



Predictive Factors for Blood Pressure Control in Hypertensive patients in Muang Lampang District, Lampang

Ekkarat Chuaintha*
Kannika Kongbunkird*
Atchara Sittiruk*

(Received : February 16, 2022 , Revised : March 24, 2022 , Accepted: March 28, 2022)

Abstract

The purpose of this predictive study was to identify factors that might predict blood pressure control in persons with hypertension in Muang Lampang district, Lampang. A total of 385 hypertensive patients aged 35 years and above were randomly selected from primary health care hospitals in Muang Lampang district, Lampang. Self-reported questionnaires were used to collect data including the Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) and the Self-Care Behavior in hypertension. The reliability coefficients of both questionnaires were 0.70 and 0.88 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and binary logistic regression.

The finding revealed that percentage 59 of sample could control their blood pressure. Blood pressure control was predicted by number of anti-hypertensive drug (OR = 2.91, CI= 1.20-7.03, $p = .018$), co-morbidity (OR = 1.53, CI= 1.01-2.33, $p = .044$) and health literacy (OR = 1.02, CI= 1.0-1.05, $p = .044$). Three factors predicted blood pressure about 3.8%. Critical health literacy predicted blood pressure control. The study results guided health care providers to promote health literacy in order to achieve optimal blood pressure.

Keywords: Health Literacy; Health behavior; Hypertension

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹Corresponding author: eakpin@hotmail.com โทร 0816714283



ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

เอกรัตน์ เชื้ออินธา^{1*}
กรรณิการ์ กองบุญเกิด*
อัจฉรา สิทธิรักษ์*

(วันที่รับบทความ : 16 กุมภาพันธ์ 2565 , วันที่แก้ไขบทความ: 24 มีนาคม 2565 , วันที่ตอบรับบทความ: 28 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 385 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปางกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Binary logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 59 จำนวนกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ($OR = 2.91$, $CI = 1.20-7.03$, $p = .018$) การมีโรคร่วม ($OR = 1.53$, $CI = 1.01-2.33$, $p = .044$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($OR = 1.02$, $CI = 1.0-1.05$, $p = .044$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 3.8 (Cox and Snell $R^2 = .038$) ความรอบรู้ขั้นการมีวิจารณ์ญาณ เพียงด้านเดียวที่เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมโลหิต ($OR = 1.120$, $CI = 1.021-1.229$, $p = .017$) ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ eakpin@hotmail.com โทร 0816714283



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่งเป็นภัยคุกคามสุขภาพทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกประมาณ 10.80 ล้านคนต่อปี (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าประชากรที่มีอายุ 30-79 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากปี ค.ศ. 1990 ถึง 2019 เพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 331 ล้านคน เป็น 626 ล้านคน เพศชายเพิ่มขึ้น 317 ล้านคนเป็น 652 ล้านคน (NCD Risk Factor Collaboration, 2021) นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้น 3.70 และ 2.80 มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้น 8.20 และ 4.40 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mill, Stefanescu & He, 2020) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ.2564 มีจำนวน 960 คนต่อแสนประชากร และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดีมีเพียง ร้อยละ 56.52 (Division of Non Communicable Disease, 2021) จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (2562-2563) โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2562 – 2563 เท่ากับ ร้อยละ 25.40 (ชายร้อยละ 26.70 และหญิง ร้อยละ 24.20) สูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 24.70 (ชายร้อยละ 25.60 และหญิง ร้อยละ 23.90) นอกจากนี้ยัง พบว่า ร้อยละ 48.80 เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.50 เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 25.00 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 22.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมไม่ได้ (Aekplakorn, 2021) สำหรับจังหวัดลำปาง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ 2560 - 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100,706 คน 103,861 คน 104,470 คน 112,716 คน ตามลำดับ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับการรักษา แต่ยังพบว่าร้อยละ 58.99 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (Lampang Provincial Public Health, 2021) ซึ่งเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ การรักษาระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งการลดความดันซิสโตลิกลง 10 มม.ปรอท หรือ การลดความดันไดแอสโตลิก ลง 5 มม.ปรอท สามารถลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ ร้อยละ 15.00 ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ 35.00 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20.00 และ ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40.00 นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การ



ปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคก็มีความสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน โดยควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.50 – 22.90 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิง ไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) บริโภคโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมคือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.50 กรัม จะช่วยลดความดันโลหิตได้ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน จำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่ควรเกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม (Thai Hypertension Society, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จากการศึกษานี้ของ Pinprapapan, Junlapeeya, Saovapha, Ongkan, & Sudjainark (2013) พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($OR = .92$ $CI = .85 - .99$) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ($OR = 1.73$ $CI = 1.01 - 2.94$) และระยะเวลาการมารับการตรวจตามนัด ($OR = .57$ $CI = .41 - .80$) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Katanoi, Danyuththasilpe, Noosorn และ Sririphonphaibun (2015) พบว่า ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ ได้แก่ อิทธิพลด้านสถานการณ์โรคความดันโลหิต การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ละ อิทธิพลของครอบครัวและทีมสุขภาพ สามารถทำนายระดับความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 36.60 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pakdevong และ Binhosen (2014) พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ จำนวนยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับ ($OR = .148$, 95% CI 0.77-0.283, $p = .000$) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($OR = 2.022$, (95% CI 1.081-3.782, $p = .028$) ร่วมกันทำนาย การควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 27.90 (Cox and Snell $R^2 = .279$)

ปัจจุบันพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Nutbeam, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Woradaphakhna, 2020) สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี และ



ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตโดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (Thongma, 2020) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ สูงจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นใน 4 มิติ ได้แก่ 1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) คือสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา 2. ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral outcomes) มีพฤติกรรมการรับประทานยาในระดับดี 3. ผลลัพธ์ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์และผู้ป่วย (patient-physician interactions outcomes) คือมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และ 4. ผลลัพธ์ต่อสุขภาพในด้าน อื่น ๆ (other outcomes) สามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม (Thongma, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul, & Tanasugarn (2016) พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพไม่เพียงแต่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่ยังเป็นตัวแปรคันกลางอีกด้วย เช่นเดียวการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($r = .30, p = .011$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($r = .37, p = .002$) (Kareesuun, Malathum & Sutti, 2019)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ปัจจัยการมีโรคร่วม ปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยความรู้รอบทางด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมายของการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการควบคุมความดันโลหิตในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

สมมติฐานการวิจัย

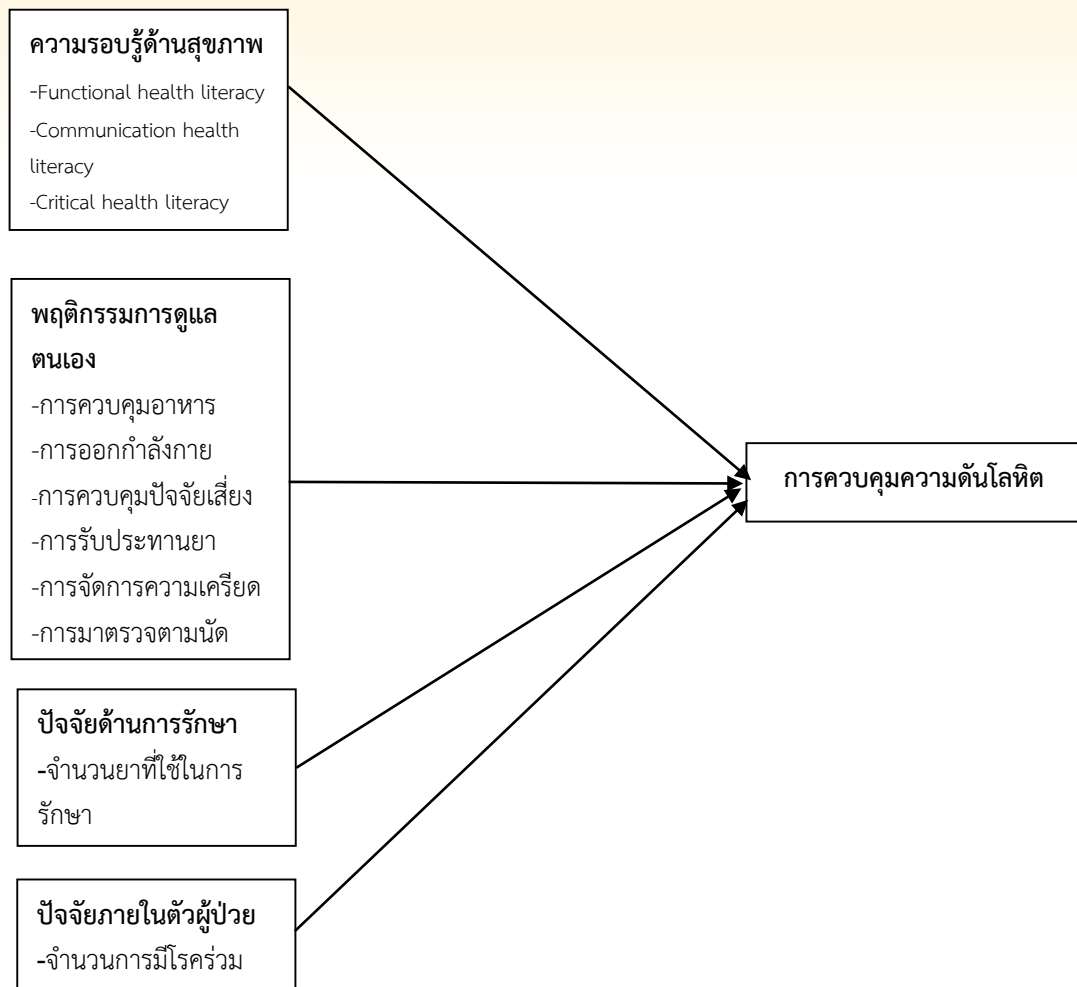
มีปัจจัยอย่างน้อย 1 ปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การมีโรคร่วม จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาการควบคุมและปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตสูง 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ยื่นทะเบียนรับการรักษา จำนวน 28,401 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ เขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2563 – พฤษภาคม พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น Predictive design ศึกษาจาก secondary data ของงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง (Dumrongwuttichot , 2021) ซึ่งเก็บข้อมูลในประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 28,401 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง รวม dropout rate จำนวน 385 คน วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ Multi - Stage Random Sampling ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละสถานบริการ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในสถานบริการที่สุ่มได้

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และขึ้นทะเบียนการรักษาในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น
4. ความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 mmHg และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mmHg และไม่มีอาการแสดงหรือมีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ โดยพิจารณาจากการค่าความดันโลหิตจากการมารับการตรวจครั้งล่าสุด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขณะเข้าร่วมโครงการมีอาการหรืออาการแสดงที่มีผลต่อการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การมีโรคอื่นร่วม กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด



2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ (Functional Communication and Critical Health Literacy Scales: FCCHL) ของจิราพร ชลธิชา ชลาลักษณ์ (Chontichachalalauk, 2015) โดยจำแนกประเภทความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ขั้นการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ และขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยจนถึงบ่อยครั้งจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-56 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรอบรู้สูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นโดย ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (Promsena, 2007) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติจำนวน 30 ข้อคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.70 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต โดยใช้สถิติ Binary logistic regression โดยก่อนการวิเคราะห์ Binary logistic regression ได้ทำการทดสอบ multicollinearity พบว่าตัวแปรทำนายไม่เกิดปัญหา multicollinearity โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย อยู่ที่ 0.012-0.075

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ E 2564-076 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากงานวิจัยจากหน่วยงานต้นสังกัดเรียบร้อยแล้ว



ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 61.60 และเพศชาย จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 38.40 อายุอยู่ระหว่าง 35-80 ปี อายุเฉลี่ย 63.40 ปี (Mean= 63.40, S.D. = 9.60) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.10 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.90 ประกอบอาชีพเกษตรกร และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.70 และ 30.40 ตามลำดับ มีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 64.20 รองลงมา คือ ได้รายได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 40.00 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.60 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 31.70 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ

1.2 การเจ็บป่วยและการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.70 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.30 มีโรคร่วม โดยโรคหรือการเจ็บป่วยที่พบร่วมกับความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.30 เบาหวาน ร้อยละ 30.60 กลุ่มยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มต้านแคลเซียม (calcium channel blockers) รองลงมาใช้ยาในกลุ่ม Beta-adrenergic receptor blockers ร้อยละ 15.80 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93.80 ใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตเพียง 1 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งหนึ่ง ร้อยละ 59.00 สามารถควบคุมความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 133.74 มม.ปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 79.71 มม.ปรอท

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Mean= 3.03, S.D.= 0.58) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ 3 รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน (Mean= 2.83, S.D. = 0.94) แสดงว่ามีความรอบรู้ขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสาร (Mean=3.01, S.D. = 0.68) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ (Mean= 3.18, S.D. = 0.74) แสดงว่า มีความรอบรู้ขั้นการสื่อสารและขั้นการมีวิจารณญาณอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน (n = 385)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy)	2.83	0.94	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสาร (Communication health literacy)	3.01	0.68	มาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ (Critical health literacy)	3.18	0.74	มาก
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	3.03	0.58	ระดับมาก

หมายเหตุ: คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 = ระดับมาก, 2.01-3.00 = ระดับปานกลาง, 1.00 – 2.00 = ระดับน้อย



3.พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (Mean=1.74 ,S.D. = 0.17) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านอาหาร (Mean= 1.51, S.D. = 0.48) ด้านออกกำลังกาย (Mean= 1.51, SD = 0.51) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Mean= 1.89, S.D. = 0.10) ด้านการรับประทานยา (Mean= 1.95, S.D. = 0.86) ด้านการจัดการกับความเครียด (Mean= 1.71, S.D. = 0.33) ด้านการมาตรวจตามนัด (Mean= 1.83, S.D. = 0.28) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้านข้างต้นในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมและรายด้าน (n = 385)

พฤติกรรมการดูแลตนเองใน โรคความดันโลหิตสูง	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการควบคุมอาหาร	1.51	0.48	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	1.51	0.51	มาก
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1.89	0.10	มาก
ด้านการรับประทานยา	1.95	0.86	มาก
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.71	0.33	มาก
ด้านการมาตรวจตามนัด	1.83	0.28	มาก
รวมรายด้าน	1.74	0.17	มาก

หมายเหตุ คะแนนเฉลี่ย 1.31 – 2.00 = ระดับมาก, 0.61 – 1.30 = ระดับปานกลาง, 0.00 – 0.60 = ระดับน้อย

4 ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Division of Non Communicable Disease, 2021) ที่ระบุเกณฑ์ตัวชี้วัดว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 มม.ปรอท. ในการวิจัยนี้จึงใช้ระดับความดันโลหิตที่น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท.เป็นกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. กรณีที่มีค่าความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ตัวใดตัวหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (OR = 2.91, CI= 1.20-7.03, p = .018) การมีโรคร่วม (OR = 1.53, CI= 1.01-2.33, p = .044) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (OR = 1.02, CI= 1.0-1.05, p = .044) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 3.80 (Cox and Snell R² =



.038) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อนำระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการมี
 วิจารณ์ญาณ มาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมโลหิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความรอบรู้ขั้นการมีวิจารณ์ญาณ
 เพียงด้านเดียวที่เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมโลหิต ($OR = 1.120$, $CI = 1.021-1.229$, $p = .017$) ดังแสดงใน
 ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ Binary logistic regression ระหว่างปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา
 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับ การควบคุมความดันโลหิต

ปัจจัยทำนาย	β	p-value	Odds ratio	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.026	.044	1.026	1.001	1.053
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.005	.785	1.005	.968	1.044
ปัจจัยด้านการรักษา					
จำนวนกลุ่ม Odds ยาที่ใช้	1.068	.018	2.909	1.203	7.036
ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย					
การมีโรคร่วม	.429	.044	1.536	1.011	2.333

Constant = -2.203, -2 LLR = 506.243, Cox and Snell $R^2 = .038$, Nagelkerke $R^2 = .052$

Hosmer and Lemeshow test $X^2 = 5.019$, $df = 8$, $p = .756$

หมายเหตุ จำนวนกลุ่มยาที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ใช้ยา 1 ชนิดรักษาโรคความดันโลหิต และ กลุ่มที่ใช้ยามากกว่า
 1 ชนิดรักษาโรคความดันโลหิต

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Binary logistic regression ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการ
 สื่อสาร และขั้นการมีวิจารณ์ญาณ กับ การควบคุมความดันโลหิต

ปัจจัยทำนาย	β	p-value	Odds ratio	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ขั้นพื้นฐาน	.015	.503	1.016	.971	1.063
ขั้นการสื่อสาร	-.027	.481	.973	.902	1.050
ขั้นการมีวิจารณ์ญาณ	.113	.017	1.120	1.021	1.229

Constant = -.867, -2 LLR = 513.212, Cox and Snell $R^2 = .021$, Nagelkerke $R^2 = .028$

Hosmer and Lemeshow test $X^2 = 7.708$, $df = 8$, $p = .463$



อภิปรายผล ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.00 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท. ซึ่งรายงานรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการ การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Division of Non Communicable Disease, 2021) ที่ระบุเกณฑ์ตัวชี้วัดว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg และระบุเป้าหมายไว้ที่มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 นั่นคือ อัตราการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ยังไม่บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Division of Non Communicable Disease, 2021) ที่รายงานว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดีมีเพียงร้อยละ 56.52 และข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 58.99 (Lampang Provincial Public Health, 2021) การที่กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตได้เพียงกึ่งหนึ่งอาจเนื่องมาจาก การที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.30 มีโรคอื่นร่วมด้วย คือภาวะไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 34.30, 30.60 ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ชนิด เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย (Thai Hypertension Society, 2019)

2. ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ จำนวนกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ($OR = 2.91$, $CI = 1.20-7.03$, $p = .018$) การมีโรคร่วม ($OR = 1.53$, $CI = 1.01-2.33$, $p = .044$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($OR = 1.02$, $CI = 1.0-1.05$, $p = .044$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 3.8 (Cox and Snell $R^2 = .038$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยารักษาความดันโลหิตจำนวน 1 ชนิดสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด 2.91 เท่า และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคร่วมสามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วม 1.53 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยารักษาความดันโลหิต จำนวน 1 ชนิดสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ยามากกว่า 1 ชนิด จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะได้รับยารักษาเพียง 1 ชนิดเมื่อเริ่มต้นการรักษา และจะพิจารณาเพิ่มกลุ่มยาเมื่อไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียง 1 ชนิด มักจะเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา (Thai Hypertension Society, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pakdevong & Binhosen, 2014) พบว่า จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต และการศึกษาของ (Pinprapapan, Junlapeeya, Saovapha, Ongkan, & Sudjainark, 2013) พบว่า จำนวนยาที่รับประทานต่อวันเป็นปัจจัยในการทำนายการควบคุมความดันโลหิต



ส่วนปัจจัยการมีโรคร่วม สามารถอธิบายได้จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จะพิจารณาเพิ่มกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์และ/หรือมีโรคอื่นร่วม การมีโรคร่วมทำให้การรักษาความดันโลหิตสูงมีข้อควรระวังเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาจึงทำให้กลุ่มที่มีโรคร่วมไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา (Thai Hypertension Society, 2019) ส่วนปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำ 1.02 เท่า การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่พบว่า คนที่อ่านไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีโอกาที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่อ่านหรือเขียนได้คล่อง (Roma & Kloyiam, 2019) การที่บุคคลมีความรู้ส่งผลให้บุคคลสามารถรับรู้และเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตามแผนการรักษา แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม รับรู้ วิเคราะห์ และเท่าทันสื่อ ข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในระดับดี ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิต ($\beta = -0.14, p < 0.05$) (Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul & Tanasugarn, 2016) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพแยกเป็น 3 ระดับ คือขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการมีวิจารณญาณ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต ($OR = 1.120, CI = 1.021-1.229, p = .017$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณต่ำ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ เป็นความสามารถของบุคคลในการคิดวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ต่อตนเองและบอกต่อข้อมูลแก่บุคคลอื่นได้ ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลนั้นไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ มีอิทธิพลมากที่สุดต่อระดับความดันโลหิต (Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul, & Tanasugarn, 2016) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่าไม่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทุกด้านอยู่ในระดับมาก ทั้งรายด้านและภาพรวม ทำให้ไม่เกิดการกระจายตัวของค่าคะแนน อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เมื่อเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างได้



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.00 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา ในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.80 ได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง 1 กลุ่ม ร่วมกับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.30 มีโรคร่วม ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการประเมินระดับความดันโลหิต ประวัติการมีโรคร่วม ร่วมกับแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา
2. นำข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การควบคุมตามดันโลหิตตามเกณฑ์การรักษา โดยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ขั้นพื้นฐาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปได้เฉพาะประชากรที่มีลักษณะเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ในการศึกษารั้งต่อไปควรศึกษาเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรความรู้ที่อาจเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ในการทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (2021). The sixth national health examination survey of Thailand population (2019-2020). Bangkok: Faculty of medicine Ramathibodi hospital Mahidol University. (in Thai)
- Chontichachalalauk, J. (2015). Translation and evaluation of version of the Diabetics Numeracy test for olders adults with type 2 diabetes. the United States: The University of Texas at Austin. Division of Non-Communicable disease. (2021). Indicators to monitor service quality non-communicable disease operations (diabetes and high blood pressure) Fiscal Year 2022. Retrieved. (2022, February 12) from. <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14109&tid=&gid=1-015-005>. (in Thai)
- Dumrongwuttichot N. (2021). *The relationship between health literacy and health care behaviors of hypertensive patients in Muang Lampang*, Lampang. Independent study, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang.
- Don Nutbeam. (2008). The evolving concept of health literacy . *Social science and Medicine* 57(12), 2072-2078.



- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: systematic analysis for the global burden of disease study 2019 369(10258). *The Lancet* , 1223-1249.
- Katainoi. H., Danyuththasilpe, C., Noosorn, N. & Sririphonphaibun, T. (2015). Factor predicting blood pressure level among risk persons with hypertension. *Journal of nursing and health sciences* 9(3), 122-132. (in Thai)
- Kareesun, K., Malathum, P. & Sutti, N. (2019). Relationship among health literacy knowledge about hypertension control and health behavior in older persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25 (3), 280-295. (in Thai)
- Lampang Provincial Public Health. (2021). HDC Lampang. Retrieved. (2022, February 12). from. <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Mills, T.K, Stefanescu, A. & He. J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol* 16(4), 223-237.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. 398. *Lancet* , 957-980.
- Pakdevong, N. and Binhosen, V. (2014). Factor predicted blood pressure control in persons with hypertension in one community hospital. *Journal of Nursing and health care*, 32(1)23-30. (in Thai)
- Pinprapapan, E., Junlapeeya, P., Saovapha, B., Ongkan, T., Sudjainark, S. (2556). *Predicting Factors of Controlling Blood Pressure Among Persons with hypertension in Lampang Province. Interdisciplinary Life-Course Human Potentials Development: Socio-Economic, Educational, Health and Nursing Perspectives*, 763-774.
- Promsena, Y. (2007). *Self-behavior among hypertensive patients at hypertension clinic, Nakhonping Hospital*. Chiang Mai : Chiang Mai University .
- Roma, W. and Kloyiam, S. (2019). Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019. Nonthaburi: Health System Research Institute.
- Thai Hypertension Society. (2019). Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019. Retrieved. (2022, February 12) from. <http://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>.



- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients . *Thai Read Cross Nursing Journal* 13(1), 50-62. (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. *Southeast asian journal of tropical medicine and public health* 47(1), 109-120.
- Woradaphakhna, L. (2020). An analytical study of health literacy and monks health care behaviors according to Dhamma-Vinaya to compliance with the health recommendations. *Journal of graduate studies review* 16(2), 129-138.