

# ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ธีรวิรา เสนอชุ่ม, พย.บ.<sup>1</sup> กาญจนา ฮานะ, พย.ด.<sup>2\*</sup> ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, พย.ด.<sup>2</sup>

วันที่รับ: 4 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไข: 2 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับ: 14 ธันวาคม 2568

## บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุกระเหรี่ยง ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุกระเหรี่ยงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกระเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จำนวน 84 ราย คัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และ 4) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่า เท่ากับ .85 .83 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับที่เพียงพอร้อยละ 59.5 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.29 และมีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ( $r_s = .73$  และ  $.52$  ตามลำดับ) ดังนั้นการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวัตกรรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในการดูแลผู้สูงอายุกระเหรี่ยงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ, การรับรู้ความเจ็บป่วย, ความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้สูงอายุกระเหรี่ยง, โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

<sup>1</sup> นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* ผู้ประพันธ์บรรณานุกรม อีเมล kanjana.th@cmu.ac.th

# Relationship between health literacy, illness perception, and medication adherence among Karen older adults with uncontrolled hypertension

Teewara Senchum, B.N.S.<sup>1</sup> Kanjana Thana, Ph.D.<sup>2\*</sup> Nattaya Suwankruhasn, Ph.D.<sup>2</sup>

Received: October 4, 2024 Revised: June 2, 2025 Accepted: December 14, 2025

## Abstract

Uncontrolled hypertension is a significant health concern among Karen older adults. Medication adherence is a crucial factor for elderly Karen to maintain appropriate blood pressure levels. This descriptive correlational study aimed to examine the relationship between health-literacy, illness perception, and medication adherence among Karen older adults with uncontrolled hypertension. Sample consisted of 84 elderly Karen residents in Tak province, selected through purposive sampling between April and May 2024. Research instruments included 1) personal information questionnaire, 2) health literacy questionnaire, 3) illness perception questionnaire, and 4) medication adherence questionnaire. The instruments were tested for content validity by six experts, and their reliability was analyzed using Cronbach's alpha, yielding efficiencies of .85, .83, and .81 respectively. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation. Research results indicated that 59.5% of participants demonstrated a moderate level of medication adherence. In addition, 64.29% had a moderate level of health literacy, while 91.67% reported a high level of illness perception. Both health literacy and illness perception had a positive and statistically significant correlation with medication adherence at a level of  $p < .01$  ( $r_s = .73$  and  $.52$ , respectively). Therefore, improving health literacy and illness perception may enhance medication adherence among elderly Karen individuals with uncontrolled hypertension. The findings provide foundational data for developing innovative interventions to promote medication adherence in the care of Karen older adults with uncontrolled hypertension.

**Keywords:** Health literacy, Illness perception, Medication adherence, Karen older adults, Uncontrolled hypertension

<sup>1</sup> Master of Nursing Science Student in Gerontological Nursing, Faculty of nursing, Naresuan University

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangmai University

\* Corresponding email: kanjana.th@cmu.ac.th

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภัยสุขภาพสำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2023) รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ในประเทศไทยรายงานสถานการณ์สุขภาพระบุว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุดโดยภายในระยะเวลา 20 ปี จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 33.6 และในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ร้อยละ 46.06 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคนี้ โดยในจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนี้มากกว่าครึ่งไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (Ramos et al., 2023; Thai Hypertension Society, 2019; WHO, 2023) การควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้ว เนื่องจากความเสื่อมตามวัยของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งส่งผลต่อความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดและเพิ่มความต้านทานในระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลต่อภาระการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ยัง พบว่า ปัจจัยด้านชีวภาพและพฤติกรรม เช่น การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ล้วนเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต (Hamrahian, 2020; Ramos et al., 2023; Samdaengsarn et al., 2019)

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในจังหวัดตากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเกษียณจากรายงานปี พ.ศ. 2565 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (Tak Provincial Public Health Office, 2023) พบว่ามีผู้สูงอายุเกษียณที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึง 15,137 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 65.18 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งสถิตินี้สามารถสะท้อนถึงความจำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเกษียณโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านบุคลากรที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษา ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรค และระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตหลายขนานร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา ทั้งนี้ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย (Jongwilaikasem & Lerkiatbundit, 2021; Hamrahian, 2020) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุในการรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ไม่ลืมรับประทานยา ไม่หยุดยาเอง ไม่ปรับขนาดยาตามลำพัง เป็นต้น และ 2) ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้สูงอายุสามารถไปปรับยาตามแผนการรักษาของแพทย์รวมถึงการไม่ลืมไปปรับยาตามแผนการรักษา และสามารถวางแผนล่วงหน้าเพื่อไปรับก่อนที่ยาจะหมด

นอกจากนี้แล้วการทำให้ผู้สูงอายุเกษียณโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีวินัยต่อการรักษาและให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาวได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จำเป็นต้องมีปัจจัยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่สำคัญ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Perception) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Burnier et al., 2020; Prapakorn et al., 2019; Thuy et al., 2020) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกษียณ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ สามารถทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน หมายถึงความสามารถในการอ่าน เขียน และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิจารณ์ญาณ หมายถึงความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลสุขภาพอย่างมีเหตุผล เพื่อใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม แต่ละมิติมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโดยตรง

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นการแปลความหมายตามความรู้ ความเชื่อ และความเข้าใจตามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเมื่อมีการเจ็บป่วย (Sawyer et al., 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่สะท้อนผ่านวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา ผู้สูงอายุกระเหรี่ยงจำนวนมากยังคงใช้แพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรเป็นแนวทางหลักในการรักษาโรค ส่งผลต่อการมองโรคความดันโลหิตสูงว่าไม่ใช่ภาวะร้ายแรง จึงละเลยการใช้ยาสมัยใหม่หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งลดโอกาสในการควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Choothong, 2020; Prapakorn et al., 2019) การรับรู้ความเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากโรค ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ต่ำหรือมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนจากความเชื่อดั้งเดิม อาจมองว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง หรือหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมโรคในระยะยาว การศึกษานี้มุ่งเน้นการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุกระเหรี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยทั้งสามปัจจัยนี้ล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการออกแบบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและควบคุมโรคในกลุ่มประชากรเฉพาะ ทั้งนี้งานวิจัยในประเด็นดังกล่าวในกลุ่มชาติพันธุ์กระเหรี่ยงยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มองค์ความรู้ และสนับสนุนการพัฒนานโยบายหรือแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมในระบบสุขภาพไทย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การจะใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้ ผู้สูงอายุต้องมีความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีการใช้ยาตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับจากทีมบุคลากรสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตรงตามเวลา ตรงตามขนาด และตรงตามมือ โดยการที่ผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้นต้องอาศัยการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ สามารถทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจรรย์ญาณ ตลอดจนการตระหนักถึงโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีข้อจำกัดด้านภาษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าใจโรคที่ตนเองเป็นและสามารถประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ กระทั่งโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางสำน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะเนงี้อ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง จังหวัดตาก ระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึง กรกฎาคม 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีเชื้อชาติกะเหรี่ยงปะกาเกอญอ และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีเชื้อชาติกะเหรี่ยงปะกาเกอญออาศัยอยู่ในจังหวัดตาก และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ -level) เท่ากับ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าความสัมพันธ์จากการศึกษาของ Prapakorn et al (2019) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง เนื่องจากขนาดอิทธิพลจากการศึกษาเดิมมีขนาดใหญ่ ทั้งนี้ในการศึกษานี้จึงกำหนดขนาดอิทธิพลมีค่าในระดับปานกลางเท่ากับ 0.30 มีค่าในระดับปานกลาง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 84 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดความดันโลหิตแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 นาที 2) รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิดอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี 3) มีการรู้คิดเป็นปกติ โดยประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญา โดยประเมินจากแบบทดสอบ Abbreviated Mental Status (AMT) ของ Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2015) ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ/หรือ ภาษากะเหรี่ยงได้ และ 5) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง ใช้แบบสอบถามของ Prapakorn et al. (2019) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณจำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนรวมของแต่ละบุคคล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14 - 56 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 14.00 - 28.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ 28.01 - 42.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และ 42.01 - 56.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเกษียณ ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของ Samdaengsarn et al. (2019) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้อันตรายและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนรวมของแต่ละบุคคล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนน แบ่งระดับคะแนนโดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างอันตรายภาคขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0.00 - 5.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ 5.34 - 10.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และ 10.67 - 16.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุเกษียณ ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย<sup>๑</sup> (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST<sup>๑</sup>) ของ Jongwilakasem & Lerkiatbundit (2021) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุเกษียณทั้งขนาดยาที่ใช้ เวลาที่รับประทาน ความครบถ้วนของยาที่ต้องทำตามแผนการรักษา การมาพบแพทย์ตามนัด แต่ละข้อคำถามมีคำตอบแบบ 6 ตัวเลือก ข้อคำถามที่ 1-6 จะสะท้อนความถี่ของการไม่ได้ใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือน โดยมีตัวเลือก ได้แก่ มากกว่า 15 ครั้ง/เดือน, 10-15 ครั้ง/เดือน, 6-9 ครั้ง/เดือน, 3-5 ครั้ง/เดือน, 1-2 ครั้ง/เดือน และไม่เคยเลย ส่วนข้อที่ 7 และ 8 มีคำตอบ 6 ตัวเลือกเช่นกัน แต่ปรับตัวเลือกเป็น บ่อยมาก บ่อย มีบ้าง น้อย น้อยมาก และไม่เคยเลย การแปลผลความร่วมมือในการใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่า ตั้งแต่ 0-40 แบ่งเป็นระดับ ดังนี้ คะแนน 0.00-33.00 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เพียงพอ และ คะแนน 33.01-40.00 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุเกษียณโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยได้นำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .98 สำหรับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้รับการแปลเป็นภาษาเกษียณและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในการวิจัยของ Prapakorn et al. (2019) โดยมีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .86 ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบซ้ำ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ ถูกนำไปทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเกษียณโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก จำนวน 30 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ .85 .83 และ .81 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามหมายเลขโครงการ 2567-FULL014 วันที่ 7 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตทำการวิจัยต่อนายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดตาก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ศึกษาก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลของการวิจัยขึ้นนี้ถูกเก็บเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลได้นำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือที่ผ่านการรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอแก่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก และขออนุญาตดำเนินการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถูกสุ่มเลือก

2. เมื่อได้รับอนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นโดยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการและการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการและรับสมัครอาสาสมัคร โดยใช้ช่องทางเสียงตามสายและติดประกาศ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการคัดเลือก 3 แห่ง และคัดเลือกอาสาสมัครตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ให้ครบ 84 คน

5. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

6. เมื่อผ่านการคัดกรองคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยอ่านและอธิบายแบบสอบถาม รวมถึงเก็บข้อมูลโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม โดยเริ่มต้นจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ต่อด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยา ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีในการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ช่วยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการคัดกรองคุณสมบัติผู้เข้าร่วมการวิจัย และเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ทั้งหมด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดค่าร้อยละทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Correlation) เนื่องจากลักษณะการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้การทดสอบของโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 65.32 ปี  $SD=4.97$  ร้อยละ 72.62 มีอายุในช่วง 60-69 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 94.05 และประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 55.95 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งอาศัยอยู่กับบุตรและอาศัยอยู่กับคู่สมสร้อยละ 64.29 ร้อยละ 45.24 ของกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 52.38 มากกว่าครึ่งไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 58.33 ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 97.62 ได้รับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 70.24 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับ 148 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เท่ากับ 93 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยโรคความดัน

โลหิตสูงเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 3.86 ปี ( $SD=1.490$ ) มากกว่าครึ่งใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 54.76

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยา

2.1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเกษียณโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=28.67, SD=5.74$ ) มีการรับรู้ความเจ็บป่วยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=13.44, SD=2.07$ ) และมีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเพียงพอ ( $\bar{X}=33.25, SD=4.14$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการใช้ยา ( $n=84$ )

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	14.00-56.00	20.00-40.00	28.67 (5.74)	ปานกลาง
การรับรู้ความเจ็บป่วย	0.00-16.00	10.00-16.00	13.44 (2.07)	สูง
ความร่วมมือในการใช้ยา	0.00-40.00	24.00-39.00	33.25 (4.14)	เพียงพอ

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.29 และมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 35.71 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 และมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.33 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย ( $n=84$ )

คะแนน	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	32 (35.71)	52 (64.29)	-
การรับรู้ความเจ็บป่วย	-	7 (8.33)	77 (91.67)

2.3 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับเพียงพอ ร้อยละ 59.52 และมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 40.48 ที่ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา ( $n=84$ )

คะแนน	ระดับไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับเพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)
ความร่วมมือในการใช้ยา	34 (40.48)	50 (59.52)

หมายเหตุ. ความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ หมายถึง ระดับคะแนนมากกว่า 33 คะแนน

## ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยา

พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ในกลุ่มผู้สูงอายุเกษียณโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s=.73$  และ  $.52, p<.01$  ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ( $n=84$ )

ปัจจัยรวมทุกด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r_s$ )	P-value
ความรู้ด้านสุขภาพ	.73	.01**
การรับรู้ความเจ็บป่วย	.52	.01**

\*\* $p<.001$

## อภิปรายผล

### 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เครียดโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=28.67$ ,  $SD=5.74$ ) ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับที่พอเหมาะ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุเฉลี่ย 65.32 ปี ( $SD=4.97$ ) ซึ่งจัดอยู่ในช่วงสูงอายุตอนต้น (young-old age) กลุ่มอายุนี้นี้ยังคงมีความสามารถในการประมวลผลข้อมูล ความจำ และการทำความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง จึงสามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถดังกล่าวอาจส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Prapakorn et al. (2019) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่เครียดในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และพบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าวมีอายุเฉลี่ย 70.68 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงสูงอายุวัยกลาง (middle-old age) ความแตกต่างในช่วงอายุอาจมีบทบาทสำคัญต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมักสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถทางสติปัญญา ความจำ และทักษะด้านภาษา ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้งานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรู้สุขภาพ ได้แก่ Janchai and Deoisres (2020) ซึ่งพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สุขภาพ และการศึกษาของ Aunprom-me et al. (2020) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tosanguan and Wisutthananon (2023) ที่พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามอายุที่เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันอาจส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เครียด โดยเฉพาะการที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มากขึ้น อีกทั้งนโยบายด้านสาธารณสุขของไทยที่ส่งเสริมให้มีบุคลากรที่สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยและภาษาถิ่น หรือมีล่ามคอยให้ข้อมูลสุขภาพและแนวทางการดูแลตนเอง อาจมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่เครียด ในทำนองเดียวกันการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการรณรงค์ป้องกันและรักษาโรคในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand, 2019) อาจเป็นอีกปัจจัยที่เอื้อให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เครียดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sangkhiew et al. (2021) ที่ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาในรายมิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในมิติพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97 ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดทางด้านทักษะการอ่าน การเข้าถึง และการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลที่จัดทำในรูปแบบภาษาไทย ปัจจัยสำคัญที่อาจอธิบายข้อจำกัดนี้ได้คือระดับการศึกษาที่ต่ำของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า ร้อยละ 94.05 ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการอ่านฉลากยา แผ่นพับ หรือสื่อสุขภาพต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Tosanguan and Wisutthananon (2023) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$ )

ในด้านของการสื่อสาร อุปสรรคด้านภาษาเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน และพึ่งพาทักษะการพูดและฟังมากกว่า การอ่านและเขียน ทำให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จัดทำในภาษาไทยทำได้ยาก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่มีล่ามแปลภาษา หรือบุคลากรที่สามารถสื่อสารภาษาถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในบางพื้นที่จะมีอาสาสมัครสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ที่สื่อสารได้บ้าง แต่ขาดล่ามสุขภาพที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทาง ส่งผลให้การสื่อสารข้อมูลสุขภาพอาจไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะประเด็นสำคัญ เช่น การใช้ยาอย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thuy et al. (2020) ในการศึกษาปัจจัยอธิบายการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่พบว่า

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ และความเชื่อทางด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมอภิปรายความแปรปรวนของการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุประเทศเวียดนาม ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุกระเหรี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พยาบาลควรมีรูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะความดันโลหิตสูงและการใช้ยาอย่างชัดเจนและเกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

## 2. การรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกระเหรี่ยงส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูงในหลากหลายแง่มุม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักมีประสบการณ์ตรงกับอาการผิดปกติของร่างกาย เช่น อาการเวียนศีรษะ ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือความรู้สึกไม่สบายที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ซึ่งประสบการณ์จากอาการเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจในโรคของตนเองได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ 3.86 ปี ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคมายาวต่อเนื่องนี้เอื้อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสังเกตอาการของตนเองและเรียนรู้ผลกระทบจากโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างการรักษา ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความชัดเจนและแม่นยำมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังเข้ารับการรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอซึ่งนำไปสู่การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการกับโรคอย่างต่อเนื่อง ความถี่ในการพบแพทย์ประกอบกับประสบการณ์สะสมจากการป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากทั้งอาการจริงและข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งช่วยเสริมสร้างการตระหนักรู้ในผลกระทบของโรคทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Setyarini et al. (2023) ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานานมักมีระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ เนื่องจากมีโอกาสในการเรียนรู้และปรับตัวผ่านการรับรู้จากทั้งประสบการณ์ตรงและข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

## 3. ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุกระเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่เพียงพอ ซึ่งอาจอธิบายได้จากบริบททางสังคมและครอบครัว โดยเฉพาะการที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยร่วมกับคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนในการจัดเตรียมยา การเตือนให้รับประทานยา และการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความสม่ำเสมอในการใช้ยาและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Woodham et al. (2018) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง อีกทั้งยังสอดคล้องกับลักษณะครอบครัวแบบขยายในสังคมชนบทของชาวกระเหรี่ยง ที่มีสมาชิกหลายช่วงวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการดูแลและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Sheilini et al. (2019) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

นอกจากบริบททางครอบครัวแล้ว ปัจจัยด้านจำนวนยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันยังมีบทบาทสำคัญ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาเพียงวันละ 1-2 เม็ด และไม่เกิน 2 ชนิดต่อวัน ซึ่งลดความซับซ้อนของการใช้ยาและความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hamrahian (2020) และ Woodham et al. (2018) ที่ระบุว่าการใช้ยาคำนวณน้อยมีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือที่สูงกว่า ทั้งนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยของ Kim et al. (2019) ระบุว่าการใช้ยาคำนวณน้อยมีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือที่สูงกว่า ทั้งนี้ความร่วมมือในการใช้ยายังเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาที่ป่วย (Wangpradit et al., 2024)

แม้ว่าผลการวิจัยจะบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับเพียงพอ อันสะท้อนถึงความเข้าใจพื้นฐานในการใช้ยา และการมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การพบแพทย์ตามนัด และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาในรายด้าน ยังพบว่าร้อยละ 40.48 ของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในด้านของการปฏิบัติตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ

ในการใช้ยา ทั้งนี้ข้อจำกัดที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้อาจเนื่องมาจาก วิถีชีวิตของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งต้องออกไปทำงานนอกบ้านตั้งแต่เช้าตรู่ อาจส่งผลให้บางรายลืมรับประทานยา หรือไม่สามารถพกพาไปยั้งแห่งทำงานได้ อีกทั้งพฤติกรรมการปรับขนาดยาเองตามความรู้สึกหรือความเชื่อส่วนบุคคล โดยมิได้ปรึกษาแพทย์ซึ่งอาจสะท้อนถึงค่านิยมในการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choothong (2020) ที่ศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาสมุนไพรร้อยละ 29.6 ร่วมกับมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์มีการรวบมียา การปรับเพิ่มหรือลดยาเองความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา หรือความคุ้นชินกับแนวทางการดูแลสุขภาพที่อิงจากประสบการณ์มากกว่าข้อมูลทางวิชาการ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ยาและความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืนในระยะยาว

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความรู้ด้านสุขภาพ ( $r_s = .73, p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ความเจ็บป่วย ( $r_s = .52, p < .01$ ) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของทั้งสองปัจจัยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องในกลุ่มผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ความสัมพันธ์ในระดับสูงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยา ชี้ให้เห็นว่าความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์แม้ในระดับพื้นฐาน ย่อมมีโอกาสสูงกว่าที่จะใช้ยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) เสนอว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wannasirikul et al. (2016) และ Wangpradit et al. (2024) ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ

ในขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์ในระดับปานกลางระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับความร่วมมือในการใช้ยา ชี้ให้เห็นว่าแม้การตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อชีวิตประจำวันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่หากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในเชิงปฏิบัติแล้ว การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาก็อาจไม่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการศึกษาของ Bilondi et al. (2022) ที่รายงานว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวไม่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ หากไม่มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองร่วมด้วย ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ควรดำเนินการควบคู่ทั้งการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง โดยเน้นการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทด้านภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาและออกแบบสื่อวัฒนธรรมด้านสุขภาพที่ใช้ภาษากะเหรี่ยง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและภาษาของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการใช้สื่อที่ออกแบบให้เหมาะสมกับภาษาและวัฒนธรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น และส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและดำเนินโครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนามาตรการที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุเกษียณที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมโรค ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษานี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงและปานกลางตามลำดับกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุเกษียณที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงทำนายที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มเติมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา และภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

2. ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่มุ่งเน้นการสร้างสรรค์นวัตกรรมสื่อสุขภาพในรูปแบบภาษาเกษียณเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุเกษียณที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุเกษียณ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- Aunprom-me, S., Deeroem, K., & Homsombut, Y. (2020). Health literacy in elderly from Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Promotion and Environmental Health, 14*(33), 88–106. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242454> (in Thai)
- Bilondi, S. S., Noghabi, A. D., & Aalami, H. (2022). The relationship between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus type II: Illness perception and medication adherence. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 62*(4), E966–E971. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.4.2277>
- Burnier, M., Polychronopoulou, E., & Wuerzner, G. (2020). Hypertension and drug adherence in the elderly. *Frontiers in Cardiovascular Medicine, 7*, 49. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00049>
- Choothong, C. (2020). Drug use among ethnic group elderly, Some Ngam District, Lampang Province. *Buriram Rajabhat University Journal of Science and Technology, 4*(1), 23–32. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/scibru/article/view/242079> (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2019). *Report about NCDs 2019: Diabetes, hypertension, and related risk factors*. Aksorn Graphic And Design Publishing House LP. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf> (in Thai)
- Hamrahian, S. M. (2020). Medication non-adherence: A major cause of resistant hypertension. *Current Cardiology Reports, 22*(133), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s11886-020-01400-3>
- Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Manual Screening/Assessment of the Health of the Elderly*. The war veterans organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Printing Mill. (In Thai)

- Jongwilaikasem, K., & Lerkiatbundit, S. (2021). Development of the medication adherence scale for Thais (MAST). *Thai Journal of Pharmacy*, 13(1), 17–30. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/201434> (in Thai)
- Kim, S. J., Kwon, O. D., Han, E. B., Lee, C. M., Oh, S. W., Joh, H. K., Oh, B., Kwon, H., Cho, B., & Choi, H. C. (2019). Impact of number of medications and age on adherence to antihypertensive medications: A nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*, 98(49), e17825. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017825>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Prapakorn, Y., Chintanawat, R., & Tamdee, D. (2019). Health literacy and health-promoting behaviors among Karen older persons. *Nursing Journal*, 48(1), 67–79. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:137435> (in Thai)
- Ramos, P. H. O., da Silva, J. V., Junior, J. D. R. M. L., Freitas, D. S., Marques, M. C. P., Barros, L. A. A., & Batista, M. C. A. (2023). *Hypertension in the elderly: Determining factors for non-adherence to drug therapy, potentiated by the COVID-19 pandemic*. Seven Editora. <https://doi.org/10.56238/globalhealthprespesc-064> (in Thai)
- Samdaengsarn, D., Chinnawong, T., & Thaniwatthananon, P. (2019). Factors related to treatment adherence in older persons with hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(3), 51–66. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/218933/152718> (in Thai)
- Sangkhiaw, W., Chintanawat, R., & Jantasopeepun, P. (2021). Health literacy and self-management among older persons with uncontrolled hypertension. *Journal of Phrapokkiao Nursing College Chanthaburi*, 34(1), 17–29. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/261328> (in Thai)
- Sawyer, A. T., Harris, S. L., & Koenig, H. G. (2019). Illness perception and high readmission health outcomes. *Health Psychology Open*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.1177/2055102919844504>
- Setyarini, E. A., Monica, A., Sinaga, F., Widianoro, F. X., Listianingsih, L. T., & Cecilia, C. (2023). Illness perception and self-management of elderly with hypertension. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 19(9), 97–101. <https://doi.org/10.47836/mjmhs.19.s9.14>
- Sheilini, M., Hande, H. M., & George, A. (2019). Family support and medication nonadherence among elderly on antihypertensives. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10, 294–298. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.00706.X>
- Tak Provincial Public Health Office. (2023). *Summary of hypertension cases in 2020–2022*. <https://tak.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension in general practice* (1<sup>st</sup> ed.). <https://www.thaihypertension.org/files> (in Thai)
- Thuy, L. T., Monkong, S., Pookboonmee, R., Leelacharas, S., & Viwatwongkasem, C. (2020). Factors Explaining Medication Adherence of Older Adults with Hypertension: A Cross-sectional Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(3), 306–320. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/209539> (in Thai)

- Tosanguan, R., & Wisutthananon, A. (2023). Factors associated with health literacy among older people in a rural community. *Journal of Nursing and Health Research*, 24(1), 1–14. retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/261779>
- Wangpradit, O., Chokdeesrijun, C., Tupnunt, S., Pojeang, S., & Surusmo, C. (2024). Health Perception and Medication Adherence of Older Adults with Uncontrolled Hypertension. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(2), e267575. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/267575> (in Thai)
- Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1), 109-120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27086432/>
- Woodham, N., Taneepanichskul, S., Somrongthong, R., & Auamkul, N. (2018). Medication adherence and associated factors among elderly hypertension patients with uncontrolled blood pressure in rural area, Northeast Thailand. *Journal of Health Research*, 32(6), 449–458. <https://doi.org/10.1108/JHR-11-2018-085>
- World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>