

# ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ

The Association between Cardiovascular Risk Factors with Levels  
of Cardiovascular Disease Risk Factors and The Health Literacy in Older Adult

พิมพ์พิสาข์ จอมศรี\*<sup>1</sup> สุนทรี สุรัตน์<sup>2</sup> วิชยา เห็นแก้ว<sup>3</sup> มัลลิกา มาตระกูล<sup>1</sup> อนงค์ สุนทรานนท์<sup>3</sup>

Pimpisa Chomsri\*<sup>1</sup> Soontaree Suratana<sup>2</sup> Wichaya Henkaew<sup>3</sup> Mullika Matrakul<sup>1</sup> Anong Suntranon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย, ประเทศไทย 57100

<sup>1</sup>School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand 57100

<sup>2</sup>สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย, ประเทศไทย 57100

<sup>2</sup>School of Health-Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand 57100

<sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย, เชียงราย, ประเทศไทย 57000

<sup>3</sup>Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, Thailand 57000

## บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานศึกษาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 323 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพและแบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) Fisher's exact test และ ANOVA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 57 ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม (ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย) มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้นมีคะแนนสูงสุด (Mean = 121.3, S.D. = 37.4) รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (Mean = 100.4, S.D. = 33.7) และผู้สูงอายุตอนปลาย ( $x = 83.8$ , SD = 29.1) ตามลำดับ ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุตอนต้นมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัวและระดับ BMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p\text{-value} < .001$  ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพควรคำนึงถึงความแตกต่างของช่วงวัย โรคประจำตัว และระดับ BMI ของผู้สูงอายุด้วย

**คำสำคัญ:** ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

## Abstract

This research was a cross-sectional study. The objective was to study the relationship between the CVD risk factors with the CVD's risk levels and health literacy among the older adults in Chiang Rai province. A sample of 323 older adults were selected by a simple random method. Research instruments consisted the health literacy questionnaire and the levels of cardiovascular disease risk factors questionnaire. The Cronbach's Alpha Coefficient of questionnaire was 0.97. Data were analyzed by using Chi-square test, Fisher's exact test, and ANOVA. Results: Most elderly participants were young-old (57%). There older adults in each group (young-old, middle-old, and old-old) were significantly different in health literacy scores ( $p$ -value < .001). Which, young-old group ( $x = 121.3$ ,  $SD = 37.4$ ) was highest mean of health literacy score than middle-old ( $x = 100.4$ ,  $SD = 33.7$ ) and old-old groups ( $x = 83.8$ ,  $SD = 29.1$ ), respectively. The health literacy in young-old group was significantly relation with past illness variable and BMI level variable ( $p$ -value < .001). Therefore, enhancing the health literacy should consider the difference of age, past illness and BMI level of the older adults.

**Keywords:** Cardiovascular Risk Factors, health literacy, older adults

## บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease; CVD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยประมาณ 17.9 ล้านคน<sup>1</sup> และผู้ป่วยจำนวน 4 ใน 5 หัวใจเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (Heart attacks) และโรคหลอดเลือดสมอง (Strokes) ซึ่ง 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตเหล่านี้กับผู้ที่อายุน้อยกว่า 70 ปี 2 กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ รายงานสถิติผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2559 - 2561 ว่ามีอัตรา 503.7, 501.4, และ 515.91 ต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ<sup>2</sup> สำหรับจังหวัดเชียงรายมีรายงานอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือด คือ 432, 418.2, และ 397.2 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี 2559 - 2561 ตามลำดับ 2 ดังจะเห็นได้ว่าสถิติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนั้น สอดคล้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล<sup>1,3</sup>

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย ความผิดปกติของภาวะโภชนาการ ขาดการออกกำลังกายภาวะ dyslipidemia ภาวะ hyperglycemia ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน (obesity) ลักษณะเฉพาะของประชากร เช่น อายุ เพศ และเชื้อชาติ เป็นต้น การสูบบุหรี่ โรคทางไต และพันธุกรรม เกี่ยวกับความผิดปกติของระดับโคเลสเตอรอล<sup>3,4</sup> การควบคุม และการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะ ช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>4</sup> ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนจึงมีความสำคัญ<sup>5</sup> เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำมักกลับเข้ามาอนรักษาดู

ในโรงพยาบาลซ้ำ<sup>6</sup> โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นผู้สูงอายุเพศชาย มีโรคร่วมอื่น<sup>6</sup> มีประวัติสูบบุหรี่<sup>7</sup> และมีภาวะอ้วน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่ามีมารอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

วัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมสภาพลง ทำให้ต้องได้รับการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง<sup>8</sup> และมักได้รับการรักษาที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพได้จำกัด ทำให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ<sup>9-12</sup> ซึ่งส่งผลให้ขาดความสามารถในการตัดสินใจที่ต้องการตัดสินใจต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพรวมถึงความรู้ความเข้าใจเชิงภาษาและเชิงตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ร้อยละ 30.5 มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ<sup>13</sup> ดังนั้น จึงควรส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น<sup>8</sup> ระดับความดันโลหิตตัวบนลดลง<sup>6</sup> และสามารถลดผลกระทบจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้<sup>9</sup>

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการ

ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมกับ  
ผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยง และระดับ  
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อ  
การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค  
หลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ

### คำถามการวิจัย

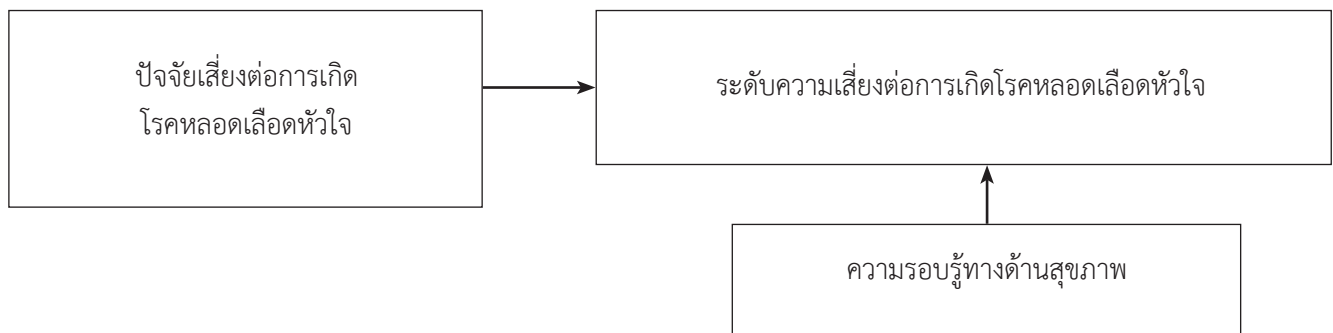
1. ปัจจัยเสี่ยง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค  
หลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อและระดับ  
ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กับความรอบรู้ทาง  
สุขภาพในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

### สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและ  
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ  
มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทาง  
สุขภาพที่กล่าวถึง การที่บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่าง  
เพียงพอจะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง  
เหมาะสม ดังนั้นในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอย่อม  
ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ผู้วิจัยจึงสนใจ  
ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด  
หัวใจกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษา  
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกับความรอบรู้  
ทางสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม/ป้องกัน  
การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบภาคตัดขวาง  
(Cross-sectional study) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย  
เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กับระดับความเสี่ยงต่อการ  
เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ที่มีอายุ  
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุ ต.บัวสลี อ.แม่ลาว จ.เชียงราย  
จำนวน 905 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie  
& Morgan ได้ 269 คน<sup>16</sup> และเพื่อป้องกันผลจากการสูญหาย  
หรือได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จึงคำนวณเพิ่มร้อยละ 20 ได้ 323 คน  
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า  
คือ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคทางสมองโดย  
แพทย์ 2) บกพร่องในการสื่อสาร แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน  
จำนวน 323 ชุด ได้แบบสอบถามที่นำไปวิเคราะห์ข้อมูล  
ต่อคิดเป็นร้อยละ 100

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการ  
รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม  
การวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย เลขที่  
CRPPHO 62/2562 วันที่ได้รับ 26 ธันวาคม 2562 เมื่อได้รับ  
อนุญาตผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ แล้วชี้แจง  
วัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่ม

ตัวอย่าง และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นไบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คุณภาพของเครื่องมือ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว และแบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบไปด้วย 7 ส่วนคือ 1) ความต้องการความช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ 2) การอ่านคำศัพท์พื้นฐาน 3) การค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ 4) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข 5) ความรู้และความเข้าใจในโรค 6) ความรอบรู้ทางด้านการสื่อสาร และ 7) ความรอบรู้ทางสุขภาพในการปฏิบัติ

2. แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่พัฒนาขึ้นโดย องค์การอนามัยโลก ปรับปรุงและแปลเป็นไทยโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ เป็นเครื่องมือมาตรฐานได้ผ่านการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปทำการสรุป วิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถามแล้วจึงนำมาใช้จริง 15 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ปรับปรุงและ

แปลเป็นไทยโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 17 ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (ROC) ได้ 0.72 ในเพศชาย และ 0.85 ในเพศหญิง ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพความเป็นอยู่ทางสังคมและลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพ ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือได้ 0.97 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือได้ 0.8

## ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ทบทวนเอกสารทางวิชาการ บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

ขั้นที่ 2 สร้างเครื่องมือวิจัยและตรวจสอบคุณภาพ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ขั้นที่ 3 ประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอเข้าความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ขั้นที่ 4 ขอความยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคณะนักวิจัย

ขั้นที่ 5 บรรณาธิกรข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 6 สรุปและแปลผลการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลลักษณะและปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD ของกลุ่มตัวอย่าง

2. Chi-square test และ Fisher's exact test ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางสุขภาพและระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจกับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย

3. ANOVA test ใช้ในการเปรียบเทียบความรู้แจ้งทางสุขภาพในผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย

## ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD จำแนกตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ (n = 303)

|                     |                   | ผู้สูงอายุ n (%) |          |          |           |
|---------------------|-------------------|------------------|----------|----------|-----------|
|                     |                   | ตอนต้น           | ตอนกลาง  | ตอนปลาย  | รวม       |
| เพศ                 | ชาย               | 63(53.8)         | 34(29.1) | 20(17.1) | 117(36.2) |
|                     | หญิง              | 121(58.7)        | 64(31.1) | 21(10.2) | 206(63.8) |
|                     | รวม               | 184(57.0)        | 98(30.3) | 41(12.7) | 303(100)  |
| โรคประจำตัว         | มี                | 80(60.2)         | 43(32.3) | 10(7.5)  | 133(41.2) |
|                     | ไม่มี             | 104(54.7)        | 55(28.9) | 31(16.3) | 190(58.8) |
| BMI                 | > 23.0            | 82(67.2)         | 35(28.7) | 5(4.1)   | 122(38.4) |
|                     | < 22.9            | 98(50.0)         | 63(32.1) | 35(17.9) | 196(61.6) |
| ประวัติการสูบบุหรี่ | ปัจจุบันสูบ       | 26(56.5)         | 13(28.3) | 7(15.2)  | 46(14.2)  |
|                     | เคยสูบแต่เลิกแล้ว | 22(42.3)         | 24(46.2) | 6(11.5)  | 52(16.1)  |
|                     | ไม่เคยสูบ         | 136(60.4)        | 61(27.1) | 28(12.4) | 225(69.7) |

ตามตารางที่ 1 แสดงลักษณะและปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD จำแนกตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ (n = 303) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.8 โดยผู้หญิงเป็นผู้สูงอายุตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 58.7 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง

ร้อยละ 31.1 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 41.2 กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI > 23 คิดเป็นร้อยละ 38.4 และร้อยละ 14.2 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อ CVD และความรอบรู้ทางสุขภาพ ในผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัย (n = 303)

|                        |                | ผู้สูงอายุ   |               |               | p-value  |
|------------------------|----------------|--------------|---------------|---------------|----------|
|                        |                | ตอนต้น n (%) | ตอนกลาง n (%) | ตอนปลาย n (%) |          |
| ระดับความเสี่ยงต่อ CVD | สูงขึ้นไป      | 27(61.4)     | 13(29.5)      | 4(9.1)        | 0.695    |
|                        | ต่ำและปานกลาง  | 156(56.1)    | 85(30.6)      | 37(13.3)      |          |
| ความรอบรู้ทางสุขภาพ    | ไม่แตกฉาน      | 172(58.1)    | 87(29.4)      | 37(12.5)      | 0.374    |
|                        | แตกฉาน         | 12(44.4)     | 11(40.7)      | 4(14.8)       |          |
| ความรู้แจ้ง            | ค่าเฉลี่ย (SD) | 121.3(37.4)  | 100.4(33.7)   | 83.8(29.1)    | 0.000*** |

\*\*\* p-value < .001

ผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยมีระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุตอนต้นมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูงขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 61.4) รองลงมาคือผู้สูงอายุตอนกลาง และตอนปลายตามลำดับ (ร้อยละ 29.5 และร้อยละ 9.1) เช่นเดียวกับความแตกต่างทางสุขภาพที่พบว่าผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุตอนต้นมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่าง

มากที่สุด (ร้อยละ 58.1) เมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่นๆ สำหรับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่า ในผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) โดยผู้สูงอายุตอนต้น ( $x = 121.3$ ,  $SD = 37.4$ ) มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง ( $x = 100.4$ ,  $SD = 33.7$ ) และตอนปลาย ( $x = 83.8$ ,  $SD = 29.1$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD กับระดับความเสี่ยงต่อ CVD และความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุตอนต้น ( $n = 184$ )

| ปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD | ระดับความเสี่ยงต่อ CVD |               |           | ความรอบรู้ทางสุขภาพ |           |             |         |         |
|---------------------|------------------------|---------------|-----------|---------------------|-----------|-------------|---------|---------|
|                     |                        |               |           | ความรู้แจ้ง         |           | ความแตกต่าง |         |         |
|                     | สูงขึ้น                | ต่ำและปานกลาง | p-value   | Mean (SD)           | p-value   | ไม่แตกต่าง  | แตกต่าง | p-value |
| โรคประจำตัว         |                        |               |           |                     |           |             |         |         |
| มี                  | 23(85.2)               | 56(35.9)      | .000a**** | 139.7(38)           | 0.000**** | 72(41.9)    | 8(66.7) | 0.132   |
| ไม่มี               | 4(14.8)                | 100(64.1)     |           | 107.2(30.3)         |           | 100(58.1)   | 4(33.3) |         |
| BMI                 |                        |               |           |                     |           |             |         |         |
| > 23.0              | 15(57.7)               | 66(43.1)      |           | 132.9(39.3)         |           | 75(44.6)    | 7(58.3) |         |
| < 22.9              | 11(42.3)               | 87(56.9)      | .203a     | 111.7(33.0)         | 0.000**** | 93(55.4)    | 5(41.7) | 0.385   |
| ประวัติการสูบบุหรี่ |                        |               |           |                     |           |             |         |         |
| ปัจจุบันสูบ         | 8(29.6)                | 18(11.5)      | .003**    | 106.0(37.7)         | 0.065     | 25(14.5)    | 1(8.3)  | 0.761   |
| เคยสูบ              | 6(22.2)                | 15(9.6)       |           | 123.1(38.1)         |           | 20(11.6)    | 2(16.7) |         |
| ไม่เคยสูบ           | 13(48.1)               | 123(78.8)     |           | 128.3(28.4)         |           | 127(73.8)   | 9(75.0) |         |

\*\* p-value < .01 \*\*\* p-value < .001 a fisher's exact test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ กับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุตอนต้น ( $n = 184$ ) พบว่า การมีโรคประจำตัวและประวัติการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$  และ  $< .01$  ตามลำดับ) และโรคประจำตัวและระดับดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p\text{-value} < .001$  (ตารางที่ 3)

## การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการรู้แจ้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < .001$  โดยกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ความรอบรู้ทางสุขภาพคือ ทักษะทางด้านสังคมและความคิดที่ก่อให้เกิดความเฉลียวฉลาดในแต่ละบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารที่บุคคลมีอยู่ จนก่อให้เกิดผลลัพธ์ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี<sup>18</sup> ผู้สูงอายุตอนต้นคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี การทำหน้าที่ของสมองด้านความคิด (cognitive

function และ recognition) ดีกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย<sup>11</sup> และยังพบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ทางสุขภาพต่ำ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้จึงมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้น้อยนำไปสู่การด้อยความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองและการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้บริการทางสุขภาพ<sup>19</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นมีความรู้มากกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย<sup>20</sup> และความรู้ทางสุขภาพยังแปรผกผันกับอายุ<sup>12</sup>

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD กับระดับความเสี่ยงต่อ CVD และความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุตอนต้นพบว่า การมีโรคประจำตัวและการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค CVD ทั้งนี้เนื่องจากโรคประจำตัวที่พบว่ามีผลสัมพันธ์กับการเกิด CVD ในอนาคตคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการของความผิดปกติของไขมัน โรคเหล่านี้ก่อให้เกิดความผิดปกติกับระบบไหลเวียน ส่งผลต่อการเกิดพยาธิสภาพต่อหัวใจและสมองได้นำไปสู่การป่วยด้วย CVD ในอนาคต<sup>21</sup> สำหรับบุหรี่ยุคที่สูบบุหรี่จะได้รับสารเคมีอันตรายหลายชนิด เช่น นิโคติน (nicotine) ทาร์ (tar) และตะกั่ว (lead) เป็นต้น ซึ่งล้วนมีผลต่อการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อโรค CVD ดังนั้น การลดความเสี่ยงโดยการไม่สูบบุหรี่จึงมีความสำคัญ ซึ่งการทำให้บุคคลหยุดสูบบุหรี่ต้องให้ความรู้จนก่อให้เกิดความรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอจึงจะเป็นผลสำเร็จ<sup>7</sup>

ผลการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัวและ BMI มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < .001$  โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ทางสุขภาพจึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรค 14 กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงทำให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนต่างดำเนินงานด้านการให้บริการสุขภาพศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคประจำตัวของตนเอง อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำที่สุดคือผู้ป่วยที่อยู่ในวัย

ผู้สูงอายุ<sup>22</sup> เช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่ามีความรู้ทางสุขภาพต่ำเช่นเดียวกัน<sup>15,23</sup> ดังนั้น ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจึงควรให้การดูแลแก่ญาติผู้ดูแลด้วย เช่น การสร้างความแข็งแกร่งให้แก่ญาติผู้ดูแล เป็นต้น<sup>24</sup>

งานวิจัยฉบับนี้มีข้อจำกัดบางประการคือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาตัวแปรอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรอื่น และเป็นการศึกษาในจังหวัดเดียวซึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงกับประชากรที่มีลักษณะความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันได้ เช่น ผู้สูงอายุต่างประเทศ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ลักษณะของผู้สูงอายุไทยไม่มีความแตกต่างกันมากนักจึงสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงได้ การวิจัยนี้มีจุดแข็งคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการอบรมทุกคนก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง จึงทำให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ 1) การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพควรมุ่งเน้นให้เกิดความสามารถคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจได้ เพื่อนำไปสู่การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป และ 2) ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายพบว่ามีความรู้ทางสุขภาพต่ำ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยผู้ดูแล (caregiver) และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพควรมีการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ดูแลด้วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไปคือ 1) ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น 2) ควรมีการศึกษาผู้สูงอายุในบริบทอื่นๆ ที่แตกต่าง เช่น ชนเผ่า เป็นต้น และ 3) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อการป้องกันการเกิดโรค CVD ให้กับผู้สูงอายุ

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากการได้รับทุนอุดหนุนการทํากิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม

## References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) 2017. Geneva. 2020
2. Division of Non Communicable Diseases. The data of Non Communicable Diseases. Bangkok: Division of Non Communicable Diseases; 2020. (In Thai)
3. The American Society for Preventive Cardiology. ASPC manual of preventive cardiology. United States of America: Demos Medical Publishing; 2015.
4. Bays HE. Ten Things to Know About Ten Cardiovascular Disease Risk Factors ("ASPC Top Ten-2020"). American Journal of Preventive Cardiology 2020;1.
5. O'Toole J, Gibson I, Flaherty GT. Young Adults' Perception of Cardiovascular Disease Risk. The Journal for Nurse Practitioners 2019; 15(10): e197-e200.
6. Ghisi G, Chaves G, Britto RR, Oh P. Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. Patient education and counseling 2018; 101(2): 177-84.
7. Schrauben SJ, Cavanaugh KL, Fagerlin A, Ikizler TA, Ricardo AC, Eneanya ND, et al. The Relationship of Disease-Specific Knowledge and Health Literacy With the Uptake of Self-Care Behaviors in CKD. Kidney International Reports 2020; 5.
8. Halladay JR, Donahue KE, Cené CW, Li Q, Cummings DM, Hinderliter AL, et al. The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. Patient education and counseling 2017; 100(3): 542-9.
9. Elbashir M, A waisu A, El Hajj MS, Rainkie DC. Measurement of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review. Research in Social and Administrative Pharmacy 2019; 15(12): 1395-405.
10. Baker DW, Sudano J, Gazmararian JA, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. The Journals of Gerontology, Series A 2000; 55: S368-S74.
11. Caroline N. H, Marissa C. NL, Kristen T. Normal Cognitive Aging. Clinics in Geriatric Medicine 2013; 29: 737-52.
12. Kaphingst KA, Goodman MS, MacMillan WD, Carpenter CR, Griffey RT. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. patient education counseling journal 2014; 95: 218-25.
13. Zwas DR, Greenberg K, Leiter E, Hussein MN, Agbaria N, Wetzler S, et al. Health Literacy and Cardiovascular Knowledge Workshop for Woman from Disadvantaged Communities. Journal of the American College of Cardiology 2019; 73(9, Supplement 1): 3031.
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008.

15. Chanuantong T, Nareemarn N. A survey of health literacy on the patients with diabetics and hypertension. Health Education Division Ministry of Health and Mahidol University; 2016. (in Thai)
16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-10.
17. Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Health. Guidelines for Assessing the Risks of Cardiovascular Disease. Bangkok: The Printing Office to assist veterans organization; 2018. (in Thai)
18. Gülnur I, Sevinç I, T, Sevilay O. Health literacy. Social and Behavioral Sciences 2015; 174: 2629-33.
19. Padmore AA. Social participation, health literacy, and health and well-being: A crosssectional study in Ghana. Population Health 2018; 4: 263-70.
20. Kittipos W. Health Literacy among Diabetic Patients at the Family Practice Center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2018;8. (in Thai)
21. Amoghashree, Sunil K D, Kulkarni P, Narayana MR. Estimation of cardiovascular diseases (CVD) risk using WHO/ISH risk prediction charts in tribal population of Chamarajanagar district, Karnataka. Clinical Epidemiology and Global Health. 2020.
22. Ali F. Altebainawi, Mubarak N. A, Moaath K. A, Muhammad M A, Abdullah A. A, Mohamad A, et al. Association of medication storage with diabetes control: A cross-sectional study from Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal 2020;28(4).
23. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Report on the situation of the Thai elderly 2016. Bangkok; 2017. (in Thai)
24. Noppawan D, Porntip S, Wipada T, Ausanee W, Chayuttra S, Sumet B. Stroke in Older People and Guidelines for Strengthening Caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021; 22(1): 20-28. (In Thai)