

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา

นิศารัตน์ อุตตะมะ¹ เกษแก้ว เสียงเพราะ²

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์ประจำสาขาวิชานามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 405 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สมการถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิคแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระดับก้ำกึ่ง ไม่เพียงพอ และเพียงพอ (ร้อยละ 51.1, 43.0 และ 5.9 ตามลำดับ) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอยู่ระดับปานกลาง สูง และต่ำ (ร้อยละ 58.5, 31.1 และ 10.4 ตามลำดับ) พบว่าระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 30.4 ($p < 0.05$) ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในการออกแบบโปรแกรมการจัดกระบวนการได้อย่างเหมาะสมกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ผู้สูงอายุ/ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Factors Predictor Health Literacy among Older Adults with Risk Hypertension Disease, Phayao Province

Nisarut Auttama¹, Katekaew Seangpraw²

¹ Lecturers, Department of Health Promotion, School of Medicine, University of Phayao

² Lecturers, Department of Community Health, School of Medicine, University of Phayao

Abstract

This survey research aimed to study health literacy, hypertension preventive behavior and factors related to health literacy in the prevention of hypertension among older adults. The samples were older adults, who were diagnosed by a doctor as a risk group. The total numbers of 405 participants were selected by Multi-stage random sampling. Data were collected using interview technique and self-administered questionnaire on health literacy and hypertension preventive behavior. Data analysis included descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results showed that the levels of health literacy of older adults with risk of hypertension disease were marginal, inadequate and adequate (51.1%, 43.0% and 5.9% respectively). Hypertension preventive behaviors were moderate, high and low levels (58.5%, 31.1% and 10.4% respectively). The results found that education, economic status, complications of the disease and access to health information can predict the health literacy among older adults with risk of hypertension 30.4% ($p < 0.05$). Therefore, education, economic status, access to health information and complications of the disease factors should be focused in designing a program which is appropriate with the level of health literacy among older adults.

Keywords: Health literacy/ Elderly/ Hypertension disease risk group

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญประมาณหนึ่งพันล้านคนได้รับผลกระทบทั่วโลก คาดว่า จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2025¹ เป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียสุขภาพ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7¹ และพบว่าหนึ่งในสามของประชากรวัยผู้สูงอายุทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นความกังวลเรื่องสุขภาพระดับโลกในประเทศพัฒนาแล้วทั้งทางเศรษฐกิจและประเทศกำลังพัฒนา ความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรักษาในโรงพยาบาลการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต² สำหรับประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) สำหรับอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน)³ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ประชาชนไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น กรรมพันธุ์ ส่วนปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มจัด การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด⁴ จากข้อมูลรายงานปี 2561 ของจังหวัดพะเยา พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจเพิ่มขึ้น และพบว่าโรคความดันโลหิตในปี 2560 ร้อยละ 19.5 ปี 2561 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.2 แบบบันทึกระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 60-70 ปี ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับเสี่ยงต่ำร้อยละ 51.6, และเสี่ยงสูงร้อยละ 26.5⁵ จากการทำงานที่ผ่านมาของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่าการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่บรรลุตามเกณฑ์โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการ

ดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่การะโรคที่เพิ่มขึ้น⁶ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอนำไปสู่แนวโน้มของการเกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม (lifestyle modification) ประกอบด้วย การควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการเคลื่อนไหวทางร่างกายจึงเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง⁷

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต⁸ นอกจากนั้นเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญ สามารถนำไปจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเมื่อเจอสถานการณ์แวดล้อมด้านสุขภาพและสื่อบุคคล สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ขั้นวิจารณ์ญาณ⁷ ซึ่งการมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้น⁹ แต่ถ้าหากมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (Adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น¹⁰ นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบในการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับผู้ที่มีความเจ็บป่วยเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและ

คงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ติดอยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งเพนเดอร์กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจจะไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่มีการมุ่งใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นคือ ปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม¹¹ จากรายงานประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) อายุ 60 ปีขึ้นไปของจังหวัดพะเยา พ.ศ. 2560-2561 ที่ได้รับการตรวจติดตามมีผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูงสูงถึงร้อยละ 66.68¹² จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพิ่มระดับความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
3. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการหาบวชนตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดัน SBP = 130-139 mmHg และ/หรือ DBP = 85-89 mmHg และผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปีที่มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงระดับที่ 1 คือ SBP 140-159 mmHg and/or DBP 90-99 mmHg¹³ ที่ได้รับการคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นและบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง พฤศจิกายน 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,157 คน ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตใจหรือร่างกาย เช่น ภาวะสมองเสื่อมในวัยชราหรืออัมพาตหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ จะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมโครงการ ขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน¹⁴ ค่าสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า error เท่ากับร้อยละ 3.5 การแทนค่าโดยใช้สัดส่วนการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระดับเพียงพองจากงานวิจัยของนงลักษณ์ แก้วทอง⁴ เท่ากับ 0.727 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 405 คน โดยใช้สูตร

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + X^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{3.841 \times 1,157(1-0.727)}{0.035^2(1,157-1) + 3.841 \times 0.727(1-0.727)}$$

$$n = 405$$

เมื่อกำหนดให้ n = ขนาดตัวอย่าง, N = จำนวนประชากร, P = ค่าสัดส่วน, $X^2 = 3.841$, d = error

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลสุขภาพตำบลบ้านต้นและบ้านต้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เนื่องจากทั้ง 2 ตำบล มีประชากรผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบ

ประเมินความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากการทบทวนวรรณกรรม^{4,11,15} เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ชนบทที่ศึกษามี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เป็นลักษณะให้เลือกตอบ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้าใจเนื้อหาจากการอ่าน (Reading comprehension) เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ (30 ข้อ) ประยุกต์จากงานของนางลักษณ์ แก้วทองและคณะ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ^{4,15} เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทักษะการตัดสินใจ (10 ข้อ) ประกอบด้วย การใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย การเลือกวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การแสดงทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การเลือกวิธีคลายเครียดที่เหมาะสม 2) ด้านทักษะการจัดการตนเอง (10 ข้อ) ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในชีวิตเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก การวางแผนชีวิตเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง และ 3) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (10 ข้อ) ประกอบด้วย การอธิบายให้บุคคลอื่นเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การแนะนำบุคคลอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการทันสมัย ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญ ความสามารถในการรู้และเข้าถึงแหล่งบริการที่เหมาะสม การพูดโน้มน้าวผู้อื่นให้ยอมรับแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดและมีคำตอบให้เลือก 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้

คะแนน ถูกเท่ากับ 1 คะแนน และผิดเท่ากับ 0 คะแนน⁴ การประเมินผลระดับคะแนนนำแบบวัดความเข้าใจเนื้อหาจากการอ่าน และแบบประเมินทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้มารวมกันแล้วจัดแบ่งเป็นระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ประยุกต์ตามแนวคิดของบลูม¹⁶ ช่วงคะแนนร้อยละ 80-100 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับดี ช่วงคะแนนร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนร้อยละ 0-59 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับไม่ดี ได้ดังนี้ ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 42 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (Adequate Functional Health literacy) ระดับคะแนน 32-41 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพก้ำกึ่ง (Marginal Functional Health literacy) และระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate Functional Health literacy) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ประยุกต์มาจากแนวคิดของเพนเดอร์¹¹ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหารโซเดียมสูงและไขมันสูง 2) การควบคุมน้ำหนักประจำ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ความถี่ของการปฏิบัติแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ “ปฏิบัติ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์” “ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์” “ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์” “ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง” และ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” และ 3) ด้านการตรวจวัดความดันโลหิต มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ไม่ปฏิบัติ (0) ปฏิบัติบางครั้ง (1) และปฏิบัติทุกครั้ง (2) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ การแบ่งระดับประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม^{4,16} ผู้ที่ได้คะแนน 49-62 คะแนน (ร้อยละ 80-100) อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับดี คะแนน 38-48 คะแนน (ร้อยละ 60-79) จะจัดอยู่ในกลุ่มระดับพอใช้ และคะแนน 0-37 คะแนน (ร้อยละ 0-59) อยู่ในกลุ่มระดับต้องปรับปรุง

แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อน

นำไปทดสอบ (Try out) กับผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านสา จำนวน 30 คน โดยแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่านำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 2-3 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.83 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยพะเยา (เลขที่โครงการวิจัย 2/142/60) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดต่อประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและพื้นที่ดำเนินวิจัย ประกาศรับสมัครผู้ช่วยนักวิจัยคือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นจำนวน 15 คน ที่สามารถพูดภาษาท้องถิ่น มีประวัติเคยคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และเข้าใจบริบทของพื้นที่ จัดอบรมทีมผู้ช่วยนักวิจัย 1 วัน เวลา 09.00-12.00 น. ผู้วิจัยแปลงภาษาทางการเป็นภาษาท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจมากขึ้น มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เทคนิคขั้นตอนในการทำแบบสอบถาม การนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทำการประเมินความเข้าใจโดยทีมผู้วิจัยจากการทวนคำถามและการสังเกตระหว่างสนทนา ทีมผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยเข้าใจทั้งสองฝ่าย การดำเนินสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลา 9.00-17.00 น. หรือช่วงเวลาที่สะดวก ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมโดยการให้ข้อมูลคำอธิบาย วัตถุประสงค์ในการศึกษา วิธีการที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยง ตลอดจนตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยระหว่าง มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการทราบตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยใช้สมการพหุคูณ (Multiple Regression) และใช้เทคนิควิธีแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 ราย พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.2 และเพศหญิง ร้อยละ 57.8 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.48 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 55.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.8 มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.2 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 78.0 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.8 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ระยะเวลาในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 45.4 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 38.0 มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.6 ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) อยู่ในช่วง 130-139 mmHg ร้อยละ 57.3 ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) อยู่ในช่วง 85-89 mmHg ร้อยละ 71.1 สำหรับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ที่ 18.5-22.9 กก/ม² ร้อยละ 42.7 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.9 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.1

การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพทั่วๆไป ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.0 และมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.5 รองลงมาคือ มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับดี ร้อยละ 31.1 และมีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 10.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	Mean	SD	กลุ่มตัวอย่าง (N=405)	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	31.9	6.619		
ไม่เพียงพอ (≤ 31 คะแนน)			174	43.0
กำลัง (32-41 คะแนน)			207	51.1
เพียงพอ (≥ 42 คะแนน)			24	5.9
พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	40.59	5.522		
ต้องปรับปรุง (≤ 37 คะแนน)			42	10.4
พอใช้ (38-48 คะแนน)			237	58.5
ดี (≥ 49 คะแนน)			126	31.1

จากการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 8 ตัวแปร คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการทราบตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า มี 4 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 30.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	R ²	B	SE (B)	Beta	p
(constant)	0.304	42.076	3.638		
ระดับการศึกษา		1.536	0.614	0.116	<0.009*
สถานะทางเศรษฐกิจ		2.232	0.612	0.168	<0.001*
ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง		1.889	0.859	0.107	<0.007*
การเข้าถึงข้อมูล		1.756	0.686	0.132	<0.011*

*p-value <0.05

หมายเหตุ: ระดับการศึกษา (ไม่ได้ศึกษา = 0, ได้ศึกษา = 1); สถานะทางเศรษฐกิจ (รายได้ไม่เพียงพอ = 0, รายได้เพียงพอ = 1); ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน = 0, มีภาวะแทรกซ้อน = 1); การเข้าถึงข้อมูล (ไม่เพียงพอ = 0, เพียงพอ = 1); ความรอบรู้ด้านสุขภาพ = continuous data

อภิปรายผล

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกำลัง และไม่เพียงพอ อีกทั้งการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจ ข้อมูลทางสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลและการ พิจารณาดัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ ซึ่ง

สอดคล้องกับงานวิจัยของนางลักษณ์ แก้วทอง และคณะ⁴ พบว่า ร้อยละ 89.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกำลังและไม่เพียงพอ แสดงให้เห็นถึงปัญหาเรื่องความสามารถในการเรียนรู้และการเข้าใจสื่อความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ยังไม่เพียงพอและครอบคลุมซึ่งอาจส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไม่ถูกต้องและ ไม่เหมาะสม และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก^{17,18} กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงให้เห็นถึงทักษะ

การรู้คิดทางปัญญาและทักษะทางสังคม (Cognitive and social skills) ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการอ่านเพิ่ม ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ หากประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ อาจจะทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี¹⁹ ที่ว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอายุ 65 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็น (ร้อยละ 68.2) และการศึกษาของธัญชนก ขุมทอง และคณะ²⁰ ที่ว่ากลุ่มเสี่ยงเกินครึ่งมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ดังนั้นการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้ประสิทธิผลที่ดีจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะหาวิธีการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีระดับความรู้ที่ดีเพียงพอ ต้องอาศัยกลยุทธ์ ปัจจัยที่สำคัญ และให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้ และยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียม แสดงให้เห็นว่ายังขาดความรู้เรื่องอาหารโซเดียม สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ แก้วทอง และคณะ⁴ ที่ว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ดีโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคที่กลุ่มตัวอย่างมักนิยมเติมเครื่องปรุงรสลงในอาหาร เช่น เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรส สูงถึงร้อยละ 66.0 และพบว่าร้อยละ 65.0 ไม่ทราบว่าน้ำปลาเป็นอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบมากที่สุด สอดคล้องกับศึกษาของสารภี แสงเดช²¹ ที่ได้สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและอาหารประเภทที่เป็นเครื่องแกงทุกชนิดจะต้องเติมเกลือ กะปิ และการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี¹⁹ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น

ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูล สามารถร่วมกันทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด ร้อยละ 30.4 ($p < 0.05$) ระดับการศึกษาสามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผลการศึกษาผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้ศึกษามีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอและส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun และคณะ²² พบว่า ที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอหรือก้ำกึ่ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gazmararian และคณะ²³ ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าไฮสคูลจะมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับสถานะทางเศรษฐกิจมีความสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความมั่นคงทางการเงิน และมีอิทธิพลในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและสามารถแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดของรายได้หรือการเข้าถึงแหล่งบริโภคอาหาร อีกทั้งพื้นที่การศึกษาอยู่ในชนบทห่างจากตัวเมืองประมาณ 30 กิโลเมตร และผู้สูงอายุไม่มีรถยนต์ประจำตัว ไม่สามารถออกจากบ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin และคณะ²⁴ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบความชุกในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ คนที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของเพนเดอร์¹¹ เพราะรายได้เป็นแหล่งประโยชน์แหล่งหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรม²⁵ การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงประชาชน

แบบเชิงรุก เช่น งบประมาณในการผลิตสื่อ บุคลากรไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาของนักศึกษาแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordan และคณะ²⁶ ที่ว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านความรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ช่วยให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคกับผู้ป่วย มีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีประสบการณ์ในการรู้จักหาข้อมูลด้านสุขภาพในแหล่งที่ถูกต้องและสามารถใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของการวิจัยการนำผลวิจัยไปใช้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องมือ^{4,11,15} ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทจังหวัดพะเยา ดังนั้นจึงไม่อาจนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ปักจายทำนายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกรมกิจการผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะกับบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

2. ปักจายที่ร่วมทำนาย ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะ “การเข้าถึงข้อมูล” หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการทำงานแบบเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและให้ข้อมูลได้สะดวกยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เท่านั้น จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อสามารถนำไปกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลปฏิบัติตัว ความต่อเนื่องการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Hypertension League (WHL): World Hypertension Day. 2018 [Internet]. [cited 2018 August 25]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>
2. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer global public health crisis. Geneva: WHO; 2013.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/pdf>
4. นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ สิริพันธ์, ธราด เก่งการพานิช, ชวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเทพ 2557;30(1):45-56.
5. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. รายงานความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตในประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://203.209.96.247/chronic/rep_htscreen2.php

6. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. สรุปรายงานประจำปี พ.ศ.2561 จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pyomoph.go.th/sub_index.php?id_type=17
7. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. 7th report of the joint national committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VII). The Journal of the American Medical Association 2003;289:2560s-72s.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008;67(12):2072s-8s.
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of Internal Medicine Logo 2011;155(2):97s-107s.
10. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine 2008;66(8):1809s-16s.
11. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. New York: Applenton Century Crofts; 1987.
12. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. รายงานประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง : ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก : http://203.209.96.247/chronic/rep_preht.php
13. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ฉบับปรับปรุง 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607s-10s.
15. กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2017.
16. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
17. World Health Organization. Health promoting glossary [Internet]. 1998 [cited 2019 January 25]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
18. World Health Organization. Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. Individual empowerment conference working document. 7th Global conference on health promotion promoting health and development. Kenya: Nairobi; 2009.
19. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562;25(3):43-54.
20. ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2559; 3(6):67-85.
21. สารภี แสงเดช. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555;35(1):39-47.
22. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health 2013;13(261):1s-8s.

23. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *The Journal of the American Medical Association* 1999;281(6):545s-551s.
24. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherrman D, Elliott M, et al. Developing predictive models of health literacy. *Journal of General internal medicine* 2009;24(11): 1211s-1216s.
25. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 2nd ed. St. Louis: McGraw-Hill; 1985.
26. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualizing health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling* 2010;79:36s-42s.