าความตรงของเนื้อหา 1.00 ทั้ง 2 พฤติกรรม นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในเขตพื้นที่ตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ที่มีลักษณะภูมิศาสตร์ ประเพณี วัฒนธรรม การดำรงชีวิตคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการหาค่า KR-20 สำหรับข้อคำถามความรู้ และสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 ขึ้นไป แบบสัมภาษณ์มีด้วยกัน 3 ส่วน จำนวน 97 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 บัณฑิตส่วนบุคคล ได้จากการทบทวนงานวิจัย ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้/เดือน รายได้ทั้งหมดเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย/เดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ค่าความดันที่วัดครั้งสุดท้าย ค่าดัชนีมวลกาย โรคร่วม จำนวนสมาชิกที่เจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโทรศัพท์มือถือ

บ้านมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open end) และตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 15 ข้อ (2) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ (3) แรงสนับสนุนทางสังคม (บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 18 ข้อ (4) พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2565⁽²⁰⁾ มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูล แต่ละด้านมีข้อคำถาม 6 ข้อ ซึ่งมีตัวเลือกแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก ทำไม่ได้เลย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ

การบริโภคอาหารและการ รับประทานยา แบ่งเป็น 2 พฤติกรรม ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย

ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การวัด 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก การแปลผลระดับพฤติกรรม แบ่งเป็น 2 ระดับ (สูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75, ต่ำกว่าร้อยละ 75) คะแนนเต็ม 40 คะแนน คือ ดี (31 - 40 คะแนน) ไม่ดี (0 - 30 คะแนน)

ตอนที่ 2 ด้านการรับประทานยา ประกอบด้วย
 ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วน
 ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประจำ บ่อยครั้ง
 บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การวัด 4 ระดับ
 คือ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก การแปลผลระดับพฤติกรรม
 แบ่งเป็น 2 ระดับ (สูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80, ต่ำกว่า
 ร้อยละ 80) คะแนนเต็ม 40 คะแนน คือ ดี (32 - 40 คะแนน)
 ไม่ดี (0 - 31 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการ
 พรรณนาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
 แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ
 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของ
 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และใช้สถิติเชิง
 อนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์
 ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
 แรงสนับสนุนทางสังคม (บุคคลในครอบครัว บุคลากร
 สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข) พฤติกรรมการใช้สื่อ
 สาธารณะ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดัน
 โลหิตสูง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH
 2022-139 ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ
 74.18 อยู่ในช่วงอายุ 46 - 55 ปี ร้อยละ 44.73 จบการศึกษา
 ระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ร้อยละ 49.82 ประกอบ
 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.72 มีค่าใช้จ่ายเพียงพอแต่
 ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 37.09 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่า
 เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ
 45.82 การวัดค่าความดันครั้งสุดท้าย จำได้ ไม่แน่ใจ ร้อยละ
 66.91 เป็นกลุ่มควบคุมความดันไม่ได้ ร้อยละ 57.61

โดยมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 49.08 รองลงมา
 โรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 36.81 มีค่าดัชนีมวลกาย
 ระดับอ้วน ร้อยละ 30.90 เมื่อวิเคราะห์ด้านครอบครัว พบว่า
 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.45
 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ
 50.18 โดยมีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ
 66.67 เกี่ยวข้องเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 62.32 กลุ่มตัวอย่างได้รับ
 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อบุคคล
 ร้อยละ 87.64 มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้
 ร้อยละ 62.91 และที่บ้านมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตใช้ ร้อยละ
 56.36

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความรู้
 เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.09
 โดยมีความรู้สูงในเรื่องการรับประทานยาความดันโลหิต
 สูงต้องกินตามปริมาณและเวลาที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 93.82
 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อาจทำให้เส้นเลือด
 ในสมองแตก/ตีบ/ตัน เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ร้อยละ
 92.36 และความรู้เรื่องการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม
 ส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.36

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนสนับสนุน
 ทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 38.54 แรง
 สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับ
 น้อย ร้อยละ 37.09 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านบุคลากร
 สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.73 และแรง
 สนับสนุนด้านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในระดับ
 ปานกลาง ร้อยละ 36.00 ด้านพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ
 พบว่า มีพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะอยู่ในระดับน้อย
 ร้อยละ 60.36 โดยมีพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะเป็น
 ประจำและบ่อยครั้งมากที่สุด คือ “ค้นหาข้อมูลความรู้
 เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว การป้องกัน
 ภาวะแทรกซ้อนจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์
 แผ่นพับเอกสาร เป็นต้น” ร้อยละ 40.36

พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ พบว่า มีพฤติกรรมการ
 ใช้สื่อสาธารณะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 60.36 โดยมี
 พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะเป็นประจำและบ่อยครั้งมากที่สุด

คือ “ค้นหาข้อมูลความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากสิ่งสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ แผ่นพับเอกสาร เป็นต้น” ร้อยละ 40.36

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.00 ขณะที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การประยุกต์ใช้ข้อมูล การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีคะแนนระดับดีมาก และดี ร้อยละ 80.72, 76.37, 69.09, และ 61.45 ตามลำดับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ และ ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 275)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ Mean = 68.82, S.D. = 13.707, Min = 8, Max = 94		
ดีมาก	70	25.46
ดี	110	40.00
พอใช้	59	21.45
ไม่ดี	36	13.09
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา		
อาหารดี ยาดี	16	5.81
อาหารดี ยาไม่ดี	2	0.73
ยาดี อาหารไม่ดี	150	54.55
ยาไม่ดี อาหารไม่ดี	107	38.91
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร Mean = 21.53, S.D. = 4.218, Min = 8, Max = 37		
ดีมาก	3	1.09
ดี	15	5.45
พอใช้	72	26.18
ไม่ดี	185	67.28
พฤติกรรมการรับประทานยา Mean = 31.59, S.D. = 5.30, Min = 18, Max = 40		
ดีมาก	166	60.36
ดี	56	20.36
พอใช้	24	8.73
ไม่ดี	29	10.55

ร้อยละ 67.28 และ มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.36 เมื่อรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีทั้งสองพฤติกรรม คือ การบริโภคอาหารดีและการรับประทานยาดีค่อนข้างต่ำมาก ดังตารางที่ 1

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการรับประทานยาของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/

ลูกจ้างในหน่วยงานของรัฐและเอกชน แหล่งที่ได้รับข้อมูล ข่าวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล รวมถึงผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในระดับปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และพฤติกรรม การใช้สื่อสาธารณะในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการ รับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($n = 275$ คน)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
เพศ				0.883	0.643
ชาย	30 (42.25)	36 (50.70)	5 (7.05)		
หญิง	77 (37.75)	116 (56.86)	11 (5.39)		
อายุ				5.295	0.258
35 - 45 ปี	15 (46.88)	16 (50.00)	1 (3.12)		
46 - 55 ปี	54 (43.90)	63 (51.22)	6 (4.88)		
56 ปีขึ้นไป	38 (31.67)	73 (60.83)	9 (7.50)		
ระดับการศึกษา				7.605	0.269
ไม่เคยเรียน/ประถม - ศึกษาหรือน้อยกว่า	59 (41.55)	78 (54.93)	5 (3.52)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (30.77)	33 (63.46)	3 (5.77)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19 (40.43)	22 (46.81)	6 (12.76)		
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรีและสูงกว่า	13 (38.24)	19 (55.88)	2 (5.88)		
สถานภาพสมรส				3.003	0.557
โสด	18 (40.91)	22 (50.00)	4 (9.09)		
สมรส	76 (39.79)	104 (54.45)	11 (5.76)		
หม้าย หย่าร้าง	13 (32.50)	26 (65.00)	1 (2.50)		
อาชีพ				27.499	<0.001
เกษตรกร/ประมง	24 (26.67)	64 (71.11)	2 (2.22)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15 (42.86)	14 (40.00)	6 (17.14)		
รับราชการ/พนักงานฯ	7 (43.75)	6 (37.50)	3 (18.75)		
รับจ้างทั่วไป	61 (45.52)	68 (50.75)	5 (3.73)		
รายได้				3.141	0.535
0 - 5,000 บาท	59 (43.38)	71 (52.21)	6 (4.41)		
5,001 - 10,000 บาท	35 (34.65)	58 (57.43)	8 (7.92)		
10,000 บาทขึ้นไป	13 (34.21)	23 (60.53)	2 (5.26)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมกรรบริโภคอาหารและการ รับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 275 คน) (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับพฤติกรรมกรรบริโภคอาหาร และยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
รายได้พอใช้				5.242	0.513
เพียงพอ/เหลือเก็บ	21 (41.18)	27 (52.94)	3 (5.88)		
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	38 (37.25)	57 (55.88)	7 (6.87)		
ไม่เพียงพอ/ไม่เป็นหนี้	20 (46.51)	19 (44.19)	4 (9.30)		
ไม่เพียงพอ/เป็นหนี้	28 (35.44)	49 (62.03)	2 (2.53)		
ระยะเวลาวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				6.932	0.140
0 – 5 ปี	58 (46.03)	64 (50.79)	4 (3.17)		
6 – 10 ปี	37 (33.94)	63 (57.80)	9 (8.26)		
11 ปีขึ้นไป	12 (30.00)	25 (62.50)	3 (7.50)		
ผลการวัดความดันโลหิตวัดครั้งสุดท้าย				9.311	0.054
จำไม่ได้	45 (16.40)	44 (16.00)	2 (0.70)		
จำได้ไม่แน่ใจ	62 (33.69)	108 (58.70)	14 (7.61)		
ดัชนีมวลกาย				8.054	0.234
ผอม ปกติ	31 (48.44)	32 (50.00)	1 (1.56)		
น้ำหนักเกิน	19 (30.65)	40 (64.52)	3 (4.83)		
อ้วน	30 (35.29)	48 (56.47)	7 (8.24)		
อ้วนมาก	27 (42.19)	32 (50.00)	5 (7.81)		
โรคร่วม				2.616	0.270
ไม่มี	50 (44.64)	56 (50.00)	6 (5.36)		
มี	57 (34.97)	96 (58.90)	10 (6.13)		
สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง				4.987	0.083
ไม่มี	62 (45.26)	69 (50.36)	6 (4.38)		
มี	45 (32.61)	83 (60.14)	10 (7.25)		
มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ต				2.943	0.567
โทรศัพท์ที่ใช้โทร-รับเท่านั้น	34 (44.16)	41 (53.25)	2 (2.59)		
โทรศัพท์ที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้	63 (36.42)	98 (56.65)	12 (6.93)		
โทรศัพท์ใช้อินเทอร์เน็ตได้แต่ไม่ได้ซื้อ ซิมเน็ต อื่นๆ	10 (40.00)	13 (52.00)	2 (8.00)		
ที่บ้านมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต				1.207	0.547
ไม่มี	51 (42.50)	62 (51.67)	7 (5.83)		
มี	56 (36.13)	90 (58.06)	9 (5.81)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการ รับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 275 คน) (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					
สื่อสิ่งพิมพ์				11.695	0.003
ได้รับ	11 (19.30)	42 (73.68)	4 (7.02)		
ไม่ได้รับ	96 (44.04)	110 (50.46)	12 (5.50)		
สื่อวิทยุ				2.763	.251
ได้รับ	26 (33.77)	44 (57.14)	7 (9.09)		
ไม่ได้รับ	81 (40.90)	108 (54.55)	9 (4.55)		
สื่อโทรทัศน์				.190	.909
ได้รับ	50 (37.59)	75 (56.39)	8 (6.02)		
ไม่ได้รับ	57 (40.14)	77 (54.23)	8 (5.63)		
สื่อบุคคล				14.058	.001
ได้รับ	84 (34.85)	143 (59.34)	14 (5.81)		
ไม่ได้รับ	23 (67.65)	9 (26.47)	2 (5.88)		
สื่อสังคมออนไลน์				2.062	.357
ได้รับ	37 (34.26)	63 (58.33)	8 (7.41)		
ไม่ได้รับ	70 (41.92)	89 (53.29)	8 (4.79)		
สื่ออื่น ๆ				2.249	.325
ได้รับ	1 (20.00)	3 (60.00)	1 (20.00)		
ไม่ได้รับ	106 (39.26)	149 (55.19)	15 (5.55)		
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง				10.308	<0.006
มาก	40 (54.05)	32 (43.24)	2 (2.71)		
ปานกลาง-น้อย	67 (33.33)	102 (59.70)	14 (6.97)		
แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม				6.652	0.155
มาก	29 (40.85)	40 (56.34)	2 (2.81)		
ปานกลาง	40 (40.82)	55 (56.12)	3 (3.06)		
น้อย	38 (35.85)	57 (53.77)	11 (10.38)		
ครอบครัว				17.549	0.002
มาก	41 (40.20)	59 (57.84)	2 (1.96)		
ปานกลาง	35 (47.95)	37 (50.68)	1 (1.37)		
น้อย	31 (31.00)	56 (56.00)	13 (13.00)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 275 คน) (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
บุคลากรสาธารณสุข				10.362	0.035
มาก	26 (47.27)	28 (50.91)	1 (1.82)		
ปานกลาง	50 (44.64)	57 (50.89)	5 (4.47)		
น้อย	31 (28.70)	67 (62.04)	10 (9.26)		
อาสาสมัครสาธารณสุข				4.571	0.334
มาก	36 (42.86)	45 (53.57)	3 (3.57)		
ปานกลาง	39 (39.39)	56 (56.57)	4 (4.04)		
น้อย	32 (34.78)	51 (55.43)	9 (9.78)		
พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ				19.539	0.001
มาก	76 (45.78)	85 (51.20)	5 (3.02)		
ปานกลาง	28 (35.14)	43 (58.11)	5 (6.75)		
น้อย	5 (14.29)	24 (68.57)	6 (17.14)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา ($p = 0.013$) โดยผู้ที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก มีพฤติกรรมดีทั้งสองด้านการบริโภคอาหารและการรับประทานยาดีทั้งสองด้าน พบว่าความรอบรู้ในระดับดีมากด้านการประเมินข้อมูล ($p = 0.003$) และการด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดีทั้งสองด้าน ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดีหรือไม่ถูกต้อง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะอยู่ในวัยแรงงานหาเช้ากินค่ำ ไม่มีเวลาปรุงอาหาร ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าและตลาดนัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณเครื่องปรุงรสและอาหารรสจัด หวาน มัน เค็มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ฤทธอมพันธ์⁽²¹⁾ ที่พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงส่วนน้อยที่สามารถควบคุมปริมาณอาหารและรสชาติอาหารไม่ให้หวานมัน เค็มจัดในทุกมื้อ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 275)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ				16.221	0.013*
ดีมาก	22 (31.43)	38 (54.29)	10 (14.28)		
ดี	43 (39.09)	65 (59.09)	2 (1.82)		
พอใช้	25 (42.37)	30 (50.85)	4 (6.78)		
ไม่ดี	17 (47.22)	19 (52.78)	-		
ความรู้สุขภาพรายด้าน					
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล				7.441	0.114
ดีมาก	22 (37.29)	30 (50.85)	7 (11.86)		
ดี	43 (39.09)	65 (59.09)	2 (1.82)		
พอใช้ ไม่ดี	42 (39.62)	57 (53.77)	7 (6.61)		
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ				5.435	0.245
ดีมาก	36 (33.33)	62 (57.41)	10 (9.26)		
ดี	43 (42.16)	56 (54.90)	3 (2.94)		
พอใช้ ไม่ดี	28 (43.08)	34 (52.31)	3 (4.61)		
ด้านการประเมินข้อมูล				15.740	0.003*
ดีมาก	13 (21.67)	39 (65.00)	8 (13.33)		
ดี	54 (41.54)	72 (55.38)	4 (3.08)		
พอใช้ ไม่ดี	40 (47.06)	41 (48.24)	4 (4.70)		
การประยุกต์ใช้ข้อมูล^a				25.622	<0.001*
ดีมาก	23 (25.84)	53 (59.55)	13 (14.61)		
ดี	56 (42.11)	74 (55.64)	3 (2.25)		
พอใช้ ไม่ดี	28 (52.83)	25 (47.17)	0		

^aมีการรวบรวมเซลล์ศูนย์ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ขณะที่พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีการตรวจสอบปริมาณยา การกินยาตรงเวลา ถึงแม้ว่าจะมีอาการผิดปกติก็จะกินยาต่อจนกว่าจะถึงวันนัด และขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีข้อสงสัยในวันที่ไปพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์⁽²²⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 1.2 (p < 0.5)

ผลการศึกษาเผยให้เห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังยากในการควบคุม ขณะที่พฤติกรรมการกินยาอยู่ในระดับดี เป็นผลจากระบบสุขภาพที่มีการนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อรับยา ผู้ป่วยจึงได้รับการแนะนำและติดตามอย่างต่อเนื่อง และ

ผู้ป่วยจำนวนมากคิดว่า ต้องเคร่งครัดกับการกินยา เนื่องจากรับรู้ว่าคุณเองยังมีความเสี่ยงหรือไม่สามารถลดการบริโภคอาหารที่ชอบได้ ทั้งอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่เหมาะสม ยังพบว่ามีความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ จึงเชื่อว่าการกินยาจะช่วยให้การควบคุมโรคได้ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยพึ่งพิงยาโดยไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์นิ ศรีประจันต์⁽²³⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการรับประทานยา

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ 1) อาชีพ ($p < 0.01$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยและมีระดับการศึกษาต่ำ ลักษณะอาหารที่บริโภคจะเป็นอาหารปรุงสำเร็จที่ซื้อจากตลาดนัด หรือรถเร่ในหมู่บ้าน ที่มีราคาไม่แพงมากนัก สะดวก รวดเร็ว สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ต้องรีบเร่งไปทำงาน ทำให้ต้องพึ่งอาหารถุงซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแกงกะทิ ของทอด พะโล้และอาหารมัน และขนมหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ชัยยาทา⁽¹¹⁾ ที่พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา เช่นกัน ($p < 0.05$) และ 2) แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ซึ่งพบว่า บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ ไปสเตอร์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา ($p < 0.05$) จะเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังต้องอาศัยสื่อบุคคลเป็นสื่อหลักในการกระจายข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบสองทางทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลสุขภาพและเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ภิรณา เต๋ออาร์กย์ สายันท์ ปัญญาทรงและอ้อยทิพย์ บัวจันทร์⁽²⁴⁾ ที่พบว่าสื่อสาธารณะมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.05$)

2.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง หากแต่มีพฤติกรรมกินยาดีแต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัญหาในเรื่องความรู้ยังเป็นจุดอ่อนของการสื่อสารสุขภาพให้ถึงประชาชน แม้ในยุคที่มีสื่อออนไลน์ที่ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล หากแต่ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาค่าและอาชีพรับจ้าง ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นไปตามอิทธิพลของสภาพแวดล้อม ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในเรื่องการอ่านฉลากหรือซองยาเพื่อตรวจสอบชื่อ - สกุล ชื่อยา วิธีการกิน และวันหมดอายุ ซึ่งทำอยู่เป็นประจำ และอาจเป็นไปได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารโดยตรงจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในขณะที่ไปรับการรักษาตามแพทย์นัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ปันทองคำ ปานจิต นามพลัง และ วิญฐู ดวงแสนจันทร์⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถอภิปรายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 ($p < 0.05$)

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ

แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับความรู้และสื่อสารจากบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ในเรื่องของกินยา การมาพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติ จึงเป็นปัจจัยสำคัญกับพฤติกรรมการกินยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ปันทองคำ ปานจิต นามพลัง วิญฐู ดวงแสนจันทร์⁽²⁵⁾ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นสื่อบุคคลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการสื่อสารแบบสองทาง สามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ภิรณา เต๋ออาร์กย์, สายันท์ ปัญญาทรง และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์⁽²⁴⁾ และ

การศึกษาของ ภฤดา แสงสินสร⁽²⁶⁾ ที่พบว่า การได้รับความรู้ข่าวสาร ความรู้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ตรงทั้งจากการเจ็บป่วยของตนเองและคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีการติดตามสอบถามอาการ กระตุ้นเตือนให้รับยาอย่างต่อเนื่อง มีบริการวัดความดันโลหิตที่บ้านและการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยบางรายที่มีโทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่อบริเวณอินเทอร์เน็ตได้ สามารถใช้ในการค้นหาข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ต่าง ๆ เฟสบุ๊ก คลิป์วิดีโอ ดิจิตัล หรือไลน์ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพบางด้าน แต่ยังมีจุดอ่อนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกชัย ชัยทา⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา ($p < 0.05$) และการศึกษาของ ภพพร บวรทิพย์ สิวพร อึ้งวัฒนา และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี⁽²⁷⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมพัฒนาการให้ สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และควรร่วมกับท้องถิ่นและผู้นำชุมชน/อสม.

2. ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางสื่อสมัยใหม่และสื่อบุคคลให้แก่ประชาชนและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และจัดกิจกรรมการอบรมรื้อฟื้นความรู้ประกอบการอาหารสำเร็จรูป ผู้นำชุมชน/อสม. และคนในชุมชน โดยให้มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการบริโภคอาหารและการกินยาที่ถูกต้อง

3. บุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ และการพัฒนาสื่อและ Key message เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อใช้ในการสื่อสารกับประชาชน ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อใช้สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ประชาชนตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2. การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ชุมชนและแกนนำ อสม. รวมถึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ศึกษาพัฒนาสื่อที่เหมาะสมในการเรียนรู้และเข้าใจสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชนบทที่มีการศึกษาต่ำ และมีปัญหาเรื่องการอ่านออกเขียนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอบ้านหมี่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหมี่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขทุกตำบล ที่อนุเคราะห์การเก็บข้อมูลทำให้การวิจัยในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Report on the Situation of NCDs (Non-Communicable Diseases) in 2019:Diabetes, Hypertension, and Related Risk Factors. Akson Graph and Design Company; 2020. (in Thai)
2. Health Data Center (HDC). Standard reporting group. [Internet]. 2022. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361 (in Thai)
3. Panthumjinda K, Srisai M, Ochareon S, Techora C. Basic Neurosciences. 6th ed. Bangkok: Sinprasit Printing; 2006. 282 p. (in Thai)
4. Duangsai S, Chinnawong T. Effect of 5 A's Self-management Support Program on Self- management Behaviors in Patients with Uncontrolled Hypertension. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;41(4):74-85. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. Annual Report. Akson Graph and Design Company; 2022 (in Thai)
6. Thai Hypertension Society. Guidelines for the Management of Hypertension in General Practice, 2019. Chiang Mai: Taree Publishing; 2019. (in Thai)
7. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO), Raised Blood Pressure. Situations and trends Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. 2021.
8. Santiwong C. DASH Diet: Anti-Hypertensive Diet. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1):101-11. (in Thai)
9. Jansongkram N. Factors Related to Medication Taking Behaviors in Hypertensive Patients. Journal of Science and Technology 2021;15(2):142-59. (in Thai)
10. Yinang T. Medication Use Behavior of Hypertensive Patients in Mae Hoi Ngoen Village, Doi Saket District, Chiang Mai Province. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012. (in Thai)
11. Chaiyata E, The Relationship between Health Literacy, Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in Lamphun Province. Thai Science and Technology Journal. 2020; 28(1):183-96. (in Thai)
12. Poeyklang B, Muktabhant B. The Association of Health literacy Level with Food Consumption Behavior and Physical Activities of Middle-Age Women living in Tanot Sub-district, Nonsung District, Nakhonratchasima Province. KKU Journal for Public Health Research 2019;12(1):51-6 (in Thai)
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international 2000;15(3):259-67.
14. Ministry of Public Health (TH). Health Education Service Process to Create Health Knowledge in Public Sector Health Services, Hospital Accreditation: HA. Nonthaburi: Printing Office of the Health Education Division, Ministry of Public Health; 2020. 94 p. (in Thai)
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC public health. 2013;13:1-10.
16. Ministry of Public Health (TH). Guidelines for the Operation of Health Education to Reduce Hospitalization Rates in Hypertension. Nonthaburi; 2022. 97 p (in Thai)

17. Health Data Center (HDC), Lopburi [Internet]. 2022. Available from: https://lri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970;30(3):607-10.
19. Mabchantuk C, Piyabanditkul L. Relationships Between Health Literacy and Personal Factors and Health Behaviors of Hypertension Patients in Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province. *Romphruek Journal, Krirk University*. 2021;40(1):195-219. (in Thai)
20. Ministry of Public Health (TH). Guidelines for the Operation of Health Education to Reduce Hospitalization Rates in Hypertension. Nonthaburi; 2022. 97 p. (in Thai)
21. Norasing M, Thanomphan S. Health Literacy and Health Behavior in Patients with Uncontrolled Blood Sugar Level or Blood Pressure: a Case Study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakornping Hospital*. 2019;10(1):35-50. (in Thai)
22. Tepsuriyanont S. Medication Adherence Behavior among Hypertensive Adult Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(3):115-22.
23. Siriprachan S. Health Knowledge and Desired Health Behaviors of Personnel at Health Center No. 7, Khon Kaen. *Regional Heal Promotion Center 7 Khon Kaen and Local Network*; 2019. (in Thai)
24. Chotchai T, Seedaket S, Taearak K, Panyasong S, Buajun A. Factors Related to Health Literacy in Prevention of Hypertension among Group at Risk in Samran Sub-District, Muaeng District, Khon Kaen Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, Southern Region* 2020;7(1):45-56. (in Thai)
25. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsanjan W. Factors Influencing the Health Behavior of Uncontrolled Hypertension Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018;38(4):152-65.
26. Saengsinsorn P. A Study of factors related to health behavior of people at risk for Diabetes and Hypertension in Phichit province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal* 2021: 2 (6-12).43-54.
27. Bawornthip P, Aungwattana S, Sripetchwande N. The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behaviors Among Uncontrolled Hypertensive Patients in Muang District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal CMU* 2013;50(1):284-99. (in Thai)