



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม
เสี่ยง ในอำเภอโนนาคี จังหวัดปราจีนบุรี

ศุภาพร มงคลหมื่น

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม
เสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี



ศุภาพร มงคลหมู่

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY FOR HYPERTENSION PREVENTION
AMONG AT RISK GROUP IN NADEE DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE



SUPAPORN MONGKOLMOO

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

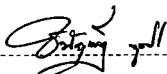
2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุภาพร มงคลหมู่ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

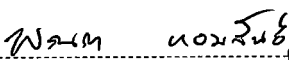
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก




(รองศาสตราจารย์ ดร.ชัญญิตาคุษฎี ทูลศิริ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

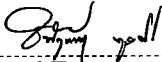


(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

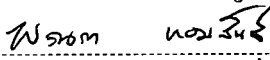
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธาน

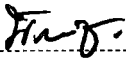
(รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เทียงธรรม)

 กรรมการ

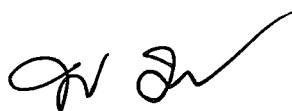
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชัญญิตาคุษฎี ทูลศิริ)

 กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร ชีวะเกตุ)



คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา



คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 2 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564

61920077: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ปัจจัย, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สุภาพร มงคลหมู่ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี. (FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY FOR HYPERTENSION PREVENTION AMONG AT RISK GROUP IN NADEE DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนัญชิตาคุยฎี ฑุลศิริ, ปร.ด., พรนภา หอมสินธุ์, ปร.ด. ปี พ.ศ. 2564.

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ถ้ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค จะสามารถลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 15-59 ปี ในอำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 214 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความเครียด แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 87.23, SD = 21.92$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($r = .138, p < .05$) รายได้ ($r = .202, p < .05$) ความเครียด ($r = .427, p < .01$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ให้บริการ ($r = .242, p < .01$) และการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ ($r = .242, p < .01$) ส่วน อายุ ระดับการศึกษา และเจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นเรื่อง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ รวมทั้งการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ

61920077: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FACTORS, HEALTH LITERACY, HYPERTENSION RISK GROUP

SUPAPORN MONGKOLMOO : FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY FOR HYPERTENSION PREVENTION AMONG AT RISK GROUP IN NADEE DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D., PORNNAPA HOMSIN, Ph.D. 2021.

Hypertension is a major public health problem. If hypertension risk group has health literacy for hypertension prevention among at risk group, it could reduce the incidence hypertension. This research aimed to identify factors related to health literacy for hypertension prevention among at risk group in Nadee district, Prachinburi province. Multistage random sampling was used to select the sample of 214 people who were at risk of hypertension, lived in the area of Nadee district, Prachinburi province. Research instruments were questionnaires to gather data for demographic information, stress, attitude toward hypertension prevention, relationship between at risk group and provider, access to care and use of health care services, and health literacy. For the data collection, during December, 2020 to January, 2021. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation and Point biserial correlation were used to analyze the data.

The results revealed that the sample had not good level of health literacy for hypertension prevention ($M = 87.23$, $SD = 21.92$). Health literacy for hypertension prevention was significantly correlated with sex ($r = .138$, $p < .05$) income ($r = .202$, $p < .05$) stress ($r = .427$, $p < .01$) relationship between at risk group and provider ($r = .242$, $p < .01$) and access to care and use of health care services ($r = .242$, $p < .01$). Age, education level and attitude toward hypertension prevention were not significantly correlated with health literacy for hypertension prevention.

The findings suggest that nurses and other health care providers could apply these results to develop activities/ programs to enhance health literacy for hypertension prevention by focusing on enhancing relationship between at risk group and provider and access to care and use of health care services.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น แนวทางการทำวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง รวมถึงติดตามกระตุ้นให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ให้มีคุณภาพ รวมทั้งยังได้รับความอนุเคราะห์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ให้ความกรุณาอนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยของ คุณนุจรี อ่อนสิน้อย และคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ที่ได้ให้ความกรุณาใช้เครื่องมือการวิจัยของ คุณพรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ รวมทั้งคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ที่ได้ให้ความกรุณาใช้เครื่องมือการวิจัยของ คุณพิลลือ เขียวแก้ว

ขอกราบขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าทีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดปราชินบุรี ที่อนุเคราะห์ข้อมูลและสถานที่เก็บข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุน ทุก ๆ ด้านในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ข้าพเจ้าประสบความสำเร็จในการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่ บุพการี บุรพอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนทุกวันนี้

สุภาพร มงคลหมู่

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	12
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	20
นโยบายกระทรวงสาธารณสุขการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	22
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	23
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย	55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	55
ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ..	57
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	60
สรุปผลการวิจัย	60
อภิปรายผล.....	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	68
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	69
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก	83
ภาคผนวก ข	85
ภาคผนวก ค	101
ภาคผนวก ง	108
ประวัติย่อของผู้วิจัย	116

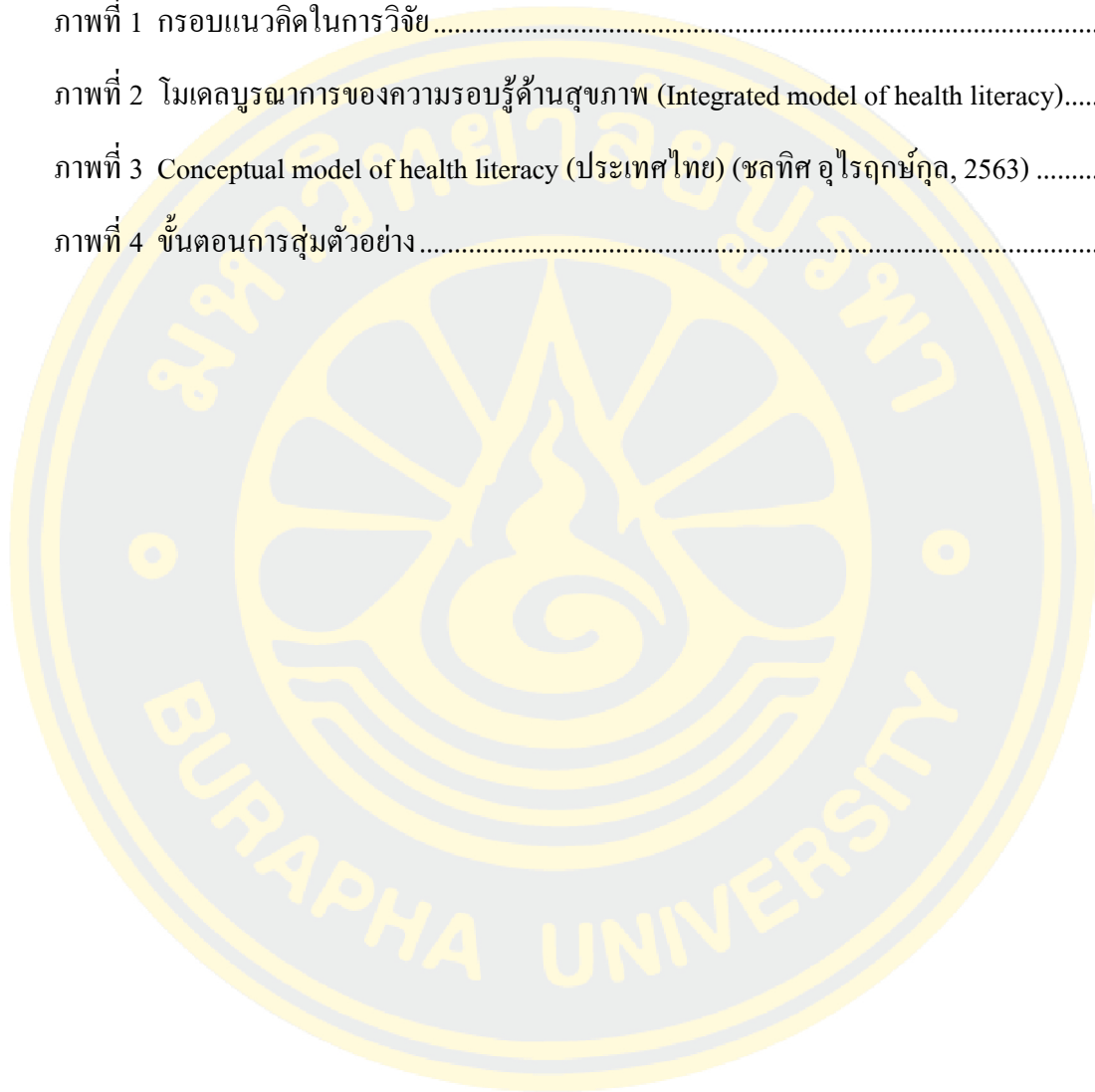
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงความดันโลหิตของผู้ใหญ่ ตามวิธีของ JNC 8 (อายุ 18 ปี) ...12	
ตารางที่ 2 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป ตามเกณฑ์สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.....13	
ตารางที่ 3 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุ ตามเกณฑ์สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.....13	
ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา.....40	
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 214$)56	
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน และภาพรวม ($n = 214$)58	
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 214$).....59	
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด เป็นรายชื่อ ($n = 214$)109	
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นรายชื่อ ($n = 214$).....109	
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงกับผู้ให้บริการ เป็นรายชื่อ ($n = 214$)110	
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ เป็นรายชื่อ ($n = 214$).....111	
ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ($n = 214$)112	

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy).....	28
ภาพที่ 3 Conceptual model of health literacy (ประเทศไทย) (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2563)	29
ภาพที่ 4 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	41



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ และเรื้อรังที่ทวีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) กล่าวคือจะไม่มีสัญญาณเตือนหรือไม่ปรากฏอาการในระยะเริ่มแรก ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) หรือเรียกว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จะสามารถลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ทั่วโลกมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1.13 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนดังกล่าวอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2019) สำหรับประเทศไทยพบข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 2,008.92, 2,091.28 และ 2,245.09 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับในเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2,365.24 , 2,396.41 และ 2,558.24 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน และพบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,3420.63, 13,226.75, 12,839.48 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) พบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 15,584.8, 35,463.3 และ 39,572.9 ต่อประชากรแสนคน

จังหวัดปราจีนบุรี อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,755.90, 1,863.67 และ 2,124.02 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของแต่ละจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า จังหวัดปราจีนบุรีอยู่ในลำดับที่ 3 และพบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 36,561, 37,293 และ 34,544 ต่อประชากรแสนคนและเป็นผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 37,674.9, 24,649.2 และ 33,288.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละ

ละจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า จังหวัดปราจีนบุรีอยู่ในลำดับที่ 2 (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปราจีนบุรี, 2562) สำหรับในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 มี อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 20,487.1, 21,556.7 และ 21,538.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 1,110 คน คิดเป็นร้อยละ 18.55 และพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 15 ปี จำนวน 3 ราย มี ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 21 ปี และยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 อำเภอ นาดี มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 37,063, 37,518 และ 38,329 ต่อประชากรแสนคนและเป็นผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 16,288.1, 21,479.7 และ 26,554.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากผลการคัดกรองสุขภาพของประชาชน ประจำปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 38,392.2 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 38.25 และสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดปราจีนบุรี (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นาดี, 2562)

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ บุคคลที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยแบบคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหา ปัจจัยกำหนด ระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน แบบแผนการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ (5A) ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) แบบแผนการบริโภค ความเครียด (ST5) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560, ข) และตรวจพบระดับ Systolic blood pressure อยู่ระหว่าง 120 -139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับ Diastolic blood pressure อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ก) ในระยะแรกยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น มีประวัติกรรมพันธุ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึงมีพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีเกลือที่มีปริมาณสูง และไขมันสูง มีกิจกรรมทางกายน้อย มีความเครียด สูบบุหรี่ และดื่มสุรา จะก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวาย ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นอันเกิดจากการรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามหากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ลดการบริโภคเกลือและอาหารไขมันต่ำ เพิ่มการออกกำลังกาย ารมณดี งดหรือเลิกสูบบุหรี่ หรือไม่ดื่มสุรา และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้ลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ข) ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ การจัดการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ลดการเกิดโรคได้ โดยเพิ่มความรู้ ความตระหนัก

ของกลุ่มเสี่ยงให้รู้ค่าความดันโลหิตของตนเอง การเพิ่มการคัดกรองความดันโลหิตและการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2568 ให้น้อยกว่า 16,050 ต่อประชากรแสนคน (ร้อยละ 16.05) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) รวมถึงการมีนโยบายการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Health literacy for NCDs prevention and management) (สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นหนึ่งในแนวทางและนโยบายขององค์การอนามัยโลกรวมถึงประเทศไทย เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังโดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยให้พัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาละสังคมที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาพของประชาชน อาทิเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต (ราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 82, 2561) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพคือ ระดับของความรู้ ทักษะส่วนบุคคล และความมั่นใจในการดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน โดยการเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ส่วนบุคคล รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนและความสามารถในการใช้ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจของประชาชน (WHO, 1998) ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000) ถ้าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง และบุคคลากรทางสุขภาพไม่สามารถสื่อสารที่ดี ใช้สื่อสุขภาพไม่ถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมาได้ (วัชรพร เษยสุวรรณ, 2560) นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p\text{-value} = .002$) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p\text{-value} = .002$) (กรรณิกัร กัรริสรพร, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ, 2562) และความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อความลัพท์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็ผลลัพท์ทางคลินิก ผลลัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพท์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

และผลลัพธ์ ด้านอื่น ๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต (ปวีตรา ทองมา, 2563)

จากการรายงานสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 ของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชากรในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15-59 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 39.7 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1 ส่วนความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับต่ำทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส อยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 49.9 (กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558) และในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15-59 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 ส่วนรายด้าน ที่พบว่า อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส อยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 50.25 สำหรับในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้สำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15-59 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 49.1 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส อยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 49.9 อยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 50 และในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 53.75 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส อยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 45.75 และอยู่ในไม่ดี ร้อยละ 42.25 (กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า กลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 15- 59 ปี ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีถึงพอใช้ และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ถ้าไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถสรุปกลุ่มปัจจัยออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรค 2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ ทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ 3) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) สำหรับการศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้

ด้านสุขภาพ (นันทกานต์ แสนรักษ์, สมคิด จุฬาวี และทวิวรรณ แสนคำ, 2563; สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (อารี แร่ทอง, 2562; Berens, Dominique, Melanie, Klaus, & Doris, 2016) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นคะแนนความฉลาดทางสุขภาพจะน้อยลง ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจึงมีความเข้าใจการเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารกับบุคคลอื่น การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพของตนเอง และความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) ระดับการศึกษา จากการศึกษาค้นคว้าว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Xie, Ma, Zhang, & Tan, 2019; Haerian, Moghaddam, Ehrampoush, Bazm, & Bahsoun, 2015; Mollakhalili, Papi, Zare-Farashbandi, Sharifirad, & HasanZadeh, 2014) รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Xie et al., 2019; Bodur, Filiz, & Kalkan, 2017; Yongbing, 2015 a) ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nakamura-Taira, Izawa, & Yamada, 2018) สำหรับ เจตคติ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีเจตคติไม่ดีจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และจะทำให้เกิดป้องกัน โรคแตกต่างจากผู้ที่มีเจตคติดี (Morris et al., 2013) และจากการศึกษาของ Sobral and Cunha (2019) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเจตคติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี จะมีเจตคติด้านสุขภาพดี รวมทั้ง การศึกษาของ Yun, Abdullah, Idrus, and Keikhosrokiani (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิต เพื่อการป้องกัน โรค: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคดีด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทักษะคดีด้านสุขภาพ โดยพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีทักษะคดีด้านสุขภาพเชิงลบ

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง และผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงกับแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Inoue, Takahashi, & Kai, 2013) จากการศึกษาของ Chu and Tseng (2013) พบว่า ความเห็นใจ การเอาใจใส่ และการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดจากแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้เกียรติผู้ป่วย การเอาใจใส่อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ข้อมูลได้ และยังพบว่า ทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพสุขภาพ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแตกต่างจากผู้ที่มีระดับความรู้เรื่องสุขภาพในระดับเพียงพอ (Kripalani et al., 2010) ส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพถึงสามเท่าของผู้ที่มีความรอบรู้

สุขภาพต่ำ (Levy, Janke, & Langa, 2014) ผู้ที่ระดับความรู้ที่แตกต่างกันมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้แตกต่างกัน (Bailey et al., 2015)

จะเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี โดยคัดสรรปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางปฏิบัติและข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสามารถปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี

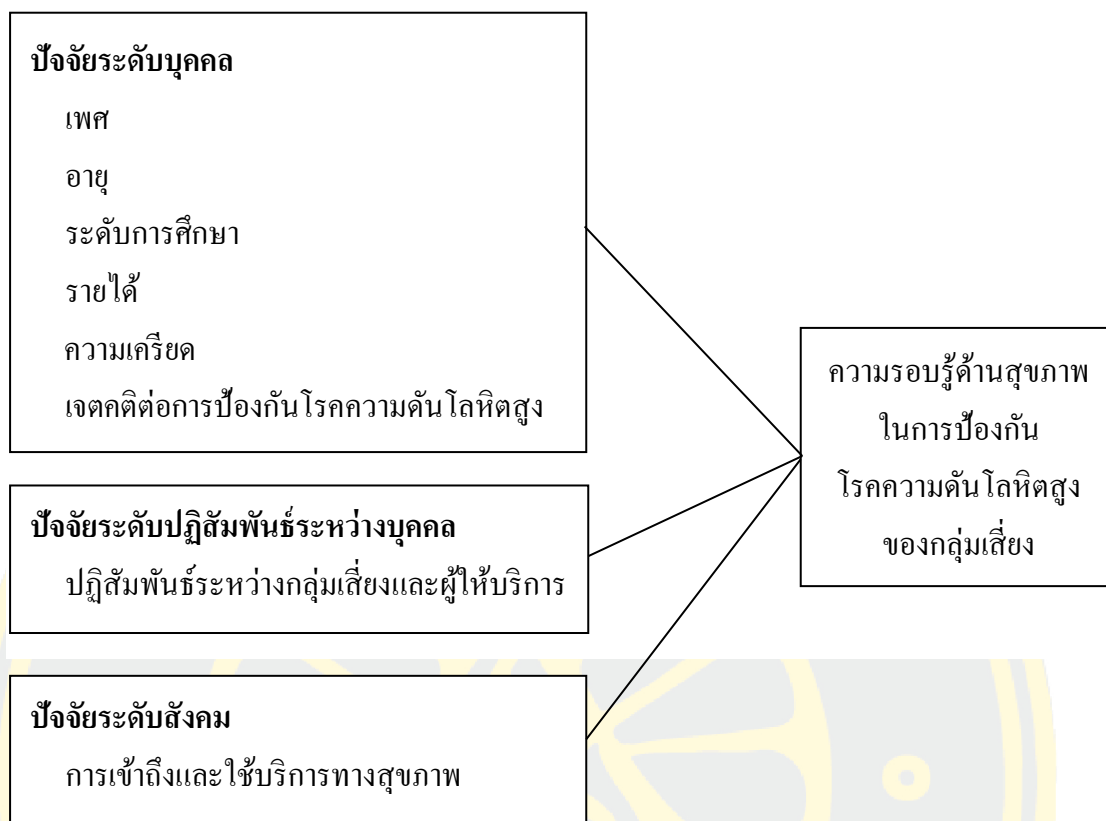
สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี
2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี

3. ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ Integrated model of health literacy ของ Sorensen et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) มาเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และ 3) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 214 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 ถึง เดือนมกราคม 2564

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

กลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนที่อายุ 15-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยวาจา และมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ก) ได้รับการขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชาติ ประจําปีงบประมาณ 2563

เพศ หมายถึง ลักษณะทางด้านสรีระวิทยาตรงตามเพศกำเนิดที่มีความแตกต่างกัน แบ่งเป็นเพศชาย และเพศหญิง

อายุ หมายถึง จำนวนปีของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน ถ้าเกิน 6 เดือน ให้ปัดเป็นจำนวนเต็มปี

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ศึกษาสูงสุดของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับจากการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการ โดยเริ่มต้นจาก ชั้นประถมศึกษา จนถึงสำเร็จการศึกษาสูงสุด

รายได้ หมายถึง รายรับที่เป็นจำนวนเงินเฉลี่ยต่อเดือนที่สามารถนับได้ ซึ่งมาจากการประกอบอาชีพทุกแหล่งรวมกันที่ใช้ในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว

ความเครียด หมายถึง ภาวะความรู้สึกกดดัน ความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจนเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามมา ได้แก่ นอนไม่หลับ สมาธิน้อยลง หงุดหงิด กระวนกระวายรู้สึกเบื่อเซ็ง ไม่อยากพบปะผู้คนภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ST-5 ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) ซึ่งพัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปกิจ (2551)

เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของ นุจรี อ่อนสิน้อย, ยูวดี ลีลัคณาวิระ และชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ (2560)

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นจากความเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ของ พรปวีร์ แก้วนพรัตน์ และพาสณา จุฬรัตน์ (2553)

การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการอยู่เป็นประจำ เกี่ยวกับความพอเพียง คุณภาพ ความสะดวก

รวดเร็วของบริการ ค่าใช้จ่าย การเดินทางมายังสถานบริการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการของ พิไลอ์ เขียวแก้ว, วัลลภา คชภักดี และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2552)

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความสามารถทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถเลือกปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดมาจากพฤติกรรมเสี่ยงตามหลัก 3 อ 2 ส ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ สุนัขหรี สุรา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามปรับปรุงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของคนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของ กองดุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดย Intarakamhang and Kwanchuen (2016)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 ผลกระทบจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
2. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 การป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
3. นโยบายการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข
 - 3.1 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ค้นหาความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัย
กำหนดด้วยวาจา (Verbal screening)
 - 3.2 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการวัดความดันโลหิต
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
 - 4.1 ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) > 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) > 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension [WCH] หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถาบันบริการสาธารณสุขพบว่า (SBP > 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ DBP > 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่า ไม่สูง (SBP < 135 มิลลิเมตรปรอท และ DBP < 85 มิลลิเมตรปรอท)

Masked hypertension [MH] หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่า (SBP < 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่าสูง (SBP > 135 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ DBP > 85 มิลลิเมตรปรอท)

การจำแนกโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure : JNC VII) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกระดับความรุนแรงของความดันโลหิตออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงความดันโลหิตของผู้ใหญ่ ตามวิธีของ JNC 8 (อายุ 18 ปี)

Blood pressure classification	Systolic blood pressure	Diastolic blood pressure
	(mmHg.)	(mmHg.)
Normal	< 120	< 80
Prehypertension	120-139	80-89
Stage 1 Hypertension	140-159	90-99
Stage 2 Hypertension	≥ 160	≥ 100

ที่มา: Hypertension: The silent Killer: Updated JNC-8 guideline recommendations (Bell, Twigg, & Olin, 2018)

สำหรับในประเทศไทย สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้การจำแนก ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ออกเป็น 5 ระยะ ดังตารางที่ 2 และมีการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป ตามเกณฑ์สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

Blood pressure classification	Systolic blood pressure (mmHg.)	Diastolic blood pressure (mmHg.)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
High normal	130-139	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	≥ 110
Isolated systolic hypertension [ISH]	≥ 140	≥ 90

ที่มา: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562)

ตารางที่ 3 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุ ตามเกณฑ์สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

กลุ่มอายุ	Systolic blood pressure (mmHg.)	Diastolic blood pressure (mmHg.)
18-65 ปี	120-130	70-79
65-79 ปี	130-139	70-79
≥ 80 ปี	130-139	70-79

ที่มา: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562)

เกณฑ์การจำแนกโรคความดันโลหิตสูง สำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ตามแนวทางสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยปี 2562 มี 4 ระดับดังนี้

1. ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น

2. ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/ 100 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

3. ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/ 110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

4. ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่า อาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดไม่สูง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ 1 ถึงระดับ 3 ที่ผลการตรวจประเมินไม่ปรากฏว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดย HBPM หรือโดย ABPM หรือโดยวิธีการนัดมาวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลซ้ำวิธีการและขั้นตอนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะนี้จะช่วยให้เกิด

สรุปว่าเกณฑ์การจำแนกกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงของ คณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (JNC VIII) ของ ประเทศสหรัฐอเมริกา Systolic blood pressure 120-139 มิลลิเมตรปรอท Diastolic blood pressure 80-89 มิลลิเมตรปรอท

การจำแนกชนิดสาเหตุของเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Primary hypertension หรือ Essential hypertension) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน ได้แก่ ความดันโลหิตที่พบทั่วไป ในคนสูงอายุ ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก ความเครียด และคนในครอบครัว มีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอายุที่เริ่มเป็นโรคมักจะอยู่ในช่วง 40 ปี ถึง 50 ปี

2. โรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary hypertension) พบได้มากกว่าร้อยละ 10 คือเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุอื่นทั้งจากโรค และการใช้ยาบางประเภท โดยประวัติของโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ อาทิ มีระดับความดันโลหิตขึ้นๆลงๆ ในระยะเวลาอันสั้น ร่วมกับอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพักๆ ซึ่งอาการเกิดจาก Pheochromocytoma อาการคันแขน และขาอ่อนแรงเป็นพักๆ ซึ่งเกิดจาก Primary aldosteronism อาการปวดหลัง 2 ข้างร่วมกับปัสสาวะผิดปกติอาจเกิดเป็นนิ่วในไตหรือกรวยไตอักเสบ ส่งผลให้เกิดเป็นโรคไตวายตามมา ตั้งครรภ์ (Pregnancy) เกิดจากการใช้ยา อาทิ ยาคุมกำเนิด, Cocain, Amphetamine, Steroid, Non-steroidal anti inflammatory drug (NSAIDs), ยาลดน้ำมูกที่มี Pseudoephedrine เป็นส่วนประกอบ

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถหาสาเหตุที่ชัดเจนได้ อาจเกิดจากความบกพร่องต่าง ๆ จากสาเหตุดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1. การควบคุมโดยระบบประสาท (Neural components) ความดันโลหิตสูงอาจเกิดจากความผิดปกติของการควบคุมโดยระบบประสาท โดยปกติแล้ว ระบบประสาทของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตมีอยู่หลายส่วน คือ Baroreceptor reflex (ส่วนที่ควบคุมความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตสูง baroreceptor จะถูกกระตุ้นให้ส่งสัญญาณไปที่สมองเพื่อลดระดับความดันโลหิต) Chemoreceptor เป็นส่วนที่มีความไวต่อออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด โดยจะไปส่งผลให้เกิดการตอบสนองของสัญญาณประสาทเพื่อปรับความดันโลหิตให้เป็นปกติ Central ischemic response (จะมีการทำงานเมื่อความดันโลหิตต่ำกว่า 50 mmHg โดยจะตอบสนองต่อการ

ขาดเลือดใน Vasomotor center ที่สมองส่วน Medulla, α และ β Adrenoceptor ที่ สมองส่วน Medulla ทำให้ความดันโลหิตลดลง

2. ความผิดปกติจากการควบคุมโดยสารเคมีในเลือด (Humoral abnormalities) ได้แก่ ความผิดปกติต่าง ๆ ดังนี้ Renin Angiotensin Aldosterone System [RAAS] ในระบบนี้จะตอบสนองเมื่อความดันโลหิตต่ำ โดยจะส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เพิ่มการหลั่งของ Aldosterone ทำให้เกิดการกั่ง ของเกลือและน้ำในร่างกาย และเกิดการกระตุ้นระบบ Sympathetic natriuretic peptide hormone โดยปกติจะเป็นตัวที่ใช้ควบคุมปริมาณน้ำในหลอดเลือด โดยจะไปเพิ่มการจับ เกลือและน้ำที่ไต แต่หากเกิดความผิดปกติของระบบนี้จะทำให้เกิดการกั่งของเกลือและ น้ำในร่างกาย และเกิดการกระตุ้น Hyperinsulinemia ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้จากการสะสมเกลือ ในร่างกาย เกิดการ กระตุ้นระบบประสาท Sympathomimatic ทำให้ระดับแคลเซียมในเซลล์สูงขึ้น ทำให้เกิด Vascular smooth muscle hypertrophy

3. กลไกของ Vascular endothelial cell เซลล์ภายในร่างกายที่ชื่อ Endothelial Cell สามารถ สร้างสารหลายชนิดทั้งที่มีฤทธิ์หดหลอดเลือด เช่น Angiotensin II, Endothelin I และสารที่มีฤทธิ์ ขยายหลอดเลือด เช่น Prostacyclin, Bradykinin, Nitric oxide หากสมดุลของสารเหล่านี้เปลี่ยนไป โดยมีสารที่ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว มากกว่าก็จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมาได้

4. การรับประทาน โซเดียม แคลเซียม และ โพแทสเซียม (Sodium, Calcium, Potassium intake) การรับประทาน โซเดียมมากร่วมกับมีความผิดปกติที่ไต ทำให้มีการกั่งของเกลือและน้ำใน หลอดเลือด เป็นผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) เพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้นได้ นอกจากนี้การรับประทานแคลเซียมและ โพแทสเซียมน้อยอาจทำให้มีความดันโลหิตสูง จากการ ขาดสมดุลแคลเซียมในเซลล์และนอกเซลล์ และจากการขาดโพแทสเซียมอาจทำให้แรง ดันทานของหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้นได้

สรุปได้ว่า กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากกลไกของระบบสมอง หลอด เลือด และการควบคุมสมดุลโซเดียม โพแทสเซียมของร่างกาย

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ที่พบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีดังนี้

1.1 อายุ (Age) พบว่าส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้นระดับความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ระดับความดันโลหิต เท่ากับ 120/ 70 มิลลิเมตรปรอท แต่พออายุ 60 ปี ระดับความดันโลหิตอาจจะมีการเพิ่มขึ้นเป็น 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับความดันโลหิตที่

กล่าวถึงอาจจะไม่ได้เป็นกฏตายตัว ว่าอายุที่มากขึ้นจะทำให้มีระดับความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้นเสมอไป ในบางรายอาจมีระดับโลหิตที่วัดได้ 120/ 70 มิลลิเมตรปรอท เท่าเดิมก็เป็นได้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1.2 พันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยเช่นกัน (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1.3 เชื้อชาติ พบว่า ชาวแอฟริกัน กับชาวอเมริกันผิวดำ เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวสีขาว (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ มีดังนี้

2.1 รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง พบว่าปริมาณโซเดียมที่เพิ่มปริมาณในกระแสเลือด จะเพิ่มการทำงานของหัวใจให้สูบน้ำออกไปเลี้ยงทั่วร่างกาย เป็นผลให้ความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น

2.2 ความอ้วน พบว่าการมีน้ำหนักตัวมากมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ในคนที่อายุ 20-39 ปี ที่มีน้ำหนักตัวเกินกว่าปกติจะเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเป็น 2 เท่าของคนน้ำหนักตัวปกติและเมื่อลดน้ำหนักในคนอ้วนจะลดความดันโลหิตได้

2.3 การขาดการออกกำลังกาย พบว่าหากมีกิจกรรมทางกายต่ำ ขาดการออกกำลังกาย จะทำให้มีสมรรถภาพทางกายต่ำ ทำให้หัวใจทำงานหนักในการบีบตัว ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

2.4 การดื่มสุรา มีการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรามากกับความดันโลหิตสูง เมื่อดื่มสุราลดลง ระดับความดันโลหิตลดลง หรือกลับคืนสู่ปกติการได้รับแอลกอฮอล์มากกว่า 1 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร

2.5 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่อาจไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแต่การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งมากขึ้น

2.6 จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อระดับความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด (Stress) อาจทำให้มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่พักผ่อนระดับความดันโลหิตก็จะสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2561)

ผลกระทบจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1. หัวใจ ทำให้เกิดเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างด้านซ้ายมีขนาดใหญ่ขึ้น จึงทำให้ผนังหัวใจห้องล่างด้านซ้ายนั้นเกิดการหนาตัวขึ้นด้วย เรียกว่าการเปลี่ยนแปลงนี้ว่า “Left ventricular hypertrophy [LVH]” ซึ่งจะให้เห็นหัวใจมีขนาดโต มากกว่าปกติ (Cardiomegaly)
2. หลอดเลือดหัวใจ เกิดภาวะ Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Aorta) ซึ่งภาวะหลอดเลือดแดงแข็งชนิดนี้จะเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงขนาดกลาง (Arteries) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมาก (Arterioles) ของสมองจอประสาทตา (Retina) หัวใจ ไต และขาด้วยเช่นกัน เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเนื่องจาก Atherosclerosis ที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteries) ของหัวใจร่วมกับการเกิด LVH จะส่งผลให้มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างด้านซ้ายอย่างเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ได้ง่ายมากขึ้น
3. ไต เกิดภาวะไตวาย [Kidney (Renal) failure] จากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischaemia) เนื้อเยื่อของไตเนื่องจากการหนาตัวขึ้นของผนังชั้นในสุด (Tunica intima) ของหลอดเลือดแดงขนาดกลางและหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมากที่ไตนั้น โดยเป็นผลที่เกิดตามมาหลังจากการบาดเจ็บของเซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Endothelial injury) แล้วทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเซลล์สร้างเส้นใย (Fibroblasts) ในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่อยู่ใต้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Subendothelial connective tissue) และ กลายเป็นเยื่อพังผืด (Fibrosis) ตรงบริเวณดังกล่าว จึงทำให้รูของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของไตมีขนาดเล็กกว่าปกติตนเอง อนึ่งความดันโลหิตสูงสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมแก่หลอดเลือดแดง ขนาดเล็กมากที่ไตได้อีก 2 แบบคือ Hyaline arteriosclerosis และ Hyperplastic arteriosclerosis
 - 3.1 Hyaline arteriosclerosis ความดันโลหิตสูงเรื้อรังนอกจากจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมากที่ไตแล้ว ยังก่อให้เกิดการเสื่อม (Degeneration) ของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cells) ในผนังชั้นกลาง (Tunica media) ของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมากนั้นด้วย ซึ่งผนังชั้นกลางของหลอดเลือด ดังกล่าวจะถูกแทนที่ด้วยสสารที่มีชื่อว่า “ไฮยาลิน (Hyaline)” พบว่า ผนังชั้นกลางของ หลอดเลือดแดงขนาดเล็กมากซึ่งถูกแทนที่ด้วย Hyaline เกิดการหนาและ แข็งตัวของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมากนี้จะก่อให้เกิดการขาดเลือดและการตายของเนื้อเยื่อไตเป็นบริเวณ โดยทั่ว ซึ่งเนื้อเยื่อไตที่ตายก็จะถูกแทนที่ด้วยเยื่อพังผืดในเวลาต่อมาและเรียกการเปลี่ยนแปลงนี้ว่า “Nephrosclerosis” อันนำไปสู่ภาวะไตวายได้ในที่สุด
 - 3.2 Hyperplastic arteriosclerosis ขณะตรวจร่างกายหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี DBP สูงกว่า 130 mmHg พร้อมกับมีเลือดออกที่ จอประสาทตาทั้งสองข้าง (Bilateral retinal

haemorrhages) และ/หรือพบลักษณะเหมือนปุยฝ้ายสีขาวที่จอประสาทตา [Cotton wool spots (exudates)] ทั้งนี้สามารถพบการบวมของขั้วประสาทตา (Papilloedema) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ นั่นคือผู้ป่วยเป็น “โรคความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant (Accelerated) hypertension)” ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับหลอดเลือดแดงขนาดกลาง หลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Small arteries) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมากของไตได้ 2 ลักษณะดังนี้

3.2.1 จะเกิดการตายของเซลล์แบบ Fibrinoid necrosis ที่ผนังของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กมากซึ่งนำเลือดเข้า (Afferent arterioles) กลุ่มหลอดเลือดฝอยในเนื้อไต (Glomerulus) ทำให้เกิดการสร้างลิ่มเลือดขึ้นภายในหลอดเลือดแดงนั้นขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ (Thrombosis) ซึ่งนำไปสู่ความบกพร่องในการทำงานของไต

3.2.2 เกิดการอักเสบที่ผนังชั้นใน (Endarteritis) ของหลอดเลือดแดงขนาดกลางและหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในเนื้อไต ทำให้เซลล์สร้างเส้นใยและเซลล์ที่มีคุณสมบัติคล้ายเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (Myointimal cells) ในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่อยู่ใต้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด จะถูกกระตุ้นให้แบ่งตัวและเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเรียงตัวซ้อนเป็นชั้นคล้ายเปลือกหัวหอม (Onion skin) ซึ่งนำไปสู่การหนาตัวขึ้นของผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงทั้งสองชนิดดังกล่าวข้างต้น จึงเรียกการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงลักษณะนี้ว่า “Hyperplastic arteriosclerosis” โดยผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดง และนำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของไต จนในที่สุดเกิดภาวะไตวายขึ้นมา

4. Atherosclerosis atherosclerosis หมายถึง ภาวะที่ผนังของหลอดเลือดแดงมีความแข็งมากกว่าปกติ เนื่องจากเกิดการบาดเจ็บของเซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Endothelial injury) แล้วทำให้สารไขมัน (Lipid) ไปสะสมอยู่ที่เนื้อเยื่อเกี่ยวพันซึ่งอยู่ใต้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือดนั้น ร่วมกับเกิดการสร้างเยื่อพังผืดไปล้อมรอบบริเวณที่มีไขมันสะสม อยู่ดังกล่าวข้างต้นด้วย เมื่อดูด้วยตาเปล่าจะพบว่าผิวของผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงมี ลักษณะเป็นรอยนูนเล็กน้อยและมีสีเหลือง (Fatty streaks) เมื่ออายุมากขึ้น Myointimal cells ซึ่งอยู่ใต้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงนั้นจะเริ่มมีการสะสมไขมันภายในไซโตพลาสซึม (Cytoplasm) ของเซลล์เพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงอื่นเกิดขึ้นกับผนังของหลอดเลือดแดงในผู้สูงอายุดังนี้คือ ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ จากการเกิดเยื่อพังผืดสะสมอย่างต่อเนื่อง ผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดงถูกแทนที่ด้วยเยื่อพังผืด เกิดการสะสม สารประกอบมิวโคโพลิแซ็กคาไรด์ (Mucopolysaccharide) ระหว่างเซลล์ต่างๆ ในผนัง ของหลอดเลือดแดงและ เส้นใยยืดหยุ่นภายในผนังของหลอดเลือดแดงเกิดการขาด เป็นท่อนๆ (Fragmentation of the elastic laminae) โดยปัจจัยดังกล่าวข้างต้นสามารถ ก่อให้เกิด Atherosclerosis ได้ง่ายมากขึ้นกับหลอดเลือดแดงของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า ผลกระทบจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลกระทบในร่างกายจิตใจ ดังนั้นควรมีการควบคุมการเกิดโรคความดันโลหิตเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นควรมีการจัดการกลุ่มเสี่ยงให้มีความรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะได้ไม่ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคได้

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือผู้ที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ โดยให้มี Body mass index [BMI] ตั้งแต่ 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² และ Waist circum [WC] อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคนไทย คือผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ในกรณีที่มิภาวน้ำหนักเกินหรืออ้วน คือมี Body mass index [BMI] ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² ให้ลดน้ำหนัก โดยการลดน้ำหนักตั้งแต่ร้อยละ 5 ของน้ำหนักเป็นต้นไปจะเทียบเท่ากับการใช้ยาลดความดัน 1 ชนิด การลดน้ำหนักทุก 1 กิโลกรัมสามารถลด systolic blood pressure ได้เฉลี่ย 1 มิลลิเมตรปรอท โดยยวมการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัมสามารถลด systolic blood pressure ได้เฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตรปรอท

2. การออกกำลังกาย แนะนำให้ประชาชนทุกคนออกกำลังกายทุกคน การออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อสุขภาพดี โดยในแต่ละวันอาจมีการแบ่งการออกกำลังกายสั้นๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉง ลดพฤติกรรมการนั่ง ๆ นอน ๆ เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ควรงดการออกกำลังกายเกิน 2 วัน การออกกำลังกายมี 2 แบบคือ การออกกำลังกายระดับปานกลาง และการออกกำลังกายระดับหนัก

2.1 การออกกำลังกายระดับปานกลาง หมายถึงการออกกำลังกายจนชีพจรเต้นเร็ว ร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220-อายุในหน่วยเป็นปี) หรือยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้ (Self-Talk-Test) รวมเป็นระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที รูปแบบการออกกำลังกายแบบปานกลาง อาทิ เดินเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบไม่ฝืด ตัดหญ้า เดินแอโรบิคเบา ๆ การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ มีผล Systolic blood pressure ลดลงเฉลี่ย 4 มิลลิเมตรปรอทและ Diastolic blood pressure ลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอท

2.2 การออกกำลังกายระดับหนัก หมายถึงการออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 70-85 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลารวมทั้งอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน

3. การจำกัดโซเดียมในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่เป็นโรคและไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนชามีโซเดียมประมาณ 350-500 มิลลิกรัม ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 320-455 มิลลิกรัม และผงชูรส 1 ช้อนชามีโซเดียม 492 มิลลิกรัม การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวันส่งผลให้ Systolic Blood Pressure ลดลง 2-3 มิลลิเมตรปรอท โดยแนะนำให้รับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary approaches to stop hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน นมไขมันต่ำ ธัญพืชถั่วเปลือกแข็ง ซึ่งรูปแบบการรับประทานอาหารดังกล่าวทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม และ แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหารในปริมาณสูงเพิ่มประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิตจากการลดโซเดียมในอาหาร ไม่แนะนำให้รับประทานโพแทสเซียม และหรือ แมกนีเซียมเสริมในรูปแบบของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อหวังผลในการช่วยลดระดับความดันโลหิต การรับประทานอาหารแบบ DASH ส่งผลให้ Systolic blood pressure ลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท

4. การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรมีการจำกัดปริมาณดังนี้ ในเพศหญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และเพศชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันซึ่งปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่ เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 มิลลิลิตร เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มิลลิลิตร เบียร์ 6.4 % ปริมาณ 240 มิลลิลิตร ไวน์ 12 % ปริมาณ 100 มิลลิลิตร การลดการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ Systolic Blood Pressure ลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท

5. การหยุดบุหรี่ การเลิกบุหรี่ไม่ได้ส่งผลต่อการลดความดันโลหิตสูงโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การหยุดหรือลดการสูบบุหรี่จึงสามารถลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้

6. การลดความเครียด รวมถึงการผ่อนคลาย ความเครียด และการลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้สูงอายุ สามารถบริหารจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองโดยวิธี ต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ

สรุปได้ว่า ปัจจัยการโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพมีทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งสามารถป้องกันเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยการจัดการปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ คือปัจจัยด้านพฤติกรรมเช่นปรับเปลี่ยนปัจจัยที่เกิดจาก

พฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุราเพื่อจะได้มีสุขภาพที่ดี เมื่อพฤติกรรมที่ดี จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตได้

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การคัดกรองสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง กระบวนการคัดแยกบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะความดันโลหิตสูงออกจากกลุ่มปกติ

แนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง การคัดกรองประชาชน อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโดยการแจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนแก่ผู้รับการคัดกรองตามสถานะความเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนแก่ผู้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามสถานะความเสี่ยง

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีแผนงานการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย 15 ปีขึ้นไป โดยในกลุ่มอายุ 15 ปี ต้องได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ถ้ามีภาวะเสี่ยงให้คัดกรองด้วยการวัดความดันโลหิต กลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไปต้องได้รับการคัดกรองด้วยการวัดความดันโลหิตทุกราย

เป้าหมาย

การลดความชุกของความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ 16.05 (ปี พ.ศ. 2568) และลดค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร น้อยกว่า 2,285 มิลลิกรัมต่อวัน (ปี พ.ศ. 2568)

การคัดกรองสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ค้นหาความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดด้วยวาจา (Verbal Screening) กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

1.1 ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 กรรมพันธุ์ คือมีประวัติ บิดา มารดา พี่ หรือ น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้

1.2.1 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รอบเอว $\geq \frac{1}{2}$ ของส่วนสูง (เซนติเมตร) หรือมีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/ เมตร² ด้วยการชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว

1.2.2 . แบบแผนการออกกำลังกาย

1.2.3 สุ่มบุหรี่ ด้วยแบบวัด 5A (Fagestrom Test for Nicotine Dependence)

1.2.4 ปัญหาการดื่มสุรา ด้วยแบบประเมิน The alcohol use disorder identification [AUDIT]

1.2.5 แบบแผนการบริโภคอาหาร

1.2.6 ความเครียด ด้วยแบบประเมิน (ST-5)

2. การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการวัดความดันโลหิต มีเกณฑ์ดังนี้

2.1 เกณฑ์กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองความดันโลหิต \geq ร้อยละ 90

2.2 การคัดกรองผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40

2.3 ผู้ที่ได้รับการคัดกรองพบเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และได้รับการติดตามระดับความดันโลหิตด้วยการวัดความดันที่บ้านด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า นโยบายการป้องกันความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่สำคัญเน้นการคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งปัจจัยที่ป้องกันไม่ได้ และปัจจัยที่ป้องกันได้ โดยมีการยืนยันด้วยการตรวจระดับความดันโลหิต เพื่อการวินิจฉัยตามเกณฑ์โรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ความหมายความรู้ด้านสุขภาพ

เริ่มต้นจากความเข้าใจในความหมายของคำว่า การรู้หนังสือ (Literacy) ซึ่ง Kickbusch (2001) ได้กล่าวถึงอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชากรทั่วโลกก็คือ การไม่รู้หนังสือ และมีประมาณร้อยละ 25 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกที่ไม่รู้หนังสือโดยเฉพาะผู้หญิง เด็ก และผู้สูงอายุ ทั้งนี้ระดับการรู้หนังสือไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับระดับการศึกษาเสมอไป แต่มีความสำคัญในการทำ การได้งานทำ การมีส่วนร่วมในชุมชนและสถานะทางสุขภาพ ตลอดจนเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาประเทศชาติโดยมีการให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพหลากหลายไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1998) ได้ให้ความหมายระดับของระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจในการดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน โดยการเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ส่วนบุคคล ดังนั้นความรอบ

รู้ด้านสุขภาพจึงมีความหมายมากกว่าการอ่านเขียนแผ่นพับและใบนัด การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนและความสามารถในการใช้ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจของประชาชน

Nutbeam (2000) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

Kickbush, Wait, and Maag (2006) ได้ให้ความหมายว่า การกระทำ พลวัต และเสริมพลัง รวมทั้งทักษะชีวิตที่สำคัญ สำหรับสังคมสมัยใหม่ เพื่อสร้างทางเลือกในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ผลเกิดผลต่อสุขภาวะและมีสุขภาวะ

Zarcadoolas, Pleasant, and Greer (2006) ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถ ของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็น แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต

Kwan, Frankik, and Rootman (2006) ได้ให้ความหมายว่า ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลได้ตรงกับความต้องการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีในการดำเนินชีวิตตามบริบทต่าง ๆ

Rootman (2009) ได้ให้ความหมายว่า ทักษะที่จำเป็นการค้นหา ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในบริบทที่หลากหลาย รวมทั้งการรู้คำศัพท์สุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพ

Freedman et al. (2009) ได้ให้ความหมายว่า ระดับความสามารถของบุคคลและกลุ่มคนในการรับ จัดการ ทำเข้าใจ ประเมิน และตอบสนองต่อข้อมูลที่ต้องใช้ เพื่อตัดสินใจด้านสาธารณสุข

Sorensen et al. (2012) ได้ให้ความหมายว่า การรู้หนังสือ ความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ สำหรับตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต

Edwards, Wood, Davies, and Edwards (2012) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพของเขาด้วย ให้สามารถเข้าถึงบริการและเกาะติดข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะการจัดการตนเองดี แต่บางส่วนมีการแสวงหาความรู้น้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

Dodson, Good, and Osborne (2015) คุณลักษณะของบุคคล และทรัพยากรทางสังคมที่บุคคลและชุมชนจำเป็นต้องใช้ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลและบริการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความรอบรู้สุขภาพนี้ รวมทั้งสามารถในการสื่อสารการใช้สิทธิและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ รวมความสามารถในการสื่อสารการใช้สิทธิและการตัดสินใจเกี่ยวกับกฎหมาย

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2558) ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติตัว และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

วชิระ เพ็งจันทร์ (2560) กล่าวว่า เป็น ความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูลและบริการทางด้านสุขภาพและตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และยั่งยืน

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) และทักษะทางสังคม (Social skills) ที่ประกอบด้วยความรู้ ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ในการเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และการตัดสินใจเลือกทำพฤติกรรมซึ่งได้มีการนำเสนอแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพหลากหลายดังนี้

Nutbeam (2000, 2008) “Conceptual model of health literacy as a risk” โดยเสนอหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความสามารถในการค้นหาและการรับข้อมูลสารสนเทศ 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Understand) ความสามารถในการทำความเข้าใจและอธิบายข้อมูลสารสนเทศนั้นได้ถูกต้อง 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ความสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธี การพูด การอ่าน เขียนเพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจ 4) การจัดการตนเอง (Self-management skill) ความสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอได้ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ความสามารถในการกำหนดทางเลือก ปฏิเสธ/ หลีกเลียง หรือเลือกโดยแนวคิดนี้แบ่งองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ประกอบด้วย

ระดับ 1 Functional health literacy คือ ทักษะความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่เพียงพอสำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพและนำความรู้นั้นไปใช้ในขอบเขตที่กำหนดกิจกรรม

ระดับ 2 Interactive health literacy คือทักษะความรู้เพิ่มขึ้นที่ช่วยให้แต่ละคนสามารถได้รับข้อมูลจากการสื่อสารรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่จากผู้ให้บริการสุขภาพ เช่นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และตอบโต้ได้อย่างมั่นใจมากขึ้น

ระดับที่ 3 Critical literacy คือทักษะการเรียนรู้ขั้นสูงสุดซึ่งสามารถนำไปใช้ร่วมกับทักษะทางสังคม (Social skill) ได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลนี้ในการดูแลสุขภาพและดูแลควบคุมสุขภาพตนเองให้คงอยู่ต่อเนื่อง

แนวคิดของ Edwards, Wood, Davies, and Edwards. (2012) “ The health literacy pathway model ” ประกอบด้วย 1) ความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) 2) ประสิทธิภาพในการสืบหาและ การใช้ข้อมูลสารสนเทศ (Active information seeking and use) 3) ประสิทธิภาพกับการสื่อสารผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively communicating with health professionals) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกในการรักษา (Seeking and negotiating treatment option) 6) การตัดสินใจ (Decision making) มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Influences on health literacy) และ 7) ผลลัพธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy outcomes)

โดยมีขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ 5 ขั้นคือ

ขั้นที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตนเอง โดยความรู้พื้นฐานจะเกิดขึ้น โดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือ เรื่องสุขภาพกับเพื่อนและครอบครัว การรับสื่อสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติ ด้านการความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงออกถึงความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหาและการใช้ข้อมูล และทักษะการจัดการตนเอง

ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษาการบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล

ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผลิตข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของทางเลือกในการรักษา หรือบางคนสามารถผลิตข้อมูลทางสุขภาพของตัวเอง หลังจากการพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการค้นหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง ที่ได้จากทักษะขั้นที่3 ซึ่ง

ก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพเพื่อเป็นทางเลือกและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป

ขั้นที่ 5 การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพในขั้นตอนนี้สร้างให้เกิดความเข้มข้นในการตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพโดยบุคคลที่มีพฤติกรรมในขั้นนี้จะมีพฤติกรรมจากขั้นที่ 1 ผ่านขั้นต่าง ๆ มาถึงขั้นที่ 5 อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนอาจมีการสลับกันได้

แนวคิดของ Sorensen et al. (2012) โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ซึ่งเป็นโมเดลที่มีการผสมผสานองค์ประกอบทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจากโมเดลของ Nutbeam (2000) และโมเดลของ Manganello (2008) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นอยู่ในมิติทางปัญญาในด้านความรู้ทางการแพทย์ (Medical health literacy) ที่ถูกพัฒนามาจากแนวคิดทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion theory and model) โดยชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นพลวัตรและกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ (The process of accessing, understanding, appraising and applying health-related information) ที่เริ่มต้นจาก 1) การเข้าถึง (Access) หมายถึงความสามารถในการค้นหาและรับข้อมูลสารสนเทศ 2) การเข้าใจ (Understand) หมายถึงความสามารถในการทำความเข้าใจและอธิบายข้อมูลสารสนเทศนั้นได้ถูกต้อง 3) การประเมิน (Appraise) หมายถึงความสามารถในการตีความ ถ่วงถ่วง ตัดสินข้อมูลที่รับมา และ 4) การนำข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพไปใช้ (Apply) ดังภาพที่ 2

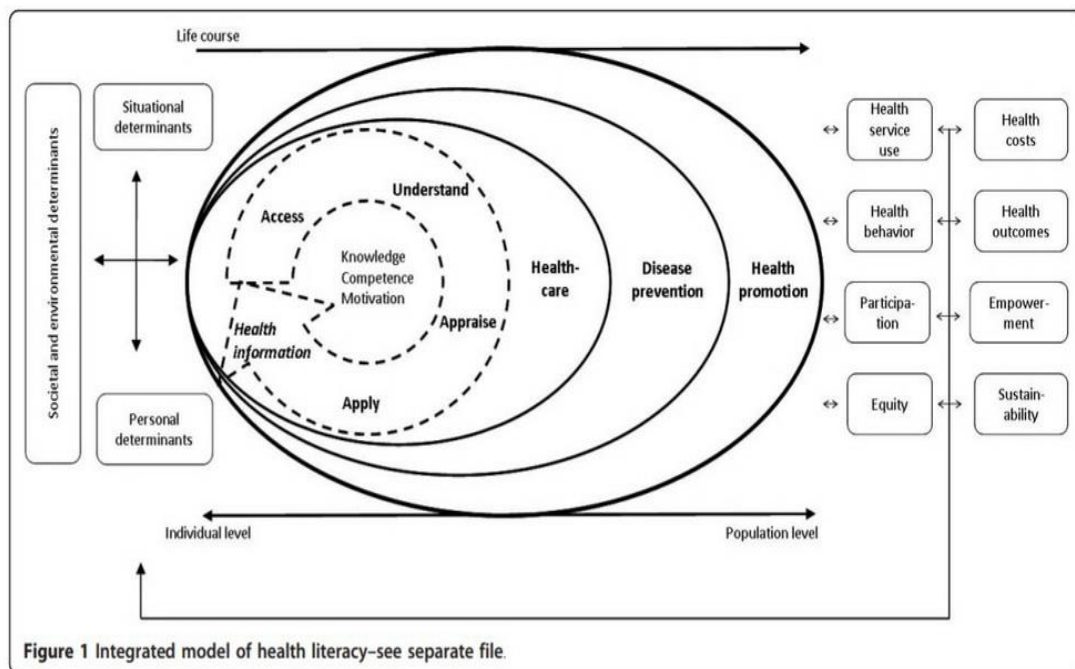


Figure 1 Integrated model of health literacy—see separate file.

ภาพที่ 2 โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy)
(Sorensen et al., 2013)

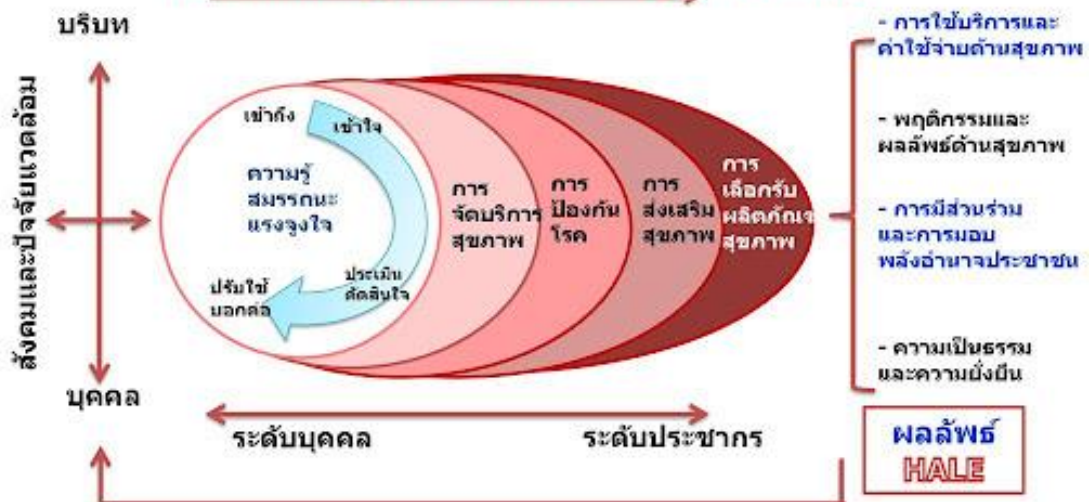
สำหรับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย (Conceptual model of health literacy, Thailand) เป็นโมเดล V shape 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้คำถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและบอกต่อ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้นำเสนอโมเดล ซึ่งได้ปรับปรุงจากโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen K et al. (2012) มาปรับใช้เชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกกลุ่มวัยและทุกมิติของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 3

CONCEPTUAL MODEL OF HEALTH LITERACY (ประเทศไทย)



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

เส้นทางชีวิต(Life Course Approach)



Source: Adapted from Sorenson K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(80):1-13.

ภาพที่ 3 Conceptual model of health literacy (ประเทศไทย) (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2563)

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for Thai adults) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยการใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis-[CFA]) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงเหตุผล (Structural equation model [SEM]) เริ่มต้นจากการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ ค.ศ. 1996-2013 จำนวน 29 เรื่อง ทำให้ได้อัตลักษณ์การวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับ ตามนิยาม Nutbeam (2008) และ Edward, wood, Davies, and Edwards (2012) คือ ระดับพื้นฐาน 1) ความรอบรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (Needed health knowledge and understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing with information and service) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพื่อ

เพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communicating for added professionals) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (Managing their health condition) ระดับวิจารณ์ญาณ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ (Getting media and information literacy) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making appropriate health decision to good practice) และนำแบบวัดไปตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัด รวม 4,401 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ Integrated model of health literacy ของ Sorensen et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) โดยคัดสรรปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และ 3) ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลการศึกษาโมเดลต่างประเทศ การทบทวนวรรณกรรม และการสำรวจข้อมูลในประเทศไทย รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำการศึกษาโมเดลแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ สามารถสรุปปัจจัยของความรู้ด้านสุขภาพแบ่งออก 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม มีดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ความรู้ ประกอบด้วย การรู้หนังสือทั่วไป (General literacy) เช่นการอ่านตัวเลข ความสามารถในการวิเคราะห์ การรู้หนังสือในเรื่องต่างๆ เช่น สื่อ สิทธิ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เป็นต้น

1.2 คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา สภาพร่างกาย

1.3 ความเชื่อ เจตคติ (Belief & attitude) และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk behavior)

1.4 ทักษะความสามารถส่วนบุคคล (Personal skill) ได้แก่ ทักษะในการเจรจาต่อรอง ทักษะการจัดการตนเอง ความสามารถในการประเมินสื่อสุขภาพ ความสามารถในการเลือก ตัดสินใจปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ

1.5 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพ เป็นประจำ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค (Change patterns of consumption) การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ (Changed health behaviors) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)

1.6 รูปแบบการใช้ชีวิต (Life style) ในการจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย (Manage of health & illness)

1.7 ระดับความเครียด (Stress level) และการจัดการความเครียด (Stress management)

1.8 สถานะสุขภาพ (Health status) และคุณภาพชีวิต (Quality of life)

1.9 การปรับปรุงโอกาสทางเลือก และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Improve health Outcomes, health outcomes, health choices and opportunities)

2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2.1 ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และ ประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-advocacy)

2.2 สิ่งแวดล้อม (Environment) ทางกายภาพในบ้านและครอบครัวที่เอื้อต่อการดูแล สุขภาพ

2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Patient provider interaction)

3. ปัจจัยระดับสังคม

3.1 การจัดระเบียบชุมชน (Community organizing) ได้แก่ การวางแผน การกำหนด เป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญ

3.2 ความเท่าเทียมกันทางด้านสังคมสุขภาพ และ โครงสร้างทางการเมือง (Social equalit in health and political structure)

3.3 การกระทำทางสังคมเพื่อการมีส่วนร่วมในหนทางประชาธิปไตยด้านสุขภาพ (Social action for health democratic participation)

3.4 การพัฒนา (Development) ได้แก่การพัฒนาความรู้ การพัฒนาชุมชนโดยให้ ชุมชนดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพโดยจัด โปรแกรมสุขศึกษา การพัฒนาองค์กร โดยจัดที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น และพัฒนานโยบายโดยใช้กฎหมาย นโยบายมีข้อบังคับให้ เกิดการบังคับใช้

3.5 การเข้าถึง และใช้บริการทางสุขภาพ (Access and used health care) ที่รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพ

3.6 การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมและการปฏิบัติ (Participation in changing social norms and practices)

3.7 การเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทางเลือก โอกาสทางสุขภาพ (Improved health outcome, health choices and opportunities)

3.8 ความยึดมั่นผูกพันในการกระทำทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Engagement in social action for health)

3.9 ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Health care cost)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัย โดยทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออก 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม ดังนี้

ปัจจัยระดับบุคคล

1. เพศ เป็นลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างกันทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย มีวิธีการเรียนรู้ การสื่อสารที่แตกต่างกันนอกจากนี้ยังมีความคิด ความรู้สึกนึกคิด การตอบสนอง ความต้องการที่แตกต่างกัน (Gray, 1992) จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน จากการศึกษาของ นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิศ ลิ้มวิจิตรวงศ์ และนิติยา ศิริแก้ว (2562) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\chi^2 = 24.83, df = 3, p < .001$) จากการศึกษาของ Yongbing et al. (2015 a) พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเพศชายสูงกว่าระดับเพศหญิง ($F = 3.522, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shibuya et al. (2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ในวัยผู้ใหญ่ ประเทศญี่ปุ่นพบว่า เพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง ($p < .001$)

2. อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงพัฒนาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลทั้งการสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์ แยกแยะ และตัดสินใจ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในช่วงผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพด้วย (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2554) จากการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ภิรณา เต๋ออาร์ักษ์, สายัณห์ ปัญญาทรง และ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ (2563) พบว่า คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำเป็น 1.79 เท่าของคนที่มี

อายุน้อยกว่า 60 ปี (95 % CI= 1.07-3.05; $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ แร่ทอง (2562) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 302ส ที่ระดับ นัยสำคัญ .05 ($p = .026$) โดยอสม.ที่มีอายุ 15-45 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ร้อยละ 66.67 และอายุ ≥ 46 ปีขึ้นไปมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 60.68 และการศึกษาของ สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ (2562) พบว่า ฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุ เพิ่มขึ้นคะแนนความฉลาดทางสุขภาพจะน้อยลง ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจึงมีความเข้าใจการเข้าถึงหรือการ ค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพรวมถึงการสื่อสารกับบุคคลอื่นมีการตัดสินใจที่เหมาะสมการจัดการ สุขภาพของตนเองและความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ($r = -.096, p = .039$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Joveini, Rohban, Askarian, Masherri, and Hashemian (2019) ที่ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางประชากรที่เกี่ยวข้องในผู้ใหญ่อายุ 18-65 ปีในบาร์ดาสถาน ประเทศอิหร่าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chajae, Pirzadeh, Hasanzadeh, and Mostafavi (2018) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในในจังหวัด อีสฟาฮัน ประเทศอิหร่าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.354, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Berens et al. (2016) ศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอายุต่างๆ ใน ประเทศเยอรมนี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ระดับความรู้ด้านสุขภาพจะลดลงเมื่ออายุ เพิ่มมากขึ้น ($p < .05$) กลุ่มอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพได้แก่อายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 47.3) และอายุ 65 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 66.4)

3. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงระดับและความสามารถในการรับรู้ การเข้าถึง ข้อมูลและการจัดการปัญหาต่าง ๆ นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาสูงสุดที่ได้รับ (คุรุสภา, 2546) ซึ่งระดับ การศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพ และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี (สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย, 2561) จากการศึกษาของ Xie et al. (2019) ศึกษาปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ของภาคกลางประเทศจีนพบว่าระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ($r = .615, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chajae et al. (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .202, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bodur et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรู้หนังสือของผู้ใหญ่ในเมืองคอนยา ประเทศตุรกีพบว่า ระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพแตกต่างกัน ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yongbing et al. (2015 a) พบว่า ระดับ

การศึกษาเป็นหนึ่งในปัจจัยบวกที่สำคัญที่สุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูงมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ พวกเขาสามารถรับข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของพวกเขาจากข้อมูลมากมาย นอกจากนี้พวกเขาสามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในการศึกษาปัจจุบันระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นเมื่อระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น ($F = 10.354, p < .001$) ดังนั้นระดับการศึกษา จึงสามารถมีอิทธิพลและร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในทุกด้าน ($r = .067, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mollakhalili et al. (2014) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยิ่งระดับการศึกษาสูงขึ้นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยิ่งสูงขึ้น ($r = .614, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haerian et al. (2015) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ในเมืองยาสด ประเทศอิหร่าน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .247, p < .001$)

4. รายได้ เป็นผลตอบแทนที่บุคคลได้รับจากการประกอบอาชีพ การจ้างงานในรูปแบบของค่าจ้างเงินเดือน และสวัสดิการ ซึ่งรายได้เป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพ ผู้มีรายได้สูง สามารถเข้าถึง อินเทอร์เน็ต บริการข้อมูลทางสุขภาพ และเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ได้มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพดี (สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย, 2561) ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Xie et al. (2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ของภาคกลางประเทศจีน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.277, p < .05$) และการศึกษาของ Bodur et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรู้หนังสือของผู้ใหญ่ในเมืองคอนยา ประเทศตุรกี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้แตกต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ($p < .05$) รวมทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yongbing et al. (2015 a) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($F = 3.576, p < .001$) และการศึกษาของ วรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา (2561) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับ ความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคม ที่ดีกว่าเปิดโอกาสและการรับรู้ด้านสุขภาพการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทำให้มีแนวโน้มมีความฉลาดทางสุขภาพที่ดี ($r = .191, p < .001$)

5. ความเครียด เป็นภาวะจิตใจของบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความกังวลใจ สับสนและไม่แน่ใจในพฤติกรรมของตนเอง ทำให้จิตเกิดกลไกการป้องกันตนเองมาใช้ (Roger, 1951) และเมื่อเกิดความเครียด กลไกทางจิตอาจเกิดเป็นอารมณ์ทางบวก โดยมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความกระตือรือร้น ความตื่นตัวเรียนรู้และแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ วิธีการเพื่อ

เอาชนะภัยสุขภาพของตนเองได้ (Lazarus, 1984) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Nakamura-Taira et al. (2018) ได้ศึกษาการประเมินความเครียดและความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของภาวะซึมเศร้าในคนงานญี่ปุ่น พบว่า ความเครียดและพฤติกรรมจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายว่า ผู้ที่มีความเครียดต่ำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ อาจเกิดจากผู้ที่มีความเครียดต่ำไม่สนใจค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้นจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีความเครียดสูง

6. เจตคติต่อการป้องกันโรค เป็นความรู้สึกนึกคิดมีทั้งเชิงบวกหรือเชิงลบ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลนั้นๆต่อบุคคลอื่น ต่อวัตถุ ต่อสิ่งของ หรือสถานการณ์ โดยบุคคลสามารถเรียนรู้หรือจัดการได้จากประสบการณ์ ซึ่งเป็นเรื่องของความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่แตกต่างกันออกไปในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Gibson, 2000) ถ้าบุคคลมีความรู้สึกถึงอันตรายด้านสุขภาพของตนเอง บุคคลนั้นจะแสวงหาความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร หรือวิธีทางสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายที่คุกคามสุขภาพของตนเอง (Roger, 1996) จากการศึกษาของ Morris et al. (2013) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติ ความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีเจตคติไม่ดีจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และจะทำให้เกิดป้องกันโรคแตกต่างจากผู้ที่มีเจตคติดี ($p < .001$) และจากการศึกษาของ Sobral and Cunha (2019) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเจตคติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี จะมีเจตคติด้านสุขภาพดี รวมทั้งการศึกษาของ Yun et al. (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อการป้องกันโรค: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิดด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทักษะคิดด้านสุขภาพ โดยพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีทักษะคิดด้านสุขภาพเชิงลบ

ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและ ผู้ให้บริการ เป็นการมีความสัมพันธ์กันบุคคลมีลักษณะไม่คงตัว มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลให้บุคคลมีความเข้มแข็งหรืออ่อนแอ ซึ่งการใกล้ชิดระหว่างบุคคลทำให้บุคคลมีความรู้สึกแข็งแกร่งและมั่นคง (Sullivan, 1953) ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริม สนับสนุน ผู้รับบริการให้เกิดการหยั่งรู้ปัญหาด้านสุขภาพ จนกระทั่งสามารถแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้ (Peplau, 1952) จากการศึกษาของ Chu and Tseng (2013) ได้ศึกษาการได้รับความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารจากคัดแพทย์กระดูกส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประเทศจีน พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การความเห็นใจ การเอาใจใส่และข้อมูล

ก่อนผ่าตัดจากแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้เกียรติผู้ป่วย การเอาใจใส่อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ข้อมูลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inoue et al. (2013) ศึกษาผลกระทบของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารต่อความเข้าใจในการดูแลโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความชัดเจนของคำอธิบายของแพทย์นั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้าใจในการดูแลโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = 0.272$ และ 0.255 ตามลำดับ, $p < .001$) การศึกษาของ Kripalani et al. (2010) ศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพและคุณภาพการสื่อสารของแพทย์และผู้ป่วยระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีปัญหาในการสื่อสารกับความเข้าใจศัพท์ทางการแพทย์ ($M = 2.92$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความรู้สุขภาพระดับเพียงพอ ($M = 3.68$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอจะมีข้อมูลและให้ความสนใจในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($M = 2.27$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำ ($M = 1.51$) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ มีทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ แตกต่างกับผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอจะอ้างว่ารู้สึกสับสนในข้อมูลการดูแลทางการแพทย์ เพราะแพทย์ไม่ได้อธิบายการดูแลตนเองที่ดี ($M = 2.51$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 1.83, p < .05$)

ปัจจัยระดับสังคม

การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลที่ไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้าถึงบริการ มีความเพียงพอของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งข้อมูลดูแลสุขภาพ (Persingger, 2000) และบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการดูแลในระบบสุขภาพ (Rosen, Florin, & Dixon, 2001) สถานบริการสาธารณสุขทุกพื้นที่ มีการให้บริการ การคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง และมีการจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ การจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ข) ซึ่งทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nekoei-Moghadam, Parva, and Baneshi (2013) ได้ศึกษาผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ($p < .001$)

สรุปได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลากหลายปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรค ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ที่มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่อาศัยในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท และต้องไม่มีการเจ็บป่วยโรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง หรือโรคไตวาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีจำนวน 5,755 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชาติ, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่อาศัยในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท และต้องไม่มีการเจ็บป่วยโรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง หรือโรคไตวาย จำนวน 214 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ระดับ .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .20 เนื่องจากกลุ่ม

อย่างในการวิจัยทางการพยาบาลที่ผ่านมามีอิทธิพล (Effect size) ประมาณ.20 (Polit & Beck, 2017) หลังจากนั้นนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Beck (2017) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 194 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้จำนวน 20 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 214 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดพื้นที่กลุ่มตัวอย่างสำหรับดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอำเภอ นาคี มีทั้งหมด 6 ตำบล ประกอบด้วย ลำพันตา นาคี สะพานหิน หุ่นโพธิ์ แก่งดินสอ และบุพราหมณ์ ซึ่งแต่ละตำบลเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้านสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ภาษา อาชีพ

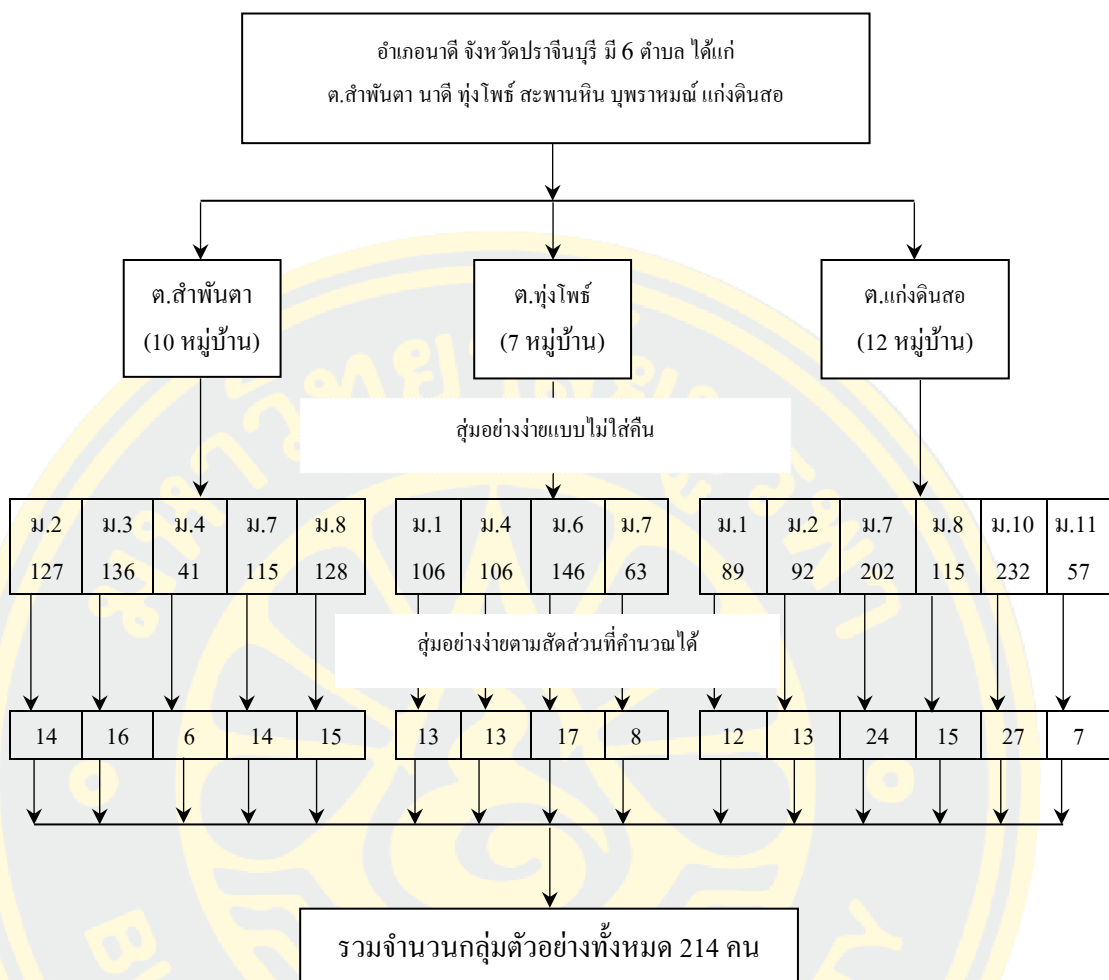
ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตำบลตัวอย่าง อย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) มาร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งหมด ได้ 3 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลลำพันตา มีจำนวน 10 หมู่บ้าน ตำบลหุ่นโพธิ์ มีจำนวน 7 หมู่บ้าน และตำบลแก่งดินสอ มีจำนวน 12 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกหมู่บ้านตัวอย่าง อย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) มาร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดของแต่ละตำบล ได้ ตำบลลำพันตา 5 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 1 บ้านห้วย หมู่ 2 บ้านคลองชุมพล หมู่ 3 บ้านแห่ หมู่ 4 บ้านแก้ง หมู่ 8 บ้านทุ่งสามัคคี ตำบลหุ่นโพธิ์ 4 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 1 บ้านแหลมไผ่ หมู่ 4 บ้านคลองตาหมื่น หมู่ 6 บ้านคลองปลาตุกลาย หมู่ 7 บ้านสหกรณ์นิคม ตำบลแก่งดินสอ 6 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 1 บ้านท่าสะดือ หมู่ 2 บ้านทับไทร หมู่ 4 บ้านนุกกล้วย หมู่ 7 บ้านเขาขาด หมู่ 10 บ้านคลองมะไฟ หมู่ 11 บ้านอ่างทอง

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนที่คำนวณได้ นำรายชื่อจากทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละหมู่บ้าน โดยสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling without replacement) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านทั้งสิ้น 214 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ลำดับที่	ตำบล/ หมู่บ้าน	จำนวนประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตำบลลำพันตา			
1	หมู่ 2 บ้านคลองชุมพล	127	14
2	หมู่ 3 บ้านแห่	136	16
3	หมู่ 4 บ้านแก้ง	41	6
4	หมู่ 7 บ้านหนองแห่น	115	14
5	หมู่ 8 บ้านทุ่งสามัคคี	128	15
ตำบลทุ่งโพธิ์			
6	หมู่ 1 บ้านแหลมไผ่	106	13
7	หมู่ 4 บ้านคลองตาหมื่น	106	13
8	หมู่ 6 บ้านคลองปลาตุกลาย	146	17
9	หมู่ 7 บ้านนิคมสหกรณ์	63	8
ตำบลแก่งดินสอ			
10	หมู่ 1 บ้านท่าสะอาด	89	12
11	หมู่ 2 บ้านทับไทร	92	13
12	หมู่ 7 บ้านเขาขาด	202	24
13	หมู่ 8 บ้านหินเทิน	115	15
14	หมู่ 10 บ้านคลองมะไฟ	232	27
15	หมู่ 11 บ้านอ่างทอง	57	7
รวม		1,755	214



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการเป็นประจำ แหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเครียด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะความรู้สึกลดดัน ความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล จนเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามมา

ได้แก่ นอนไม่หลับ สมาธิน้อยลง หงุดหงิด ภาวะจนกระทั่งรู้สึกเบื่อเซ็ง ไม่อยากพบปะผู้คนภายใน 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา โดยใช้แบบสอบถาม ST-5 ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปกิจ (2551) ซึ่งกรมสุขภาพจิตนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้แก่ เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี	0 คะแนน
เป็นบางครั้ง	1 คะแนน
เป็นบ่อยครั้ง	2 คะแนน
เป็นประจำ	3 คะแนน

การแปลผล ถ้าคะแนนมาก หมายถึง มีความเครียดมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความเชื่อ ความรู้สึก ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของ นุจรี อ่อนสิน้อย และคณะ (2560) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 โดยแบบสัมภาษณ์มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Linkert scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนน 10-40 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับรู้ ที่เกิดขึ้นจากความเกี่ยวข้องกันหรือได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของ พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์ (2553) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 โดยแบบ

สัมภาษณ์ มีลักษณะมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ คะแนน 8-40 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

จริงที่สุด 5 คะแนน

จริง 4 คะแนน

จริงบ้าง 3 คะแนน

จริงน้อย 2 คะแนน

จริงน้อยที่สุด 1 คะแนน

ความหมายของคะแนน

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมากที่สุด

จริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านมาก

จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง

จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อย

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับข้อเท็จจริงของท่านน้อยที่สุด

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับรู้ ถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการอยู่เป็นประจำ เกี่ยวกับความพอใจ คุณภาพ ความสะดวกรวดเร็วของบริการ ค่าใช้จ่าย การเดินทางมายังสถานบริการของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงจากแบบสอบถาม การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการของ พิธือ เขียวแก้ว (2553) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากการประยุกต์แนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 โดยแบบสอบถามมีลักษณะมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ คะแนน 13- 65 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามเชิงบวก

ข้อคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5 คะแนน

1 คะแนน

เห็นด้วย

4 คะแนน

2 คะแนน

ไม่แน่ใจ

3 คะแนน

3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย

2 คะแนน

4 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1 คะแนน

5 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ มาก

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความสามารถทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถเลือกปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดมาจากพฤติกรรมเสี่ยงตามหลัก 3 อ 2 ส ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ สุรา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของคนไทย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) พัฒนาโดย พัฒนาโดย Intarakamhang and Kwanchuen (2016). พัฒนามาจากการการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) และ Edwards and Edwards (2012) มี 8 ตอน มีข้อคำถาม 44 ข้อและมีเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย รัชชนก ขุมทอง (2560) ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์วัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตน ความสามารถทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถเลือกปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดมาจากพฤติกรรมเสี่ยงตามหลัก 3 อ 2 ส ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ สุรา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .61 ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบวัดแบบเลือกตอบข้อที่ถูกต้อง (Multiple choice) มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ คะแนน 0-6 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนช่วง 0.00-3.59 แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง

คะแนนช่วง 3.60-4.19 แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจถูกต้องบ้าง

คะแนนช่วง 4.20-4.79 แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจถูกต้อง

คะแนนช่วง 4.80-6.00 แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจถูกต้องที่สุด

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมาก

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความถี่ในการเข้าถึงข้อมูลและการบริการข้อมูลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (3อ. 2ส.) ของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 โดยแบบสัมภาษณ์มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ มีข้อคำถาม 5 ข้อ คะแนน 0-20 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 คะแนน

การแปลผล

ระดับไม่ดี	0-11 คะแนน
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน
ระดับดี	16-20 คะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ดี

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความถี่ในการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (3อ. 2 ส.) ของตนเอง ความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 โดยแบบสัมภาษณ์มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ มีข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนน 0-24 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	4 คะแนน	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	1 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผล

ระดับไม่ดี	0-14 คะแนน
ระดับปานกลาง	15-19 คะแนน
ระดับดี	20-24 คะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ดี

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความถี่ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่ม

แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (3อ. 2ส.) ของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ มีข้อคำถาม 5 ข้อ คะแนน 0-20 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 คะแนน

การแปลผล

ระดับไม่ดี	0-11 คะแนน
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน
ระดับดี	16-20 คะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพดี ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรู้เท่าทันสื่อและการสื่อสารสนเทศ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศทางสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสื่อสารสนเทศ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (3อ. 2 ส.) ของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ มีข้อคำถาม 5 ข้อ คะแนน 0-20 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 คะแนน

การแปลผล

ระดับไม่ดี	0-11 คะแนน
ระดับปานกลาง	12-15 คะแนน
ระดับดี	16-20 คะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ดี
 ตอนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหา
 เกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่ม
 แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (3อ. 2ส.) ของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67 ลักษณะการวัดเป็น
 แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติตนถูกต้องที่สุด ปฏิบัติตนถูกต้อง
 ปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง มีข้อคำถาม 2 ข้อ คะแนน 2-8 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	คำถามข้อ 1	คำถามข้อ 2
ตอบข้อ ก	1 คะแนน	4 คะแนน
ตอบข้อ ข	2 คะแนน	3 คะแนน
ตอบข้อ ค	3 คะแนน	1 คะแนน
ตอบข้อ ง	4 คะแนน	2 คะแนน
การแปลผล		
ระดับไม่ดี	0.0-5.0 คะแนน	
ระดับปานกลาง	5.1-6.0 คะแนน	
ระดับดี	6.1-8.0 คะแนน	

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเลือกตัดสินใจปฏิบัติตน ดี
 ตอนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหา
 เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมกิจกรรม การทำกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร
 การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (3อ. 2 ส.) ของตนเอง มีค่าความ
 เชื่อมั่นเท่ากับ .87 ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ
 ทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ มีข้อคำถาม 5 ข้อ มี
 คะแนน 0-20 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	
ปฏิบัติทุกครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 คะแนน
การแปลผล	
ระดับไม่ดี	0-11 คะแนน

ระดับปานกลาง 12-15 คะแนน

ระดับดี 16-20 คะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ดี

ตอนที่ 8 แบบสัมภาษณ์การดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (30. 2ส.) และการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนน 0-40 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง (6-7 วัน/ สัปดาห์)	4 คะแนน	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-5 วัน/ สัปดาห์)	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง (3 วัน/ สัปดาห์)	2 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/ สัปดาห์)	1 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	0 คะแนน	4 คะแนน
การแปลผล		
ระดับไม่ดี	0-24 คะแนน	
ระดับปานกลาง	25-32 คะแนน	
ระดับดี	33-40 คะแนน	

คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดี การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละด้าน ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตน

ช่วงคะแนน	ระดับ
0-3.6	ไม่ดี
3.7-4.8	ถูกต้อง
4.9-6.0	ดีมาก

2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ

ช่วงคะแนน	ระดับ
0*-11	ไม่ดี
12-15	ปานกลาง

16-20	ดี
3. การสื่อสารเพิ่มความสามารถทางสุขภาพ	
ช่วงคะแนน	ระดับ
0-14	ไม่ดี
15-19	ปานกลาง
20-24	ดี
4. การจัดการเงื่อนไขสุขภาพตนเอง	
ช่วงคะแนน	ระดับ
0-11	ไม่ดี
12-15	ปานกลาง
16-20	ดี
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	
ช่วงคะแนน	ระดับ
0-11	ไม่ดี
12-15	ปานกลาง
16-20	ดี
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	
ช่วงคะแนน	ระดับ
0-4.7	ไม่ดี
4.8-6.3	ปานกลาง
6.4-8.0	ดี
7. การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ	
0-11	ไม่ดี
12-15	ปานกลาง
16-20	ดี
8. การดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันความดันโลหิตสูง	
0-23	ไม่ดี
24-31	ปานกลาง
32-40	ดี

9. คะแนนภาพรวม	
0-94.7	ไม่ดี
94.8-126.3	ปานกลาง
126.4-158.0	ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความเครียด แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของคนไทย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของ กองสุขาภิบาลศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) โดยเครื่องมือวิจัยเหล่านี้ได้รับการพัฒนามาเรียบร้อยแล้วโดยมีการความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขาภิบาลศึกษา ทางด้านการวัดผลพฤติกรรม และทางการแพทย์ และนำแบบวัดที่ปรับแก้เนื้อหาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-59 ปี ซึ่งผู้วิจัยไม่มีการปรับปรุงหรือดัดแปลง ดังนั้นจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

สำหรับแบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และแบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ มีความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำไปผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 1 ท่าน แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (David, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยแบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา 3 ตำบล แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ตำบลนาดี

ตำบลสะพานหิน ตำบลนุพราหมณ์ จำนวน 30 ราย แล้วนำค่าที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป (Cronbach, 1951 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87
2. แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87
3. แบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95
4. แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79
5. แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิต 8 ตอน
 - 5.1 แบบสัมภาษณ์วัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71
 - 5.2 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88
 - 5.3 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81
 - 5.4 แบบสัมภาษณ์การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89
 - 5.5 แบบสัมภาษณ์การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97
 - 5.6 แบบสัมภาษณ์การเลือกการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนที่ถูกต้อง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71
 - 5.7 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97
 - 5.8 แบบสัมภาษณ์การดูแลพฤติกรรมและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา แล้ว โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาต

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ตำบลลำพันตา ตำบลทุ่งโพธิ์ ตำบลแก่งดินสอ

3. ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภออนาคี จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้ เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำพันตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกระเจง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งโพธิ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองตาหมื่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าสะตือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินเทิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขาด ที่รับผิดชอบกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลานัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในการดำเนินการเก็บข้อมูลมีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ตามมาตรการของภาครัฐ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องผ่านการคัดกรองความเสี่ยงโรค COVID-19 โดยการประสานเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มตัวอย่างช่วยทำการคัดกรอง จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันโรค COVID-19 ประกอบด้วย หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล สำหรับกลุ่มตัวอย่าง คัดกรองด้วยการตรวจวัดอุณหภูมิ ชักประวัติเสี่ยง COVID-19 ตามแบบคัดกรองของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออนาคี มีการจัดสถานที่ผ่านการทำความสะอาด ถ่ายเทอากาศได้ดี ถูกต้องตามหลักการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อโรค ขณะนั่งรอเข้ารับการสัมภาษณ์ โดยมีการจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งเก้าอี้ให้มีระยะห่าง 2 เมตร การสัมภาษณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าห้องเพียงครั้งละ 1 ท่าน นั่งให้มีระยะห่าง 2 เมตร โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง การตอบแบบสัมภาษณ์ใช้เวลาการตอบ 20-30 นาที

3. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อะไรวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิจัยเสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 069/ 2563 หลังจากนั้นได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วม การวิจัยในครั้งนี้เป็นไปได้ด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในการตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการใส่ชื่อและนามสกุลจริง แต่ ใส่รหัสแทน กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระในการให้ข้อมูล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ และแม้เข้าร่วมวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการให้บริการของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ทุกอย่างเป็นความลับ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย และอภิปรายข้อมูลรายงานการวิจัยเป็นภาพรวม เพื่อเป็นค่าสถิติเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษา เท่านั้น หลังจากสิ้นสุดการศึกษาข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากการตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วนำมาให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) สำหรับปัจจัยหรือตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบช่วง (Interval scale) และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient) สำหรับปัจจัย

หรือตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่ เพศ ซึ่งได้ทำการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยกำหนดค่าของเพศชาย เท่ากับ 0 และเพศหญิง เท่ากับ 1

โดยก่อนการวิเคราะห์มีการตรวจสอบให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ สหสัมพันธ์ (Pearson product-moment correlation coefficient) ดังนี้

1. ข้อมูลมีลักษณะการวัดแบบมาตราอันดับหรือมาตราอัตราส่วน
2. ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติอย่างน้อย 1 ตัวแปร และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
3. ข้อมูลในแต่ละชุดจะต้องมีความเป็นอิสระต่อกัน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้เป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.21 ปี ($SD = 11.94$) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.8 สำเร็จการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.3 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.5 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.4 รองลงมาพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 22.4 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.3) มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,648.50 บาท ร้อยละ 55.6 ใช้บริการเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นประจำ ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 45.8 รองลงมาโทรศัพท์มือถือ/อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 30.4 และโทรทัศน์/วิทยุ/ หอกระจายข่าว ร้อยละ 18.2 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 214$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	48.1
หญิง	111	51.9
อายุ (ปี)		
≤ 40	71	33.2
41-50	58	27.1
≥ 51	85	39.7
(Min = 18, Max = 59, $M = 44.21$, $SD = .11.94$)		
ศาสนา		
พุทธ	210	98.1
คริสต์	3	1.4
อิสลาม	1	0.5
สถานภาพสมรส		
คู่	143	66.8
โสด	61	28.5
หม้าย/ หย่า/ แยก	10	4.7
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	97	45.3
ชั้นมัธยมศึกษา	91	42.5
อนุปริญญา/ ปวส.	9	4.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	17	8.0
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	65	30.4
เกษตรกรกรรม	38	17.8
พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม	48	22.4
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ข้าราชการเมืองท้องถิ่น	27	12.6

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	22	10.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	6.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
≤ 10000	144	67.3
10001-20000	56	26.2
≥ 20001	14	6.5
(Min = 0, Max = 80,000, M = 10,648.50, SD = 11,237.46)		
สถานบริการสาธารณสุขใช้บริการเป็นประจำ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	119	55.6
โรงพยาบาลของรัฐบาล	88	41.2
คลินิกเอกชน	5	2.3
โรงพยาบาลเอกชน	2	0.9
แหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	98	45.8
โทรศัพท์มือถือ/ อินเทอร์เน็ต	65	30.4
โทรทัศน์/ วิทยุ/ หอกระจายข่าว/ ป้ายประชาสัมพันธ์	39	18.2
อาสาสมัครสาธารณสุข	12	5.6

ส่วนที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 87.23$, $SD = 21.92$) เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ($M = 4.47$, $SD = 1.24$) มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดี ($M = 6.43$, $SD = 1.45$) มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.07$, $SD = 4.41$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 10.80$, $SD = 3.56$) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($M = 10.13$, $SD = 5.01$) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง

($M = 10.07$, $SD = 4.83$) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($M = 9.32$, $SD = 5.17$) และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($M = 22.86$, $SD = 5.29$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน และภาพรวม ($n = 214$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตน (6 คะแนน)	4.47	1.24	ถูกต้อง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (20 คะแนน)	10.80	3.56	ไม่ดี
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (24 คะแนน)	10.13	5.01	ไม่ดี
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (20 คะแนน)	10.07	4.83	ไม่ดี
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (20 คะแนน)	13.07	4.41	ปานกลาง
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (8 คะแนน)	6.43	1.45	ดี
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (20 คะแนน)	9.32	5.17	ไม่ดี
การดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันความดันโลหิตสูง (40 คะแนน)	22.86	5.29	ไม่ดี
ภาพรวม	87.23	21.92	ไม่ดี

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติ (Assumption) ดังนี้

1.1 ข้อมูลมีลักษณะการวัดแบบช่วง Interval scale/ ratio scale

1.2 ตัวแปรต้นมีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่ เพศ ได้ทำการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยกำหนดค่าของเพศชาย เป็น 0 และเพศหญิง เป็น 1 วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient)

1.3 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) อย่างน้อย 1 ตัวแปร พิจารณาจากค่า Fisher skewness coefficient และค่า Fisher kurtosis coefficient ซึ่งมีค่าไม่เกิน +/- 1.96 (สำหรับ $\alpha = .05$) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

1.4 ตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง จากการทำ Scatter plot

1.5 ตัวแปรทุกตัวเป็นอิสระต่อกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ ($r = .138, p < .05$) รายได้ ($r = .202, p < .05$) ความเครียด ($r = .427, p < .001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ให้บริการ ($r = .242, p < .001$) และการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ ($r = .242, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ ($r = .090, p = .191$) ระดับการศึกษา ($r = .001, p = .988$) และเจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = -.086, p = .208$) รายละเอียด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 214$)

ปัจจัยที่ศึกษา	<i>r</i>	<i>p</i> -value
เพศ ^(b)	.138	.044
อายุ	.090	.191
ระดับการศึกษา	.001	.988
รายได้	.202	.003
ความเครียด	.427	< .001
เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	-.086	.208
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ	.242	< .001
การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ	.242	< .001

หมายเหตุ: ^(b) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation coefficient

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์การวิจัยในการวิจัยแบบศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 214 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความเครียด แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point bi-serial correlation coefficient) ซึ่งผลการศึกษารูปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.21 ปี ($SD = 11.94$) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 66.8 สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.3 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.5 มีอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.4 รองลงมาพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 22.4 ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 (ร้อยละ 67.28) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,648.50 บาท ส่วนใหญ่รับบริการเป็นประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 55.60 ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 45.8 รองลงมาโทรศัพท์มือถือ/ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 30.4 และโทรทัศน์/ วิทยุ/ หอกระจายข่าว ร้อยละ 18.2
2. ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 87.23, SD = 21.92$)
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ ($r = .138, p < .05$) รายได้ ($r = .202, p < .05$)

ความเครียด ($r = .427, p < .001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ให้บริการ ($r = .242, p < .001$) และการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ ($r = .242, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ ($r = .090, p = .191$) ระดับการศึกษา ($r = .001, p = .988$) และเจตคติ ต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = -.086, p = .208$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมของกลุ่ม ตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดี ($M = 87.23, SD = 21.92$) เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพพราย ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ($M = 4.47, SD = 1.24$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแบบสัมภาษณ์การวัดความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ ที่กลุ่มตัวอย่าง ทราบได้ จากสื่อสุขภาพทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามนโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2562) มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดี ($M = 6.43, SD = 1.45$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแบบสัมภาษณ์มีการวัดเพียงการตัดสินใจเพียง 2 ด้าน ได้แก่การจัดการ ความเครียด และการสูบบุหรี่ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ($M = 10.80, SD = 3.56$) ส่วนใหญ่มีปัญหาในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่ง ต่าง ๆ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($M = 10.13, SD = 5.01$) ไม่ค่อยเข้าใจ เนื้อหาจากการฟังคำแนะนำ อ่านเอกสารไม่ค่อยเข้าใจ ไม่สามารถเล่าเรื่องการปฏิบัติตนให้ผู้อื่นฟังได้ และไม่ได้รับความช่วยเหลือให้สามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ของตนเอง ($M = 10.07, SD = 4.83$) ไม่สามารถออกกำลังกายตามเป้าหมายที่วางไว้ และไม่ทบทวนวิธี ปฏิบัติตนตามที่ตั้งใจไว้ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($M = 13.07, SD = 4.41$) มากกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่สามารถวิเคราะห์เนื้อหา ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และแลกเปลี่ยน พูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับ แนวทางตามหลักปฏิบัติตน ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($M = 9.32, SD = 5.17$) ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนสุขภาพ และกำหนดมาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพชุมชน และ ด้านการดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($M = 22.86, SD = 5.29$) รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอดหรือกะทิ รับประทานอาหารรสเค็มหรือหวานจัดหรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่ม ไม่ควบคุมอาหารไม่คำนึงถึงประโยชน์ของอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกาย และไม่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลฎาภา ทานาค, รักชนก

คชไกร และยุพา จิวพัฒนากุล (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรอบรู้ด้านกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.8 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.1

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภออนาคี จังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่ เพศ รายได้ ความเครียด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ให้บริการ และการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ

2.1 เพศ

เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ($r = .138, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน พบว่าเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดสรีระวิทยาของเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันเพศชายมีร่างกายที่แข็งแรงมากกว่าเพศหญิง (Roasldo, Lamphere, & Bamberger, 1974) จึงส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของตนจึงไม่มีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Becker, 1974) และเข้ารับบริการในระบบสุขภาพต่ำกว่าเพศหญิง (อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, อภิชัย วรรณนะพิศิษฐ์ และรัตติยา อักษรทอง, 2560) จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Caylan, Yayla, Oztora Nezhil, and Dagdeviren (2016) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ พบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย การศึกษาของ Ansari et al. (2016) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Lee, Lee, and Kim (2015) ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศในการรู้หนังสือเรื่องสุขภาพในผู้ใหญ่เกาหลี พบว่า ผู้หญิงเกาหลีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

2.2 รายได้

รายได้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .202, p < .05$) โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากซึ่งรายได้เป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพ ผู้มีรายได้สูง สามารถเข้าถึง อินเทอร์เน็ต บริการข้อมูลทางสุขภาพ และเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพดี (สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกานต์ แสนรักษ์, สมคิด จูหว่า และทวิวรรณ ศรีสุขคำ (2563) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ ($p < .001$) การศึกษาของ Buyuksireci and Demirsoy (2021) ที่ศึกษา ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย fibromyalgia เพศหญิงและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพกับดำเนินของโรค พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.416, p < .05$) การศึกษาของ Xie et al. (2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ของภาคกลางประเทศจีน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.277, p < .05$) การศึกษาของ เทพไทย โชติชัย และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า คนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตในระดับต่ำเป็น 2.53 เท่าของคนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาทขึ้นไป (95% CI = 1.38-4.82; $p < .001$) การศึกษาของ Piamsiri, Kaweevivithchai, and Neelapaichit (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ที่มีรายได้ระดับสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับรายได้ต่ำ ($X^2 = 37.319, p < .001$) และการศึกษาของ Ansari et al. (2016) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มผู้มีรายได้ต่อเดือนในระดับสูงในประเทศอิหร่านสามารถรับรู้ข้อมูลมากกว่าผู้ที่มีรายได้ระดับต่ำและเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ระดับต่ำ ($p < .001$)

2.3 ความเครียด

ความเครียด มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .427, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งความเครียด กลไกทางจิตอาจเกิดเป็นอารมณ์ทางบวก โดยมีความหวัง ความเชื่อมั่น ความกระตือรือร้น ความตื่นตัวเรียนรู้และแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ วิธีการเพื่อเอาชนะภัยสุขภาพของตนเองได้ (Lazarus, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakamura-Taira et al. (2018) ที่ศึกษาการประเมินความเครียดและความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของภาวะซึมเศร้าในคนงานญี่ปุ่น พบว่า ความเครียดและพฤติกรรมจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายว่า ผู้ที่ความเครียดต่ำ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ อาจเกิดจากผู้ที่มีความเครียดต่ำไม่สนใจค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้นจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีความเครียดสูง

2.4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .242, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานซึ่งผู้

ให้บริการในพื้นที่ประกอบด้วย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจาก การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะเข้าไปใช้บริการสุขภาพและการโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง จนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Passche-Orlow & Wolf, 2007) นอกจากนี้ผู้ใช้บริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารสามารถปลอดภัยกับผู้ป่วย พยาบาลควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชนทั่วไปผ่านกระบวนการการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้เมื่อกลับบ้านได้ (วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ Storms, Aertgeets, Vandenabeele, and Claes (2016) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยกับแพทย์ในประเทศเบลเยียม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์มีระดับความรอบรู้สูงขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ การศึกษาของ Vaughn, Hadden, and Doolittle (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพจะใช้เวลารับรู้กับผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพต่ำ ทำให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีความพึงพอใจกับผู้ให้บริการมากขึ้น รู้สึกว่าผู้ให้บริการสื่อสารอย่างเพียงพอ และการศึกษาของ Palumbo (2015) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย HIV พบว่า ที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แตกต่างผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง การศึกษาของ Gutierrez, Kindratt, Pagels, Foster, and Gimpel (2014) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้อินเตอร์เน็ตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเอกชนและสาธารณะ พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมบริการในคลินิกส่วนตัวได้รับข้อมูลทางสุขภาพเพียงพอมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าผู้ที่รับบริการสาธารณะ ($p < .001$) รวมทั้งการศึกษาของ Chu and Tseng (2013) ที่ศึกษาความเห็นอกเห็นใจของผู้ป่วยมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพและความเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยกระดูก พบว่า การรับรู้การเอาใจใส่จากแพทย์ของผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ระหว่างการรู้หนังสือด้านสุขภาพและความเข้าใจในข้อมูล สำหรับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเห็นอกเห็นใจมากขึ้นความเข้าใจในข้อมูลของพวกเขาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.5 การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ

การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ($r = .242, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานซึ่ง กลุ่มเสี่ยงกว่า

ครั้งหนึ่งรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ซึ่งมีการให้บริการทั้งเชิงรุก การเยี่ยมบ้านและการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางการแพทย์ด้านสถานการณ์การเจ็บป่วย การเข้าถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ความสามารถในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพได้ (Sorensen et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลฎา ทานาคและคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร พบว่า ระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ($r = .152, p < .001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน กรุงเทพมหานครที่มีระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกับไม่มีระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากการมีระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กรุงเทพมหานคร มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีระบบบริการเชิงรุก (ร้อยละ 80.1) มีการจัดช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 77.3) จากระบบบริการเชิงรุกที่กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงได้รับจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขโดยการเข้าถึงชุมชน ทำให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2559) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ออกตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ และมีช่องทางทางการเข้าถึงบริการข้อมูลทางด้านสุขภาพ 3๐.2๕ หลายหลายช่องทาง ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ โปสเตอร์ วนิดล) สื่อกระจายเสียง (หอกระจายข่าว) สื่อนวัตกรรม และสื่อกิจกรรมพิเศษ โดยเฉพาะสื่อแผ่นพับเป็นสื่อที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถนำกลับมาปฏิบัติเพิ่มเติมได้ที่บ้าน ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาในสื่อมากขึ้น การให้บริการข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่มีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายหลังที่กลุ่มเสี่ยงได้นำความรู้ที่ได้รับ ไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่งจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสามารถตรวจสอบการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเอง และได้รับข้อมูลเพิ่มเติม อันจะทำให้มีการปฏิบัติตามหลัก 3๐.2๕. ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Levy and Janke (2017) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการ พบว่า ผู้ที่รับบริการที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีแหล่งบริการทางสุขภาพ และไม่มีผู้ให้บริการสุขภาพ ไม่ได้พบแพทย์ใน 1 ปีที่ผ่านมา บุคคลนั้นมีแนวโน้มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Suka et al. (2015) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของประชากรประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพียงพอจากข้อมูลหลายแหล่งมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ และมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Lee, and Kim (2015) ที่ได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ใหญ่เกาหลี พบว่า ผู้ที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพและได้รับการบริการอย่างสม่ำเสมอ (โรงพยาบาลหลัก/ คลินิก) จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ($X^2 = 19.494, df = 3, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Vandenbosch et al. (2016) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ประเทศเบลเยียม พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากสามารถดูแลตนเองได้ดี มีความเข้มงวดในการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดอัตราการตายได้สูงขึ้น มากกว่าผู้ที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพได้น้อย ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Javadzade et al. (2012) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอิสฟาฮาน พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ($p < .001$)

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพ

3.1 อายุ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 18-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและผู้ใหญ่ตอนกลาง มีการปรับตัว การใช้ชีวิต การแสวงหาอาชีพ รายได้ การสร้างความมั่นคงในชีวิต (Havighurst, 1972) ในวัยนี้ไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ มีเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ถึงแม้จะทราบว่าตนเองมีอาการผิดปกติแล้วก็ตาม (กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, 2563) จึงไม่มีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลฎาภา ทานาค และคณะ (2563) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กรุงเทพมหานคร ($r = .020, p > .05$) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ (2563) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอ

เมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = .95$) สอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มจันทร์ วรณปะเก และ ธนิตา ผาคิเสนะ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครราชสีมา อายุ 15-59 ปี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .042$, $p > .05$)

3.2 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันก็มีระดับรอบรู้ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาในระดับใดก็ตาม ก็สามารถแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้ ก็จะทำให้มีความรอบรู้สุขภาพได้ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี ต้นตรานนท์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = .52$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารี แร่ทอง (2562) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .143$) กับสอดคล้องกับการศึกษาของ ชินตา เตชะวิจิตรจรรู และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .321$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Vaughn et al. (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = .09$) ไม่สอดคล้องการศึกษาของ Piamsiri et al. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ ($X^2 = 54.94$, $p < .001$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Joveimi et al. (2019) ที่ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางประชากรที่เกี่ยวข้องในผู้ใหญ่ อายุ 18-65 ปี ในบาร์ดาสถาน ประเทศอิหร่าน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3.3 เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติดีหรือไม่ดีต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก็มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากแบบสัมภาษณ์ที่ใช้มีการวัดที่เน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่มีต่อร่างกายคือการทำให้ก่อโรคเท่านั้น โดยมิได้ประเมินถึงผลกระทบในแง่มุมอื่น ๆ ในด้านจิตใจ และสังคมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นุจรี อ่อนสิน้อย และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเจตคติต่อโรคและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เจตคติไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเฝ้าระวังและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงใน เพศชาย และกลุ่มผู้มีรายได้น้อย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นประเด็นเกี่ยวกับ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม
3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาทในการสร้างเสริมปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยการสื่อสารที่สามารถเข้าใจได้ง่าย มีการใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงพูดถึงปัญหาด้านสุขภาพ และแสดงความต้องการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง
4. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาทกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเสี่ยงทราบถึงโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และมีกิจกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
5. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาทในการสร้างเสริมการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ มีการจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ และเปิดให้บริการตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบความสัมพันธ์ซึ่งทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ
2. ควรศึกษาพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ และ ความเครียดและการจัดการความเครียด



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. (2563). พยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพคนวัยทำงาน ยุค 4.0. *วารสาร สภาวิชาชีพพยาบาลไทย*, 13(2), 1-14.
- กรรณิการ์ กาวีสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง. *Rama Nurs J*, 25(3), 280-295.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560 ก). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)*. เข้าถึงได้จาก <https://www.iccp-portal.org/>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560 ข). *รูปแบบการบริการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือการดำเนินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน*. กรุงเทพฯ: อีโมชั่น อาร์ต.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สรุปสถิติที่สำคัญ 2561*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559 - 2561*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission.document-detail.php>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/321>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน. นนทบุรี: นิเวศรรมคาการพิมพ์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2560). รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายดำเนินการปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/321>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ชนานนท์, วีระพร สุทธิ์ชนานนท์, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และเสาวนีย์ คำปวน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *Lanna Public Health Journal*, 16(2), 61-71.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิเวศรรมคาการพิมพ์.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และชนิดา พาติเสนาะ. (2561). ความสัมพันธ์ความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. เข้าถึงได้จาก <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/198812-Article%20Text-604165-1-10-20190628.pdf>
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2563). การขับเคลื่อน Health Literacy ในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=444>
- จินดา เตชะวิจิตรจากรุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกรกุล และสุทัตดา ช้างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 320-332.

- เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณา เต๋ออาร์กซ์, สายัณห์ ปัญญาทรง และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์ (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาขานุสาสน์*, 7(1), 45-56.
- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วคำกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6), 67-85.
- นันทกานต์ แสนรักษ์, สมคิด จุฬาวา และ ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. (2563). ความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(3), 174-184.
- นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เขาวลิต ลีมวิจิตวงศ์ และนิตยา ศิริแก้ว. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10 (หน้า 1600-1611).
- นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุติ ลีลักษณ์วิระ และชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 63-74.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปวีตรา ทองมา. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 50-62.
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 37-51.
- พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิลือ เขียวแก้ว. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- ลฎาภา ทานาค, รักชนก คชไกร และยุพา จิวพัฒนกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 21(3), 140-150.
- ราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 82. (2561). *ประกาศยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/>
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- โรงพยาบาลนาดี. (2563). *ข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. เข้าถึงได้จาก <http://ndh.go.th/>
- วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันท์ธธา. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 24(2), 34-51
- วชิระ เฟื่องจันทร์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)*. เข้าถึงได้จาก http://203.157.65.15/anamai_web/ewt_dl_link.php?nid=10221
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183-197.
- สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาคัส, สุขฤดี ชัชศฤงคารสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, วิถี ชูระธรรม และภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 86-94.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทริค ชิงค์.
- สมาคมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ. (2561). *ความรู้ด้านสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก <http://doh.hpc.go.th/data/HL/HealthLiteracySolidFactThai>
- สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รู้เท่าทันสุขภาพ ร่วมสร้างสังคมสุขภาวะ*. กรุงเทพฯ: สิริพัฒนา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. (2562). *รายงานการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดี. (2562). *รายงานการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *หลักสูตรพยาบาลผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission.document-detail.php>
- อรรวรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีรัชัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดผลและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อารีย์ แร่ทอง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 62-70.
- อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, อภิชัย วรรณนะพิศิษฐ์ และรัตติยา อักษรทอง. (2560). *โครงการความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของแพทย์และผู้ป่วย*. นครศรีธรรมราช: ดิษฐ์.
- Ansari, H., Almasi, Z., Ansari-Moghaddam, A., Mohammadi, M., Peyvand, M., Hajmohammadi, M., & Bagheri, F. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: A cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope*, 5(4), 1-6. doi: 10.17795/J health scope-37453.
- Ayse, C., Kamil, Y., Serdar, O., & Hamadi, N. D. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to som health behavior among adults. *Biomedical Research*, 28(15), 6803-6807.
- Bailey, S. C., O'Connor, R., Bojarski, E. A., Mullen, R., Patzer, R. E., Vicencio, D., Jacobson, K. L., Parker, R. M., & Wolf, M. S. (2015). Literacy disparities in patient access and health-related use of internet and mobile technologies. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(6), 3079-3087. doi: 10.1111/hex.12294
- Becker, M., H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Heath Education & Behavior*. Doi:org./10.117/109019871400200407
- Bell, R. F. (2000). Social interaction system: Theory and measurement: Book review. *Reserarch, and Practice*, 4(2), 199-208. doi.org/10.1037/1089-2699.42.199

- Bell, K., Twigg, J., & Olin, B. R. (2018). *Hypertension: The silent killer: Updated JNC-8 guideline recommendations*. Retrieved from <http://www.aparx.org>
- Berens, E., Dominique, V., Melanie, M., Klaus, H., & Doris, S. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-8.
- Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. (2017). Factors affecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, *10*(1), 100-109.
- Buyuksireci, D., & Demirsoy, U. N. (2021). Evaluation of the health literacy level of female fibromyalgia patients and relationship between health literacy level and disease activity. *Archives of Rheumatology*, *36*(2), 274-279. doi: 10.46497/ArchRheumatol.2021.8387
- Chajae, F., Pirzadeh, A., Hasanzadeh, A., & Mostafavi, F. (2018). Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic Physician*, *10*(3), 6470-6477. doi: 10.19082/6470
- Chu, C., & Tseng, C. A. (2013). A survey of how patient-perceived empathy affects the relationship between health literacy and the understanding of information by orthopedic patients? *BMC Public Health*, *13*(155), 1-6.
- Dodson, S., Good, S., & Osborne, R. (2015). *Health literacy toolkit for low and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. New Dehli, India: World Health Organization.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, *12*(130), 1-15.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, *36*(5), 446-451. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.001
- Gaffari, F. S., Lotfi, Y., Daemi, A., Babazadeh, T., Sarbazi, E., Abbasabad, G.D., & Abri, H. (2020). Impact of health literacy and self-care behaviors on health-related quality of life in Iranians with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 2-9. doi.org/10.1186/s12955-020-01613-8

- Gray, J. (1992). *Men are from mars, woman are from venus: A practical guide for improving communication and getting what you want in your relationships*. New York: Harpercollins
- Gibson, J. L. (2000). *Organization behavior, structure, processes*. New York: The McGraw-Hill.
- Gutierrez, N., Kindratt, T. B., Pagels, P., Foster, B., & Gimpel, N. E. (2014). Health literacy, Health information seeking behaviors and internet use among patients attending a Private and public clinic in the same geographic. *Journal Community Health, 39*(1), 83-89. doi: 10.1007/s10900-013-9742-5
- Haerian, A., Moghaddam, M. H., Ehrampoush, M. H., Bazm, S., & Bahsoun, M. H. (2015). Health literacy among adults in Yazd, Iran. *Journal of Education and Health Promotion, 4*(91), 1-7. doi: 10.4103/2277-9531.171805
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). New York.
- Heizomi, H., Iraj, Z., Vaezi, R., Bhalla, D., Morisky, D. E., & Nadrian, H. (2020). Gender differences in the association between health literacy and medication adherence in hypertension: A population-based survey in Heris County, Iran. *Vascular Health and Risk Management, 15*7-166.
- Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice, 14*(40), 1-9.
- Intarakamhang, U., & Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thais. *Asian Biomedicine, 10*(6), 587-594.
- Javadzade, S. H., Sharrifirad, G., Radjati, F., Mostafavi, F., Reisi, M., & Hasanzade, A. (2014). Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adult in Isfahan, Iran. *Education Health Promotion, 1*(31), 1-9. doi: 10.4103/2277-9531.100160
- Joveini, H., Rohban, A., Askarian, P., Maheri, M., & Hashemian, M. (2019). Health literacy and Its associated demographic factor in 18-65-year-old, literate adults in Bardaskan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion, 8*(1), 244-250.
- Kickbusch, I., & Wait, S. (2001). *Health literacy: Addressing the health and education divide*. *Oxford University in Great Britain, 16*(3), 289-297.

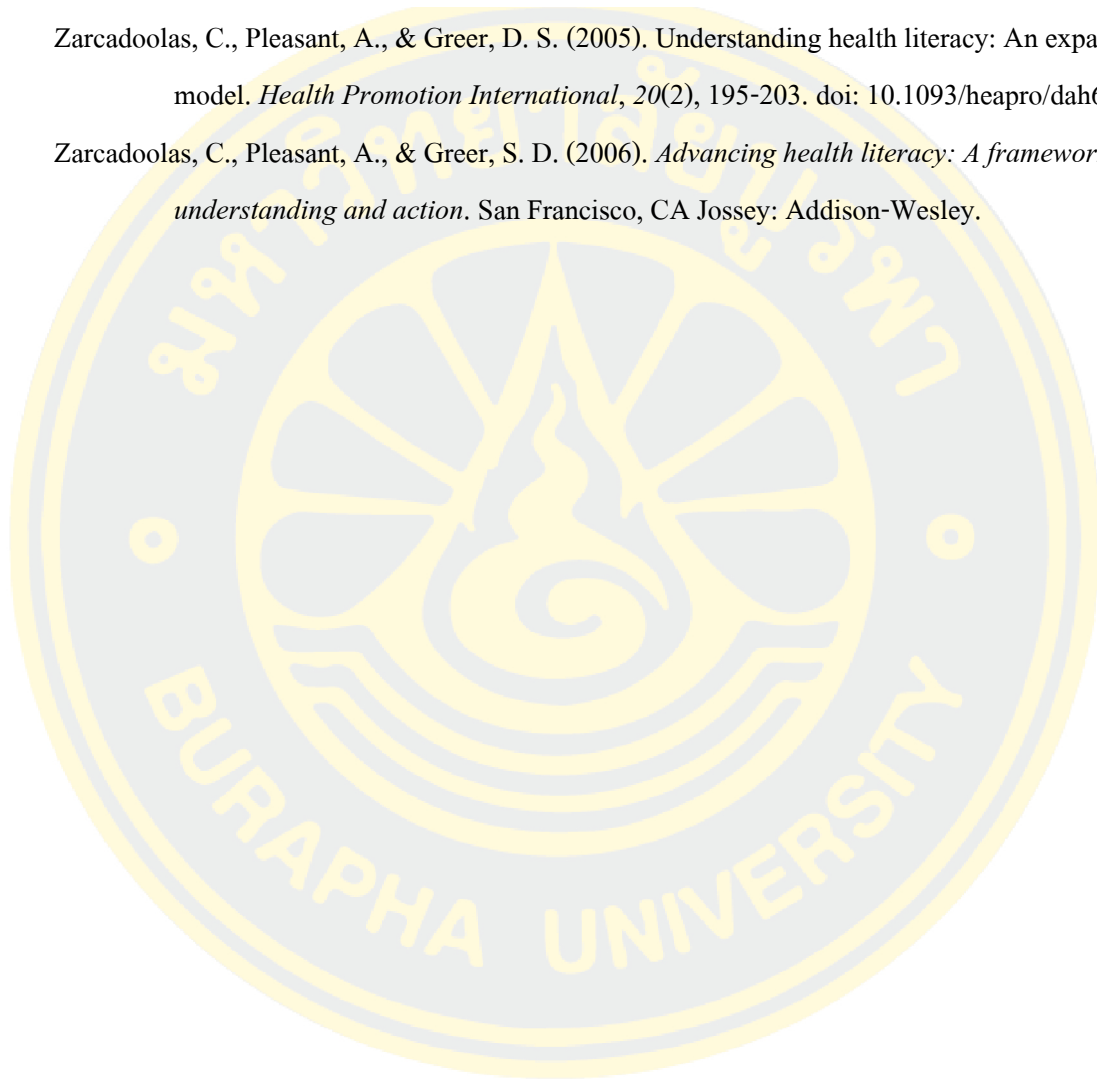
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.
- Kripalani, S., Jacobson, T. A., Mugalla, I. C., Cawthon, C. R., Niesner, K. J., & Vaccarino, V. (2010). Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5(5), 269-275. doi: 10.1002/jhm.667
- Kwan, R., Frankik, J., & Rootman, I. (2006). *The development and validation of measures of health literacy in different populations*. Vancouver, BC: Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia.
- Lazarus, R., S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender differences in health literacy among Korean adult: Do women have a higher level of health literacy than men. *American Journal of Men's Health*, 9(5), 370-379. doi: 10.1177/155798831454548
- Levy, H., Janke, A. T., & Langa, K. M. (2014). Health literacy and the digital divide among older Americans. *Journal of General Internal Medicine*, 30(3), 284-289. doi: 10.1007/s11606-014-3069-5
- Levy, H., & Janke, A. (2017). Health literacy and access to care. *Journal of Health Communication*, 21 Suppl 1(Suppl), 43-50. doi: 10.1080/10810730.2015.1131776
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (5th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Healthy Education Research*, 23(5), 840-847.
- Mohammadi, Z., Tehrani Banihashemi, A., Asgharifard, H., Bahramian, M., Baradaran, H. R., & Khamseh, M. E. (2015). Health literacy and its influencing factors in Iranian diabetic patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(230), 1-6.
- Mollakhalili, H., Papi, A., Zare-Farashbandi, F., Sharifirad, G., & HasanZadeh, A. (2014). A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2012. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(66), 1-12. doi: 10.4103/2277-9531.134804

- Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Roblin, D. W., Gaglio, B., Williams, A. E., Han, P. J., Costanza, M. E., & Mazor, K. M. (2013). The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of Health Communication, 18*(Suppl 1), 223-241. doi: 10.1080/10810730.2013.825667
- Nakamura-Taira, N., Izawa, S., & Yamada, K. C. (2018). Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese workers: A cross-sectional study. *Psychiatry Research, 262*, 221-228. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.090
- Nekoei-Moghadam, M., Parva, S., & Baneshi, M. R. (2013). Health literacy and utilization of health services in Kerman urban area 2011. *The Journal of Toloo-e-behdasht, 11*(4), 123-134.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary Health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicines, 67*(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journals Public Health, 54*(5), 303-305.
- Paasche-Orlow, M., & Wolf, M. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior, 1*(1), 18-26. doi: 10.5993/AJHB.31.s1.4
- Palumbo, R. (2015). Discussing the effects of poor health literacy on patients facing HIV: A narrative literature review. *International Journal of Health Policy and Management, 4*(7), 417-430. doi: 10.15171/ijhpm.2015.95
- Peplau, E., H. (1992). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Retrieved from <https://th1lib.org/book/1085941/>
- Persiger, G. (2000). Pharmaceutical beafits under state medical assistance programs. Retrieved from <http://www.npcnow.org/pdf/assistpro/appendixe.pdf>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127-140.
- Piamsiri, O., Kaweevivithchai; C., & Neelapaichit, N. (2018). Relationships of selected factors, health literacy and clinical outcomes in community dwellers with hypertension. *The Bangkok Medical Journal, 14*(2), 40-47.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rootman, I. (2009). *Health literacy, What should we do about it?* British Columbia, Canada: University of Victoria.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory.* American Psychological Association.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J. and Petty, R., Eds., *Social Psychophysiology* (pp. 153-177). New York: Guilford Press.
- Rosaldo, M. Z., Lamphere, L., & Bamberger, J. (1974). *Woman culture & society.* Stanford University. United States of America. Retrieved from https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4242643/mod_resource/content/1/Ortner-1974-is-Female-to-Male-as-Nature-to-Culture-in-Rosaldo-Lamphere-1974-Women-Culture-And-Society-S-67-88.pdf
- Rosen, R., Florin, D., & Dixon, J. (2001). Access to health care-taking forward the finding from the Scoping Exercise. Report of a rapid appraisal of stakeholder views and review of existing literature for the Managernt Board of the National Coordinating Centre for NHS service Delivery and Oranisation, London.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: Norton.
- Stroms, H., Aertgeerts, B., Vandenabeele, F., & Claes, N. (2019). General practitioner's predication of their own partients, health literacy: A cross-sectional study in Belgium. *BMJ Open*, 9(9), 1-11. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-029357
- Shibuya, A., Inoue, R., Ohkubo, T., Takeda, Y., Teshima, T., Imai, Y., & Kondo, Y. (2011). The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. *Blood Pressure Monitoring*, 16(5), 224-230. doi: 10.1097/mbp.0b013e32834af7ba
- Sobral, M., & Cunha, A. (2019). Health literacy and health attitudes and behaviors in college students: An exploratory study. *European Journal of Public Health*, 29(Suppl 1), 10-11. doi: 10.1093/eurpub/ckz034.030

- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80-93.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., Yamamoto, M., Nakayama, T., & Sugimori, H. (2015). Relationship between health Literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese People. *Patient education and counseling*, *98*(5), 660-668. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.013
- Vandenbosch, J., Van, D. B. S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *70*(10), 1-7. doi: 10.1136/jech-2015-206910
- Vaughn, E., Hadden, K., & Doolittle, B. (2015). Patient health literacy and perception of provider communication: Is there a link. *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, *1*(3), 1-4.
- Whelton, P. K., & Carey, R. M. (2017). *2017 Guideline for the prevention, detection and management of high blood pressure in adult*. Retrieved from <http://www.//acc.org/~-/media/Non-Clinic>
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health literacy*. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Hypertension*. Retrieved from <http://www.int/Health-topics/hypertension>.
- Xie, Y., Ma, M., Zhang, Y., & Tan, X. (2019). Factors associated with health literacy in rural areas of central China: Structural equation model. *BMC Health Services Research*, *19*(300), 1-8.
- Yongbing, L., Yanru, W., Fang, L., Yanli, C., Liu, L., Yanfei, L., & Qingquan, C. (2015 a). The health literacy status and influencing actors of older population in Xinjiang. *Iranian Journal of Pubic Health*, *44*(7), 913-919.
- Yongbing, L., Yanli, C., Liu, L., & Yanfei, L. (2015 b). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Environmental Research and Pubic Health*, *12*(1), 9714-9725.

- Yun, M. W., Abdullah, N. L., Idrus, R., & Keikhosrokiani, P. (2017). Lifestyle disease prevention: Health literacy, health attitude and mHealth. In *2017 International Conference on Research and Innovation in Information Systems (ICRIIS)* (pp. 1-6). Langkawi, Malaysia: IEEE Publication. doi: 10.1109/icriis.2017.8002462
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. doi: 10.1093/heapro/dah609
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, S. D. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. San Francisco, CA Jossey: Addison-Wesley.





ภาคผนวก

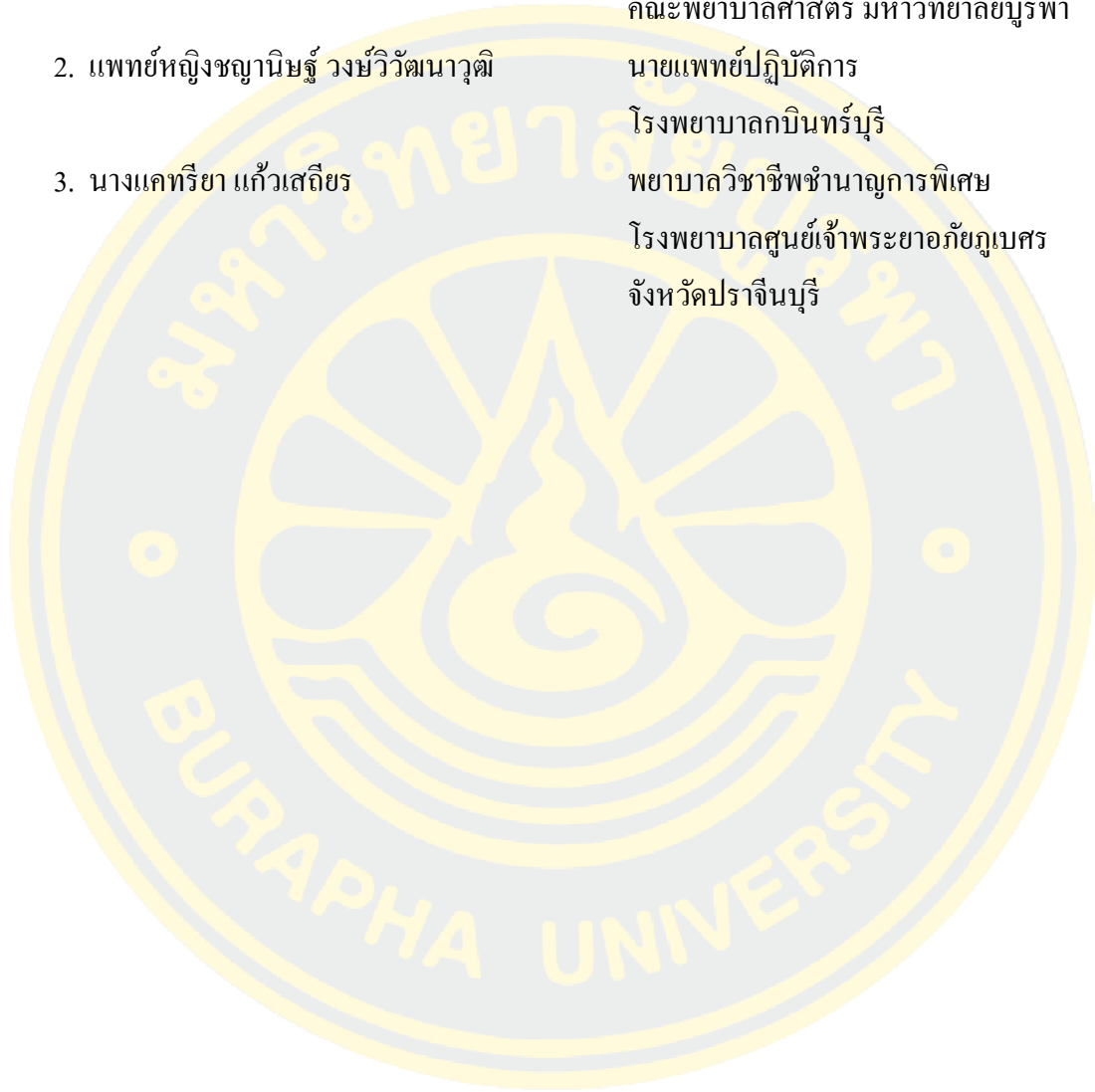


ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. แพทย์หญิงชญานิษฐ์ วงษ์วิวัฒนาวุฒิ นายแพทย์ปฏิบัติการ
โรงพยาบาลกบินทร์บุรี
3. นางแคทรียา แก้วเสถียร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
จังหวัดปราจีนบุรี





ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์งานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาคี จังหวัดปราจีนบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาคี จังหวัดปราจีนบุรี โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวน 89 ข้อดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 9 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเครียด (จำนวน 5 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 10 ข้อ)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ (จำนวน 8 ข้อ)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ (จำนวน 13 ข้อ)

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน (จำนวน 6 ข้อ)

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (จำนวน 5 ข้อ)

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (จำนวน 6 ข้อ)

ตอนที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (จำนวน 5 ข้อ)

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและการสื่อสารสนเทศ (จำนวน 5 ข้อ)

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (จำนวน 2 ข้อ)

ตอนที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม (จำนวน 5 ข้อ)

ตอนที่ 8 การดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 10 ข้อ)

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ตามที่แนบมานี้ โดยมีต้องระบุ ชื่อ นามสกุล ในการตอบ และข้อมูลที่ตอบจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวสุภาพร มงคลหมู่

นิติศตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ [] และเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. ปัจจุบันอายุ.....ปี.....เดือน
3. ศาสนา [] พุทธ [] คริสต์ [] อิสลาม
4. สถานภาพสมรส [] โสด [] คู่ [] หม้าย [] หย่า/ แยก
5. ระดับการศึกษาสูงสุด

[] ไม่ได้เรียนหนังสือ	[] ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-ป.3)
[] ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-ป.6)	[] มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)
[] มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)/ ปวช	[] อนุปริญญา/ ปวส
[]ปริญญาตรี	[] สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
6. การประกอบอาชีพ

[] เกษตรกรรม	[] รับจ้างทั่วไป
[] พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม	[] ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
[] ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ แม่บ้าน	[] อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (รวมทุกแหล่งที่ได้รับ) บาท/ เดือน
8. สถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการเป็นประจำ

[] สถานีอนามัย/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
[] คลินิก
[] โรงพยาบาลของรัฐ
[] โรงพยาบาลเอกชน
9. แหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ท่านได้รับ

[] โทรทัศน์/ วิทยุ/ หอกระจายข่าวในชุมชน	[] โทรศัพท์มือถือ/ อินเทอร์เน็ต
[] ป้ายประชาสัมพันธ์	[] วารสาร/ หนังสือ
[] อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	[] เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเครียด

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในระยะเวลา 2 สัปดาห์	น้อยมากหรือ แทบไม่มี (0)	บาง ครั้ง (1)	บ่อย ครั้ง (2)	เป็น ประจำ (3)
1. มีปัญหาการนอน				
2.				
3.				
4.				
5. ไม่อยากพบ.....				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็น ด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
1. การควบคุมน้ำหนัก.....				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. การออกกำลังกายครั้งละ 20 -30 นาที อย่างน้อย				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกับผู้ให้บริการ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความเป็นจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

จริงที่สุด หมายถึง ข้อคำถามตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

จริง หมายถึง ข้อคำถามตรงกับความเป็นจริงของท่านมาก

จริงบ้าง หมายถึง ข้อคำถามตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้าง ไม่ตรงบ้าง

จริงน้อย หมายถึง ข้อคำถามตรงกับความเป็นจริงของท่านน้อย

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อคำถามตรงกับความเป็นจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	จริงน้อยที่สุด (1)	จริงน้อย (2)	จริงบ้าง (3)	จริง (4)	จริงที่สุด (5)
1. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำ.....					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสนใจที่จะอธิบาย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					
.....					
.....					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามตรงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกท่านเป็นบางส่วนแต่ไม่ทั้งหมด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อคำถามตรงหรือไม่กับความคิดเห็นหรือความรู้สึก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
1. ท่านคิดว่าสถานบริการ.....					
2.					
3.					
4.					
5.					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13. ท่านมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ					

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ					
2.					
3.					
4.					
5. ท่านตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ					

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
1. ท่านฟังคำแนะนำเรื่อง.....					
2.					
3.					
4.					
5.					
6. ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูล					

ตอนที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
1. ท่านสังเกตปริมาณและ.....					
2.					
3.					
4.					
5. ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเอง.....					

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
1. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับ.....					
2.					
3.					
4.					
5.					

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน
ข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์.....

ก.

ข.

ค.

ง.

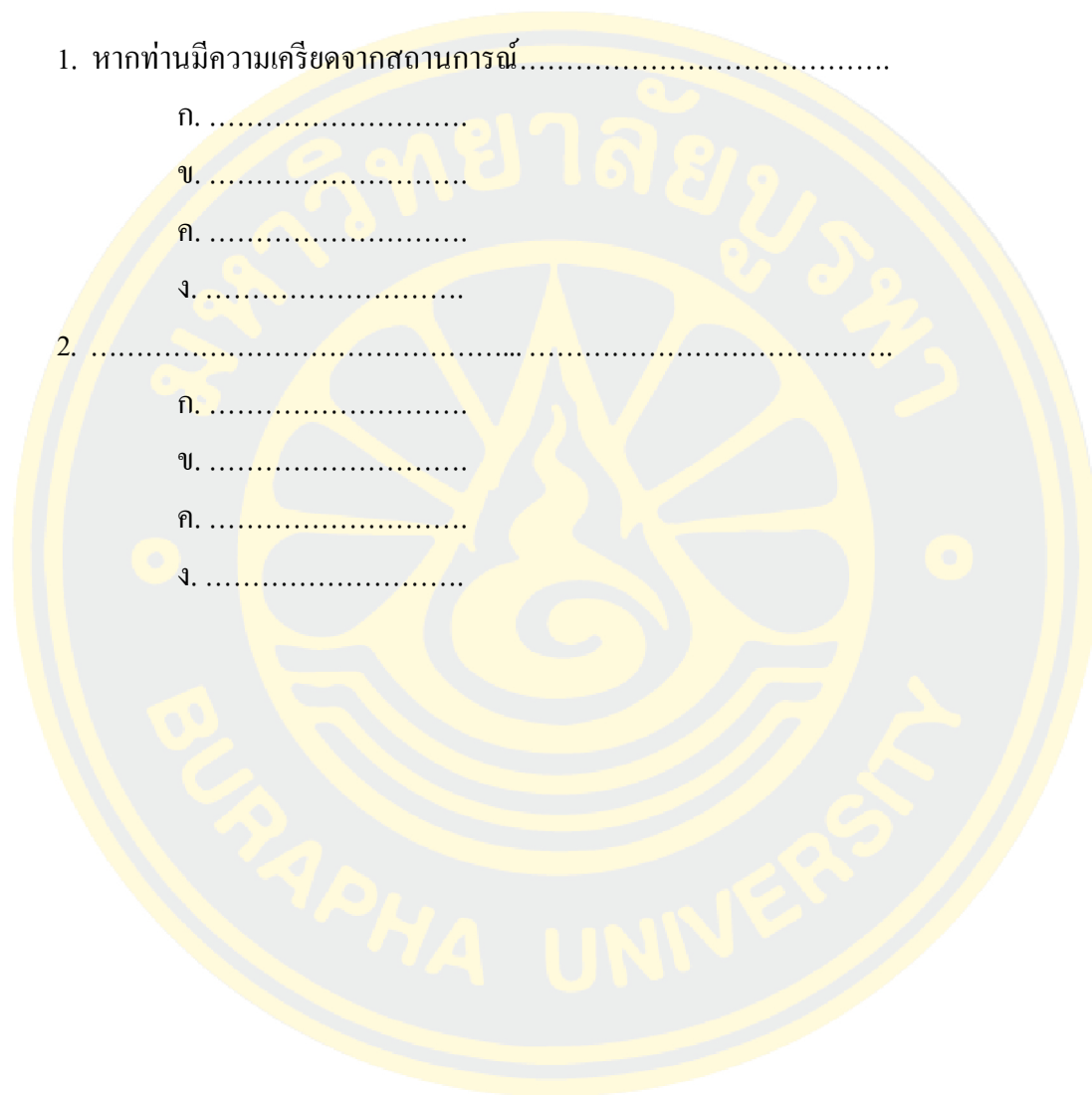
2.

ก.

ข.

ค.

ง.



ตอนที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

คำชี้แจง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือคนในชุมชนจัดขึ้น มากน้อยเพียงใด ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับการปฏิบัติของของผู้ถูกสัมภาษณ์ในช่วงนี้

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
1. เข้าร่วมกิจกรรมประเมิน.....					
2.					
3.					
4.					
5.					

ตอนที่ 8 การดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความจริง แล้วทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
1. รับประทานอาหาร.....					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					



ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ ๐๖๗/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 069/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงใน
อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสุภาพร มงคลหมู่

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตรดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ โครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|---|
| ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๖. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ ๔ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๓ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม


(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวิส แจ้งเอียด)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

รหัส โครงการวิจัย:

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสุภาพร มงคลหมู่ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงและเพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรค ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และปัจจัยระดับสังคม การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ ที่มี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลกลุ่มอายุ 15-34 ปี โดยจะต้องผ่านการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยวาจา (Verbal screening) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอทตามเกณฑ์

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย และหากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าจะขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์เพื่อทำการเก็บข้อมูลวิจัย ท่านต้องตอบแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย 6 ส่วน คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความเครียด แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้

ให้บริการ แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ข้าพเจ้าจะอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสัมภาษณ์โดยอธิบายให้ท่านรับทราบก่อน โดยข้าพเจ้าจะจัดให้ท่านอยู่ในสถานที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว โดยผู้วิจัยจำนวน 1 ท่านจะสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ สามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอด การตอบแบบสัมภาษณ์โดยใช้การสัมภาษณ์คาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ผลของการวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับท่านทางตรง ทำให้ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเป็นประโยชน์ทางอ้อมคือ แนวทางในการวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้มีระดับที่สูงขึ้น

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใด ๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า

ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบสัมภาษณ์ต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยท่านนั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวสุภาพร มงคลหมู่ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 06-4162-3559 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วม โครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



เอกสารแสดงความยินยอม ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัส โครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาคี จังหวัดปราจีนบุรี

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อ ไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)
(สำหรับผู้ที่อายุตั้งแต่ 12 ปี แต่ไม่ถึง 18 ปี)

รหัสโครงการวิจัย :

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาคี จังหวัดปราจีนบุรี

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงและเพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด เจตคติต่อการป้องกันโรค ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ให้บริการ และปัจจัยระดับสังคม การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ ที่มี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาคี จังหวัดปราจีนบุรี ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลกลุ่มอายุ 15-34 ปี โดยจะต้องผ่านการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยวาจา และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อ ไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ข้าพเจ้า.....บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ยินยอมให้.....เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วแม่่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม
(.....)

บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ลงนาม พยาน
(.....)

หมายเหตุ กรณีที่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วแม่่มือ ขอให้พิมพ์ชื่อยานลงลายมือชื่อรับรอง



ภาคผนวก ง

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามระดับความเครียด เป็นรายชื่อ ($n = 214$)

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	แทบไม่มี	<i>M</i>	<i>SD</i>
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ปัญหาการนอน	21(9.8)	26(12.1)	73(34.1)	94(43.9)	.88	.97
2. สมาธิน้อย	18(8.4)	9(4.2)	49(22.9)	138(64.5)	.57	.91
3. หงุดหงิด/ กระวนกระวาย	5(2.3)	18(8.4)	90(42.1)	101(47.2)	.66	.73
4. เบื่อเซ็ง	3(1.4)	10(4.7)	69(32.2)	132(61.7)	.46	.66
5. ไม่พบปะผู้คน	1(.5)	3(1.4)	46(21.5)	164(76.6)	.28	.56

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
เจตคติต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นรายชื่อ ($n = 214$)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย	<i>M</i>	<i>SD</i>
	อย่างยิ่ง	จำนวน	ด้วย	อย่างยิ่ง		
	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การควบคุมไม่ให้อ้วน ลด ความเสี่ยงได้	61(28.5)	143(66.8)	3(1.4)	7(3.3)	3.21	.62
2. การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ช่วยลดการเกิดโรคได้	41(19.2)	144(67.3)	26(12.1)	3(1.4)	3.04	.60
3. การใส่ถุงชურสไม่มีผลให้เกิด โรค	32(15.0)	131(61.2)	44(20.6)	7(3.3)	2.88	.68
4. การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ป้องกันโรคได้	73(34.1)	124(57.9)	10(4.7)	7(3.3)	3.23	.68
5. การรับประทานผักและผลไม้ ป้องกันโรคได้	40(18.7)	153(71.5)	17(7.9)	4(1.9)	3.07	.58
6. การดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผล ต่อระดับความดันโลหิต	67(31.3)	125(58.4)	13(6.1)	9(4.2)	3.17	.67

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย	<i>M</i>	<i>SD</i>
	อย่างยิ่ง	จำนวน	ด้วย	อย่างยิ่ง		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
7. การดื่มชา กาแฟ ไม่มีผลต่อการเกิดโรค	46(21.5)	135(63.1)	27(12.6)	6(2.8)	3.03	.67
8. การสูบบุหรี่ มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	58(27.1)	120(56.1)	31(14.5)	5(2.3)	3.08	.71
9. การฝึกสมาธิ ช่วยป้องกันการเกิดโรค	41(19.2)	155(72.4)	14(6.5)	4(1.9)	3.09	.58
10. การออกกำลังกายป้องกันการโรคได้	68(31.7)	141(65.9)	4(1.9)	1(0.5)	3.30	.54

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงกับผู้ให้บริการ เป็นรายข้อ ($n = 214$)

ข้อความ	จริง	จริง	จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อย	<i>M</i>	<i>SD</i>
	ที่สุด	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	จำนวน	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
	(ร้อยละ)						
1. ปฏิบัติตามคำแนะนำ	68(31.8)	121(56.5)	24(11.2)	1(0.5)		4.20	.64
2. ไว้ใจยอมรับการดูแล	44(20.6)	154(72.0)	16(7.5)			4.13	.51
3. อบอุ่นใจเมื่อพูดคุย	77(36.0)	124(57.9)	12(5.6)	1(0.5)		4.29	.61
4. พูดคุยอย่างเป็นมิตร	67(31.3)	138(64.5)	9(4.2)			4.27	.53
5. เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจ	50(23.4)	143(66.8)	21(9.8)			4.14	.53
6. เจ้าหน้าที่ตั้งใจแนะนำ	72(33.6)	133(62.1)	8(3.7)	1(5)		4.25	.55
7. เจ้าหน้าที่สื่อสารอบอุ่น	58(27.1)	146(68.2)	9(4.2)	1(0.5)		4.21	.55
8. เจ้าหน้าที่สนใจอธิบาย	72(33.6)	133(62.1)	8(3.7)	1(0.5)		4.29	.55

ข้อมูล

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ เป็นรายข้อ ($n = 214$)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. เจ้าหน้าที่บริการเพียงพอ	34 (15.9)	133 (62.1)	17 (7.9)	19 (8.9)	11 (5.1)	3.75	.99
2. บริการตรงความต้องการ	19 (8.9)	155 (72.4)	23 (10.7)	12 (5.6)	5 (2.3)	3.80	.77
3. เครื่องมือเพียงพอ	31(14.5)	90(42.1)	59(27.6)	22(10.3)	12(5.6)	3.50	1.04
4. ยาคูณภาพดีเพียงพอ	28 (13.1)	139 (65.0)	25 (11.7)	16 (7.5)	6 (2.8)	3.78	.86
5. เปิดให้บริการตามเวลาที่ สะดวก	29 (13.6)	167 (78.0)	10 (4.7)	7 (3.3)	1 (0.5)	4.01	.59
6. ตั้งอยู่ไม่ไกล	31 (14.5)	175 (81.8)	6 (2.8)	2 (0.9)		4.10	.44
7. เดินทางสะดวก	35 (16.4)	170 (79.4)	6 (2.8)	2 (0.9)	1 (0.5)	4.10	.51
8. สถานที่สะดวก	46 (21.5)	150 (70.1)	13 (6.1)	5 (2.3)		4.11	.59
9. ไม่สิ้นเปลืองค่าเดินทาง	63 (29.4)	119 (55.6)	18 (8.4)	8 (3.7)	6 (2.8)	4.05	.88
10. บริการสะดวกรวดเร็ว	17 (7.9)	135 (63.1)	55 (25.7)	6 (2.8)	1 (0.5)	3.75	.65
11. เป็นระบบระเบียบ	50 (23.4)	100 (46.7)	54 (25.2)	7 (3.3)	3 (1.4)	3.87	.85
12. เปิดให้บริการตลอดเวลา	18(8.4)	111(51.9)	43(20.1)	34(15.9)	8(3.7)	3.45	.98
13. บริการนำฟังพอใจ	53(24.8)	142(66.4)	11(5.1)	3(1.4)	5(2.4)	4.09	.77

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ทางสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ($n = 214$)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ ถูกต้อง				4.47	1.24
ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ					
1. ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล ทางสุขภาพ	24(11.2)	43(20.1)	147(68.7)	2.21	.94
2. ความสามารถค้นหาข้อมูล ที่ถูกต้อง ทันสมัย	25(11.7)	59(27.6)	130(60.7)	2.36	.91
3. ความสามารถในการค้นหาข้อมูล สุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ	12(5.6)	26(12.1)	176(82.3)	1.66	1.09
4. การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเพื่อยืนยัน ความเข้าใจ	17(7.9)	63(31.3)	134(62.6)	2.18	.99
5. การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ การปฏิบัติตน	26(12.1)	67(31.3)	121(56.5)	2.39	.94
ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความ เชี่ยวชาญทางสุขภาพ					
1. สามารถเข้าใจเนื้อหาจากการฟัง คำแนะนำจากบุคคลอื่น	17(7.9)	17(7.9)	180(84.3)	1.60	1.12
2. สามารถได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล อื่นได้	8(3.7)	33(15.4)	173(80.8)	1.57	1.10
3. สามารถเล่าเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ให้ บุคคลอื่นฟังจนเข้าใจได้	25(11.7)	24(11.2)	179(83.6)	1.88	1.13
4. สามารถอ่านเอกสารการปฏิบัติตน จน เข้าใจได้	11(5.1)	24(11.2)	179(83.6)	1.45	1.11

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
5. สามารถ พุด อ่าน เขียนข้อมูลการปฏิบัติ ตนให้คนอื่นเข้าใจได้	13(6.1)	21(9.8)	180(84.3)	1.78	.98
6. สามารถโน้มน้าวบุคคลอื่นให้ยอมรับ ข้อมูลการปฏิบัติตน ที่ถูกต้อง	27(12.6)	39(18.2)	148(69.2)	1.85	1.29
ตอนที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ					
1. การสังเกตปริมาณและคุณค่าของอาหาร ที่รับประทาน	21(9.8)	66(30.8)	127(59.4)	1.73	1.13
2. วางเป้าหมายของการออกกำลังกายและ ทำตามเป้าหมายที่วางไว้	12(5.6)	41(19.2)	161(75.2)	2.09	.99
3. สามารถประเมินอารมณ์ของตนเองและ จัดการความเครียดได้	18(8.4)	48(22.4)	148(69.2)	2.85	1.19
4. สามารถทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ ตั้งใจไว้เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตนเอง	24(11.2)	39(18.2)	151(70.6)	2.78	1.15
5. สามารถปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบ ตนเองเพื่อให้ปฏิบัติตน ได้	23(10.3)	70(32.7)	121(56.5)	2.19	1.14
ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ					
1. การตรวจสอบความถูกต้องก่อน ตัดสินใจซื้อสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพ	83(38.8)	58(27.1)	73(34.1)	2.85	1.13
2. สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อน ตัดสินใจซื้อสินค้าสุขภาพ	67(31.3)	76(35.5)	71(33.2)	2.78	1.15
3. สามารถใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อซื้อสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพ	73(34.1)	60(28.0)	81(37.8)	2.77	1.15
4. สามารถวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหา ก่อน เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ	25(11.7)	76(35.5)	113(52.8)	2.37	1.10
5. สามารถแลกเปลี่ยนพุดคุย วิพากษ์ วิจารณ์ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเอง	36(16.8)	63(29.4)	115(53.7)	2.29	1.09

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
ตอนที่ 6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง					
1. การปฏิบัติตนเมื่อมีความเครียด	103(48.1)	70(32.7)	41(19.1)	3.21	.91
2. ให้คำแนะนำบุคคลในบ้านเมื่อพบว่า สูบบุหรี่	125(58.4)	20(9.3)	69(40.3)	3.21	1.01
ตอนที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม					
1. เข้าร่วมกิจกรรมประเพณีพหุวัฒนธรรม สุขภาพ	34(15.9)	39(18.2)	141(65.9)	2.17	1.10
2. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง	16(7.5)	46(21.5)	152(71.0)	1.94	1.24
3. ร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพใน ชุมชน	22(10.3)	40(18.7)	152(71.0)	1.79	1.24
4. ร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพให้ผู้อื่น	34(15.9)	39(18.2)	141(66.0)	1.71	1.21
5. กำหนดมาตรการในการดูแลสุขภาพใน ชุมชน	26(12.1)	50(23.4)	153(64.5)	1.71	1.21
ตอนที่ 8 การดูแลพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกัน					
1. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	8(3.7)	36(16.8)	170(79.4)	1.65	1.00
2. รับประทานอาหารรสเค็มหรือหวานจัด	6(2.8)	52(24.3)	156(72.9)	1.95	.89
3. รับประทานผักและผลไม้สดสะอาด	26(12.1)	70(32.7)	118(55.2)	2.42	.91
เสมอ					
4. ควบคุมอาหารทุกมื้อ โดยคำนึงถึง ประโยชน์ที่ได้รับ	19(8.9)	42(19.6)	153(71.5)	1.96	1.11

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
5. ทำงานเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่อง	43(20.1)	73(34.1)	98(45.8)	2.50	1.09
6. ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างต่อเนื่อง	17(7.9)	57(26.6)	140(65.0)	1.87	1.19
7. มีความเครียด วิตกกังวล ขากที่จะผ่อนคลาย	21(9.8)	90(42.1)	103(48.1)	1.87	1.19
8. มีการจัดการตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี	44(20.6)	77(36.0)	93(43.3)	2.30	1.08
9. สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่เสมอ	119(55.6)	16(7.5)	66(36.9)	2.72	1.61
10. ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	107(50.0)	23(10.7)	84(22.2)	2.80	1.37