



ความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



โดย
นางสาวปิยะธิดา กลั่นเชื้อ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร



ความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิต

สูง



โดย
นางสาวปิยะธิดา กลั่นเชื้อ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร



HEALTH LITERACY AND BLOOD PRESSURE CONTROL OUTCOME IN PATIENT
WITH HYPERTENSION



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Pharmacy SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY

Academic Year 2024

Copyright of Silpakorn University

หัวข้อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตสูง
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
โดย นางสาวปิยะธิดา กลั่นเชื้อ
สาขาวิชา เกษศาสตร์สังคมและการบริหาร แผนก ก แบบ ก 2
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ

คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะเกษตรศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร. พรศักดิ์ ศรีอมรศักดิ์)

พิจารณาเห็นชอบโดย

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สีนีนานู กริชชาญชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณิชฐิญา คำผล)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ดร. เยาวลักษณ์ อ่ำราไฟ)

630820006 : เกษศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การควบคุมความดันโลหิต, โรคความดันโลหิตสูง

นางสาว ปิยะธิดา กลั่นเชื้อ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ

งานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองมาตาศูต ทั้ง 7 แห่ง รวม 380 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 62.9 ปี (± 10.4) การศึกษาชั้นประถมหรือต่ำกว่า ร้อยละ 66.8 ความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ ร้อยละ 83.2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 164.9 จากคะแนนเต็ม 224) โดยมีความรอบรู้ระดับสูงในด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 70.3) ด้านการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ (ร้อยละ 96.6) ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต (ร้อยละ 90.8) ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรม 3๒๒ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.3 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ต่อเนื่อง 2 ครั้ง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($OR_{Adj.} = 5.8, 95\%CI: 1.2 - 29.5, p=0.03$) ภาวะไขมันในเลือดสูง ($OR_{Adj.} = 1.9, 95\%CI: 1.2 - 3.0, p=0.01$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($OR_{Adj.} = 1.7, 95\%CI: 1.1 - 2.6, p=0.02$) ผลการศึกษาแสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือมีโรคร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

630820006 : Major SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY

Keyword : health literacy, blood pressure control, hypertension

MISS Piyatida KLANCHUA : Health Literacy and Blood Pressure Control Outcome in Patient with Hypertension Thesis advisor : Waranee Bunchuailua

This analytical cross-sectional study aimed to assess health literacy and examine the association between personal factors and health literacy with blood pressure control among hypertensive patients receiving care at seven primary care centers in the Map Ta Phut Municipality network. A total of 380 participants were selected through systematic random sampling. Data were collected via structured interviews. Data analysis included descriptive statistics and logistic regression. Among participants, 75.5% were female, with a mean age of 62.9 years (± 10.4). Most (66.8%) had completed primary education or less, and 83.2% demonstrated adequate medication adherence. The majority had low health literacy (mean score = 164.9 out of 224). The participants demonstrated a high level of knowledge in the need for health information assistance (70.3%), handling various questions (96.6%), and making correct decisions for future actions or living conditions (90.8%). Only 18.9% engaged in high-level health behavior. 50.3% of participants achieved blood pressure control (<140/90 mmHg) on two consecutive occasions. Factors significantly associated with blood pressure control included body mass index ($OR_{Adj.} = 5.8$, 95%CI: 1.2 - 29.5, $p=0.03$), presence of hyperlipidemia ($OR_{Adj.} = 1.9$, 95%CI: 1.2 - 3.0, $p=0.01$) and health literacy factors associated blood pressure control ($OR_{Adj.} = 1.7$, 95%CI: 1.1 - 2.6, $p=0.02$). These findings highlight the importance of promoting health literacy and self-care behaviors, particularly among obese individuals and those with comorbid conditions, to improve hypertension management and reduce the risk of long-term complications.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารณี บุญช่วยเหลือ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ
อาจารย์เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำต่างๆ รวมถึงช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ในระหว่างดำเนิน
งานวิจัยจนสำเร็จอย่างสมบูรณ์ รวมถึงเภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สินีนาฏ กริชชาญชัย
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ัญฐิญา คำผล และ เภสัชกรหญิง
ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในงานวิจัย
ขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่สละเวลาในการ
ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวที่สนับสนุน ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือเสมอมา จนทำให้
งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ปิยะธิดา กลั่นเชื้อ



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
4. นิยามศัพท์.....	3
5. สมมติฐานการวิจัย.....	5
6. ขอบเขตการวิจัย.....	5
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
บทที่ 2	7
เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. โรคความดันโลหิตสูง.....	8
1.1 นิยามโรคความดันโลหิตสูง.....	8
1.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง.....	8
1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง.....	10
1.4 อาการแสดงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	14

1.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	15
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	16
2.1 นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	16
2.2 ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	17
2.3 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ	19
3. ความร่วมมือในการใช้ยา	22
3.1 คำนิยาม.....	22
3.2 วิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา	22
4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	23
4.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	23
4.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	23
4.3 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาและความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยา.....	25
4.4 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต	25
บทที่ 3	29
วิธีการดำเนินงานวิจัย	29
1. รูปแบบงานวิจัย.....	29
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
บทที่ 4	38
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	38

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	43
ตอนที่ 3 ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต.....	55
ตอนที่ 4 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต.....	56
ตอนที่ 5 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ กับการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression).....	61
บทที่ 5	63
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	63
สรุปผลการศึกษา.....	63
อภิปรายผลการศึกษา.....	64
ข้อจำกัดของงานวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	67
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	68
รายการอ้างอิง.....	69
ภาคผนวก.....	74
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	75
ภาคผนวก ข หนังสืออนุญาตลิขสิทธิ์ให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง.....	91
ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	93
ภาคผนวก จ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	95
ประวัติผู้เขียน.....	97

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (N = 380).....	39
ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนรายการยา เม็ดยา และความร่วมมือในการใช้ยา (N = 380)	42
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ (N=380).....	43
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการอ่านศัพท์พื้นฐาน (N=380)	44
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน (N=380) ...	45
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (N = 380).....	46
ตารางที่ 7 คะแนนความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (N = 380)	46
ตารางที่ 8 คะแนนความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (N = 380)	47
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ (N = 380)	47
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ความเข้าใจ (N=380).....	48
ตารางที่ 11 ความรู้ความเข้าใจ (N = 380)	49
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ (N = 380).....	49
ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการตัดสินใจเหตุการณ์กรณีต่างๆ (N = 380).....	51
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไปได้ (N = 380).....	52
ตารางที่ 15 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N = 380)	53

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ (N = 380).....	53
ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส.....	54
ตารางที่ 18 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส (N = 380).....	55
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380).....	55
ตารางที่ 20 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการควบคุมความดันโลหิต.....	56
ตารางที่ 21 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการใช้ยากับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380).....	58
ตารางที่ 22 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380).....	58
ตารางที่ 23 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380).....	59
ตารางที่ 24 ตารางที่ 24 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส กับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380).....	60
ตารางที่ 25 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส แยกองค์ประกอบกับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380).....	60
ตารางที่ 26 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง.....	62

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรในช่วงอายุ 30 ถึง 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก มีภาวะความดันโลหิตสูง และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ โดยมีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้⁽²⁾ สำหรับในประเทศไทย ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2557 อยู่ที่ร้อยละ 24.73⁽³⁾ และในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 13 ล้านคน⁽⁴⁾ แต่มีเพียงร้อยละ 49 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้⁽³⁾ การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ เช่น หัวใจและหลอดเลือด ไต สมอและประสาท นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือถึงแก่ชีวิตได้^{(1),(5)} นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย^(6, 7) และยังทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมอีกด้วย^{(8),(9)}

เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่า 140/90 mmHg)⁽¹⁰⁾ เพื่อลดอัตราการตายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยสาเหตุของความดันโลหิตสูงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การบริโภคแอลกอฮอล์⁽¹¹⁾ ด้วยเหตุนี้ แนวทางการรักษาจึงมุ่งเน้นที่กลยุทธ์หลัก 2 ส่วน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการใช้ยาลดความดันโลหิต ทั้งนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเป็นอันดับแรก หรือควบคู่ไปกับการใช้ยา ดังนั้น การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง^(10, 11)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หรือ ความแตกฉานด้านสุขภาพ หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ หรือ การรู้เท่าทันสุขภาพ ตามนิยามของกองสุศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบ

ซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ (Access skill) 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)⁽¹²⁾ ในปัจจุบัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่สำคัญที่ถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้^{(13),(14)} โดยความรู้ด้านสุขภาพส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาผลของความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมความดันโลหิตให้ผลที่แตกต่างกันขึ้นกับรูปแบบของการศึกษา⁽¹⁵⁾ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมบริโภคเกลือ⁽¹⁶⁾

ศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายของเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง เป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปและคลินิกผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบตาพุด ศูนย์บริการสาธารณสุขโสภณ ศูนย์บริการสาธารณสุขตากวน ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบข่า ศูนย์บริการสาธารณสุขโชดหิน ศูนย์บริการสาธารณสุขเกาะกอก ศูนย์บริการสาธารณสุขห้วยโป่ง เป็นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เปิดให้บริการ โดยแต่ละศูนย์จะเปิดให้บริการผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 วัน มีผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง รวมจำนวน 5,053 คน ที่ผ่านมาพบปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงกว่าร้อยละ 60 โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเฉลี่ยเพียงร้อยละ 35.86 และ 38.50 ในปี 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁽¹⁷⁾ ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้⁽¹⁸⁾ คือ ร้อยละของผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 mmHg) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จะต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การสร้างความตระหนักอันจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลและจัดการโรคได้อย่างต่อเนื่อง โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้เป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 2.1 เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายเทศบาลเมืองมาบตาพุดทั้ง 7 แห่ง
- 2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ด้านสุขภาพ กับการควบคุมความดันโลหิตสูง

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง นำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ในการปรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

4. นิยามศัพท์

4.1 การควบคุมความดันโลหิต ตามแนวทางของ International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guideline ปี 2020 ได้แนะนำว่าระดับความดันโลหิตควรน้อยกว่า 140/90 mmHg แต่สำหรับผู้ที่มียายุ น้อยกว่า 65 ปี ควรมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ควรมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg หากสามารถทนได้ จึงจะเหมาะสม^{(19),(20)} แต่อย่างไรก็ตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคที่กำหนดให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตได้ดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ใช้เกณฑ์มาตรฐานที่ 140/90

mmHg ดังนั้นการศึกษานี้จึงพิจารณาผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือผู้ที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg 2 ครั้งต่อเนื่องโดยติดตามจากการนัดหมายพบแพทย์ของผู้ป่วย

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูล ทักษะในการเรียนรู้และแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม ความสามารถในการพิจารณากลับกรองความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล จนนำไปสู่การตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสำหรับการปฏิบัติตนเพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น⁽²¹⁾ โดยใช้ตามทฤษฎีของ Don Nutbeam แบ่งองค์ประกอบความรอบรู้ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล เมื่ออยากได้ข้อมูลเรื่องสุขภาพ และวิธีการที่ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลนั้นๆเช่น จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ สอบถามเพื่อนบ้าน หรือสอบถามจากกลุ่มผู้ป่วย

2) ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ โดยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เน้นความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ2ส ได้แก่ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมอารมณ์เครียด งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา รวมไปถึงความสำคัญของการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง

3) ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ทักษะความสามารถในการพูด อ่าน เขียน โดยทักษะการพูด คือ สามารถโต้ตอบการสนทนาได้ทันที ทักษะการอ่าน คือ สามารถอ่านเอกสารข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือ อ่านและเข้าใจคำศัพท์พื้นฐานหรือตัวเลขที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และทักษะการเขียน คือ สามารถกรอกข้อมูลเอกสารต่างๆเพื่อติดต่อรับการรักษาได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือ

4) การจัดการเงื่อนไขด้านสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนปฏิบัติ โดยเน้นการปฏิบัติตามพฤติกรรม 3อ2ส และความสำคัญของการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง ยังคงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมหรือมีการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย เช่น การเดินทางไปในสถานที่ นอกหมู่บ้าน ตำบลที่เคยอาศัยอยู่

5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และสามารถเปรียบเทียบการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิบัติ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผล และวิเคราะห์ผลดี - ผลเสีย เพื่อการปฏิบัติ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งเหตุการณ์กรณีต่างๆที่ต้องตัดสินใจ จะเป็นเหตุการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

5. สมมติฐานการวิจัย

5. 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

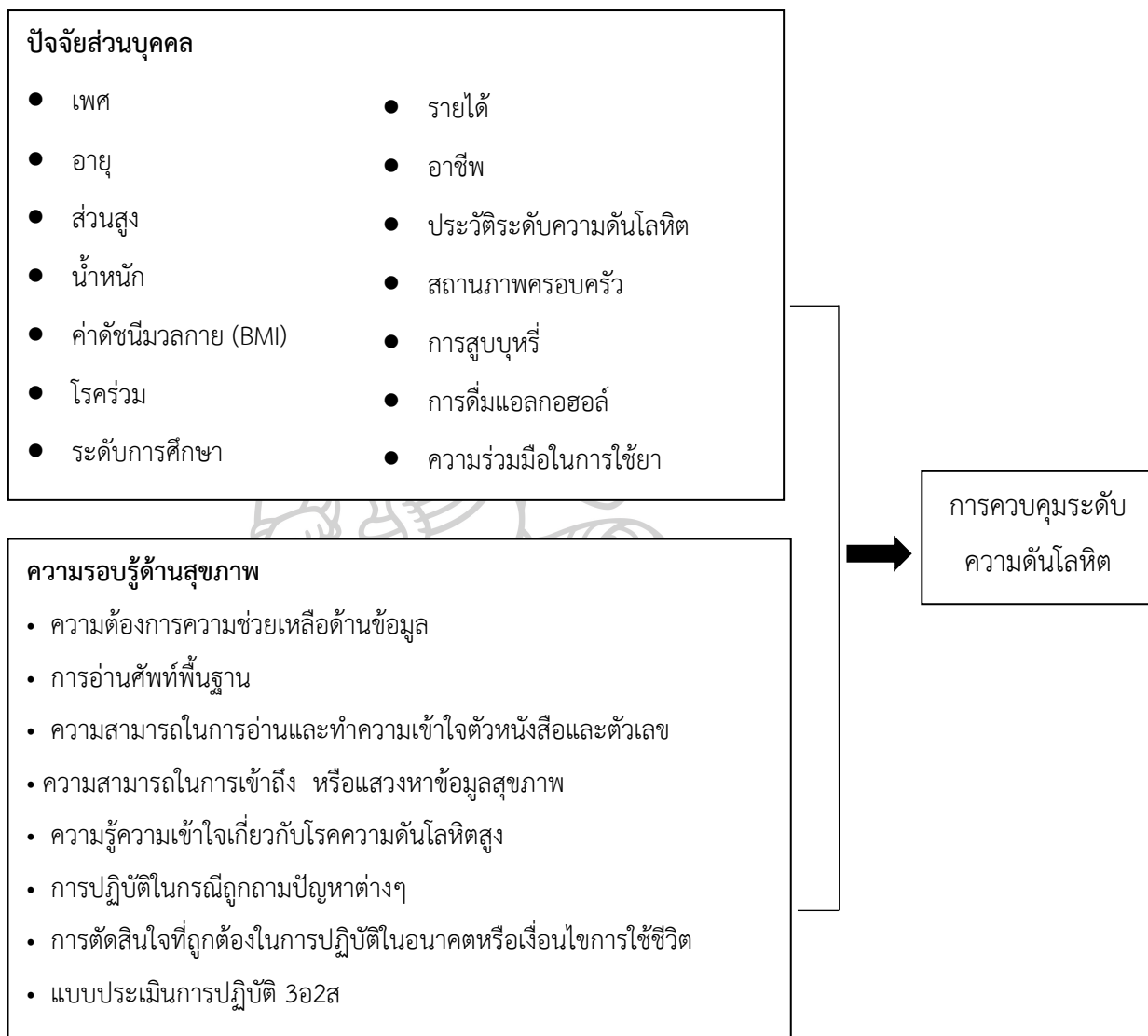
5. 2. ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

6. ขอบเขตการวิจัย

ทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายของเทศบาลเมืองมาบตาพุด อ.เมือง จ.ระยอง ทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบตาพุด ศูนย์บริการสาธารณสุขโสภณ ศูนย์บริการสาธารณสุขตากวน ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบข่า ศูนย์บริการสาธารณสุขไชด์หิน ศูนย์บริการสาธารณสุขเกาะกอก และศูนย์บริการสาธารณสุขห้วยโป่ง



7. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย โดยได้กำหนดกรอบเนื้อหาในการทบทวนวรรณกรรมออกเป็นหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1 นิยามโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 อาการแสดงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
 - 1.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.1 นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.2 ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.3 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. ความร่วมมือในการใช้ยา
 - 3.1 นิยามความร่วมมือในการใช้ยา
 - 3.2 วิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคความดันโลหิตสูง

1.1 นิยามโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อย และไม่มีสัญญาณอาการบ่งบอกอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่รู้ตัว ซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูง⁽¹⁰⁾ ได้ให้นิยามของโรคความดันโลหิตสูงประเภทต่างๆ ไว้ดังนี้

- ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

หมายถึง ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก(DBP) \geq 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดที่สถานพยาบาล

- Isolated Systolic Hypertension (ISH)

หมายถึง ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) \geq 140 มม.ปรอท แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) $<$ 90 มม.ปรอท โดยวัดจากสถานพยาบาล

- Isolated Office Hypertension หรือ White-Coat Hypertension

หมายถึง ความดันโลหิตที่วัดที่สถานพยาบาลสูงผิดปกติ (SBP \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP \geq 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดที่บ้านค่าความดันโลหิตกลับเป็นปกติ (SBP $<$ 135 มม.ปรอท และ DBP $<$ 85 มม.ปรอท) พบได้ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- Masked Hypertension

หมายถึง ความดันโลหิตที่วัดที่สถานพยาบาลเป็นปกติ (SBP $<$ 140 มม.ปรอท และ DBP $<$ 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดที่บ้านความดันโลหิตสูงผิดปกติ (SBP \geq 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP \geq 85 มม.ปรอท) ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงที่อันตราย เพราะจะไม่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาล พบได้ประมาณร้อยละ 10

1.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกชนิดของโรคความดันโลหิตสูงอาจแตกต่างกันตามมุมมองของบุคคลและบริบทของหน่วยงาน ซึ่งตามคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สำหรับผู้ป่วยนอก⁽²²⁾ ได้แบ่งชนิดของโรคความดันโลหิตเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Essential or Primary Hypertension)

เป็นภาวะที่พบได้มากที่สุด (ประมาณ 90-95% ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด) ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงยังไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน แต่มักเกิดจากปัจจัยหลายประการที่

ร่วมกัน เช่น พันธุกรรมที่มีผลต่อการควบคุมเกลือโซเดียมในร่างกาย การใช้ชีวิตที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารเค็มเกินไป การเครียด หรือการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

- ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension)

เกิดจากสาเหตุเฉพาะเจาะจง เช่น โรคไต โรคต่อมหมวกไต หรือการใช้ยาบางชนิดที่สามารถเพิ่มความดันโลหิตได้ ซึ่งพบได้น้อย (ประมาณ 5-10% ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด) แต่สามารถรักษาให้หายได้ถ้ารักษาโรคที่เป็นสาเหตุได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 ระดับความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาของหน่วยงานต่าง ๆ

ระดับความรุนแรง	BP category (มิลลิเมตรปรอท)	ACC/AHA 2017	ESC/ESH 2023	THAI HT guideline 2019
optimal	SBP and/or		< 120	
	DBP		<80	
normal	SBP and/or	< 120	120-129	120-129
	DBP	<80	80-84	80-84
high normal	SBP and/or	120-129	130-139	130-139
	DBP	<80	85-89	85-89
hypertension				
stage I	SBP and/or	130-139	140-159	140-159
	DBP	80-89	90-99	90-99
stage II	SBP and/or	≥140	160-179	160-179
	DBP	≥ 90	100-109	100-109
stage III	SBP and/or		≥180	≥180
	DBP		≥110	≥110

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง⁽²²⁾

ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะเป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (essential hypertension หรือ primary hypertension) ซึ่งไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ แต่ก็มีข้อสันนิษฐานว่าโรคนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น

- ปัจจัยด้านชีววิทยา

- อายุ โดยทั่วไปแล้วอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากระบบหลอดเลือดและหัวใจของคนเราจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย การทำงานของหลอดเลือดอาจจะลดประสิทธิภาพลง และหลอดเลือดอาจจะมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

- เพศ เพศชายมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิงในช่วงวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน เนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ แต่เมื่อเพศหญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีบทบาทในการช่วยปกป้องหลอดเลือดจะลดลง ส่งผลให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจนเทียบเท่ากับเพศชาย

- เชื้อชาติ คนผิวดำมักจะเริ่มมีความดันโลหิตสูงในช่วงอายุที่ค่อนข้างน้อย (ในช่วงวัยกลางคน) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ หรือโรคไต มากกว่าคนผิวขาว อาจจะเป็นผลมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต หรือได้รับการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ

- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การมีประวัติครอบครัวหรือญาติสายตรงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เพราะพันธุกรรมมีบทบาทในการกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้นี้ โดยผู้ที่มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติ ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงถึง 2.23 เท่า เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรมสามารถส่งผลต่อการทำงานของหลอดเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต และการตอบสนองต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด เป็นต้น

○ การเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะที่มีระดับอินซูลินในเลือดสูง (hyperinsulinemia) สามารถส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตได้ โดยมีหลายกลไกที่เกี่ยวข้องกัน

1. การดุดกลับโซเดียม: เมื่อมีระดับอินซูลินสูงในเลือด อินซูลินจะกระตุ้นให้ไตดุดกลับโซเดียมมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น และเพิ่มปริมาณเลือด (blood volume) ส่งผลให้ต้องใช้แรงดันสูงขึ้นในการขับเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2. กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก: อินซูลินยังสามารถกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งเป็นส่วนของระบบประสาทที่มีบทบาทในการควบคุมการทำงานของหลอดเลือดและการเต้นของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มแรงต้านในการไหลเวียนของเลือด (vascular resistance) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

○ ดัชนีมวลกาย (BMI) ภาวะน้ำหนักตัวเกิน หรือที่เรียกกันว่าโรคอ้วน (Obesity) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน โดยการมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เกินค่ามาตรฐาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้หลายวิธี โดยเพิ่มความต้านทานในการไหลเวียนเลือดเนื่องจากเมื่อน้ำหนักตัวเกิน ร่างกายต้องการหลอดเลือดมากขึ้นเพื่อส่งเลือดไปหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดแรงต้านในการไหลเวียนของเลือด และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การเพิ่มระดับฮอร์โมนและสารเคมีในร่างกาย เช่น การเพิ่มระดับอินซูลิน (hyperinsulinemia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นการหลั่งสารจากเซลล์ไขมันที่สามารถทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มความดันโลหิต เพิ่มการเกิดการอักเสบในร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดเสียหายและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.3.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

○ ถิ่นที่อยู่อาศัย มีการศึกษาพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จะมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยในเขตชนบท ซึ่งสาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในเมือง เช่น พฤติกรรมการใช้ชีวิต ความเครียด มลพิษทางอากาศ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพทำให้มีโอกาสตรวจพบโรคได้มากกว่า

○ ระดับการศึกษา การศึกษาในหลายประเทศพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบที่แตกต่างกันประเทศจีน การศึกษาพบว่า ผู้ที่

มีระดับการศึกษาสูงจะมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากกว่า แต่ใน ประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ดังนั้นระดับการศึกษาอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเสี่ยงนี้

○ อาชีพ อาชีพที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยหรือที่ต้องตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินในชีวิตของบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ตำรวจ หรือแม้กระทั่งผู้บริหารระดับสูง มักจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเมื่อร่างกายเผชิญกับความเครียด ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานมาก และเมื่อมีความเครียดสะสมจะทำให้ระดับคอร์ติซอล ในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดการเก็บน้ำและโซเดียมในร่างกาย ส่งผลให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

○ เศรษฐกิจและฐานะทางสังคม การมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีสามารถมีผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้หลายทาง โดยเฉพาะจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่มักเกิดขึ้นในผู้ที่มีรายได้น้อย เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมักจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ อาจต้องบริโภคอาหารที่ราคาถูกซึ่งมีโซเดียมสูง เช่น อาหารแปรรูป หรืออาหารฟาสต์ฟู้ด

1.3.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม

การบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือสูง (มากกว่า 6 กรัมต่อวัน) ถือเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต โดยการบริโภคเกลือมากเกินไปจะทำให้ร่างกายเก็บน้ำมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อส่งเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ การขาดการบริโภคผักและผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูงก็สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เพราะโพแทสเซียมช่วยลดผลกระทบจากโซเดียมในร่างกายและช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวได้ดีขึ้น ในส่วนของ คาเฟอีน ที่พบในกาแฟ โอเลี้ยง หรือเครื่องดื่มน้ำตาลที่มีสารคาเฟอีนผสม ก็สามารถกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน แม้ผลของคาเฟอีนในระยะยาวอาจแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล แต่การดื่มในปริมาณมากอาจเป็นปัจจัยเสี่ยง

○ การออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย จะช่วยให้ค่าความดันโลหิตลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ เพราะการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กับหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจสามารถสูบฉีดเลือดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ลดความเครียด และปรับปรุงสุขภาพโดยรวม ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

○ การจัดการความเครียด ผู้ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการคลายเครียด พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความเครียดสามารถส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการหลั่งสารที่ส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เกิดแรงต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้น

○ การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง สารนิโคตินในบุหรี่มีผลกระทบต่อหลอดเลือดและระบบต่างๆ ในร่างกายหลายด้าน โดยการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดมีการแข็งตัวหรือเสื่อมสภาพ (atherosclerosis) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้เลือดไหลได้ยากขึ้นและต้องใช้ความดันสูงในการส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ และนิโคตินยังส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารเคมีที่ช่วยกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งทำให้แรงต้านในการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น และทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

○ การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถระบุกลไกที่ชัดเจนได้ แต่มีหลายทฤษฎีที่เสนอเกี่ยวกับการที่แอลกอฮอล์อาจส่งผลต่อความดันโลหิต โดยการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากสามารถทำให้ร่างกายเก็บน้ำมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น และเมื่อมีเลือดไหลมากขึ้น หัวใจก็ต้องสูบฉีดเลือดในแรงดันที่สูงขึ้น ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แอลกอฮอล์อาจกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (RAAS) ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยควบคุมปริมาณน้ำและเกลือในร่างกาย เมื่อระบบนี้ทำงานมากเกินไป จะทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มความดันโลหิต

1.4 อาการแสดงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในระยะแรกหรือในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มักจะไม่แสดงอาการชัดเจนในช่วงแรก แต่เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่ได้รับการควบคุม ก็จะเริ่มปรากฏอาการที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นได้ อาการเหล่านี้อาจรวมถึง ปวดมึนท้ายทอย เวียนศีรษะ มึนศีรษะ เลือดกำเดาไหล ตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่ายและใจสั่น ในกรณีที่ความดันโลหิตสูง รุนแรงและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดความเสื่อมและความผิดปกติส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้⁽²²⁾

1.4.1 ผลกระทบทางร่างกาย

- 1) สมอ ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัว ซึ่งทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง และการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack - TIA) หรือในกรณีรุนแรงอาจเกิด โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ สมอบวม (Hypertensive Encephalopathy) ได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเช่น ปวดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง หรือเสียการทรงตัว
- 2) หัวใจ ความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวและแข็งตัวขึ้น ซึ่งจะทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อไหลเวียนไปเลี้ยงร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะ หัวใจขาดเลือด หรือ หัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก
- 3) ไต ความดันโลหิตสูงสามารถทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีการหนาตัวและแข็งตัว ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ส่งผลให้ไตได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง อาจทำให้เกิดภาวะ ไตวาย ซึ่งอาจส่งผลให้ไตหยุดทำงานและในกรณีรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้
- 4) ตา ความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดในจอประสาทตา (Retinal Artery) โดยทำให้หลอดเลือดแดงในตาหนาขึ้น และเกิดการตีบแคบ อาจทำให้เกิด การมีจุดเลือดออกในจอประสาทตา (Retinal Hemorrhage) หรือ จอประสาทตาขาดเลือด ซึ่งจะทำให้มีการลดลงของการมองเห็น ในบางกรณีอาจพบ การตายของชั้นเส้นใยประสาทในจอประสาทตา (Cotton Wool Spot) ซึ่งอาจทำให้มองเห็นไม่ชัดและสูญเสียการมองเห็นได้

5) หลอดเลือดแดงส่วนปลาย ความดันโลหิตสูงทำให้เกิด แรงต้านหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว จากการที่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้น หรือเกิดการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด (Atherosclerosis) หลอดเลือดแดงที่หนาขึ้นและตีบแคบจะส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการของอวัยวะขาดเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่างๆ เช่น การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง (Stroke) หัวใจขาดเลือด หรือไตวาย

1.4.2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตน ผู้ป่วยอาจกังวลเกี่ยวกับการกำเริบของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึก โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน

1.4.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

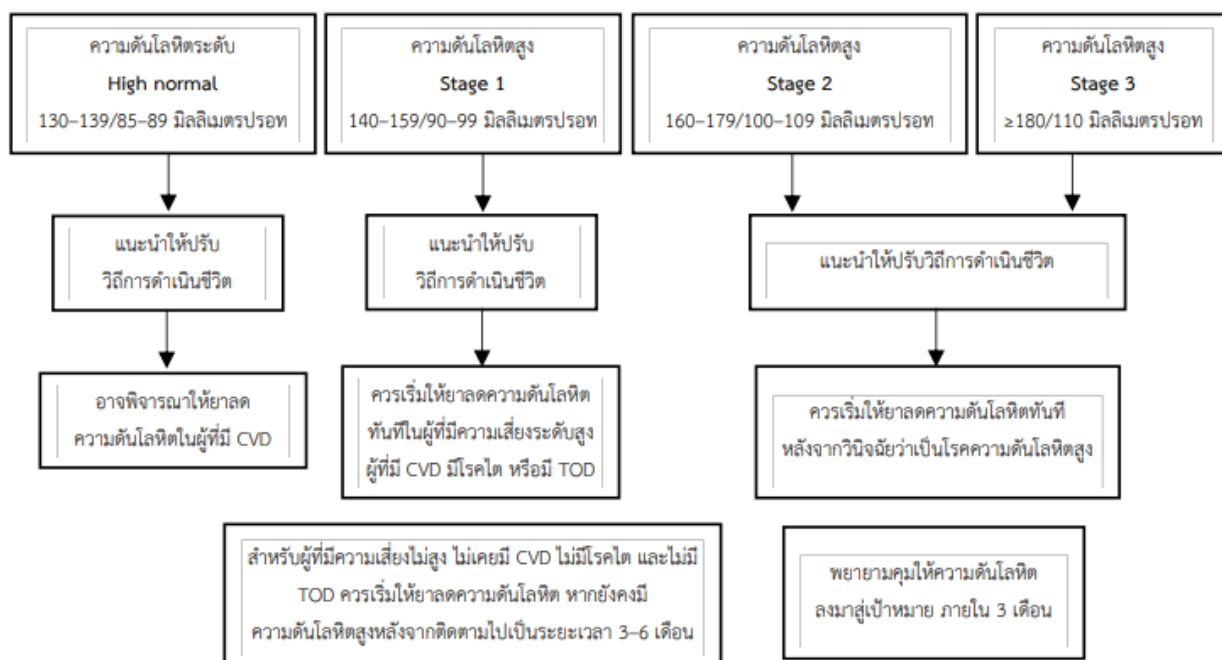
เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเช่น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต จะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ และอาจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น บทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนไป เช่น การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพประจำวัน ส่งผลให้รายได้ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม

1.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁰⁾

การรักษา โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) มี 2 วิธีหลักที่ถือเป็นมาตรฐาน คือ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันเป็นวิธีที่สำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การลดความเครียด 2) การใช้ยาลดความดันโลหิต (Pharmacologic Treatment) เป็นวิธีที่ใช้เมื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไม่เพียงพอในการควบคุมความดันโลหิตหรือเมื่อผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงในระดับที่ต้องการการรักษาอย่างเข้มงวด จากการศึกษาพบว่า การลดความดันโลหิต โดยการลด Systolic Blood Pressure (SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือ Diastolic Blood Pressure (DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ลงร้อยละ 15 ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลงร้อยละ 35 ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) ลงร้อยละ 20 ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว ลงร้อยละ 40 นอกจากนี้

การลดความดันโลหิตยังช่วย ป้องกันการเสื่อมสภาพของการทำงานของไต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายมากขึ้น

รูปที่ 1 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ที่สถานพยาบาล



- TOD หมายถึง target organ damage
- CVD หมายถึง Cardiovascular Disease

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1 นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กล่าวว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีนั้นมีผลต่อการลดอัตราการตาย การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับที่ดี และมีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและการเข้ารับบริการสุขภาพในด้านการป้องกันได้มากขึ้น⁽²³⁾

Institute of Medicine (IOM) ให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ความรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังต่อข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่นๆ อีกด้วย⁽²³⁾

Don Nutbeam กล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ ช่วยเสริมแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูล ข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง นั่นคือ ความสามารถในการนำความรู้ ที่มีมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อรักษาสุขภาพให้คงทนและดีขึ้นต่อไป⁽²³⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้ให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และความสามารถทางด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะตระหนักและประเมินสถานะสุขภาพ ของตนเอง และตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เลือกใช้บริการและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ อย่างเหมาะสมตามความต้องการและสภาวะสุขภาพของตนเอง⁽²³⁾

จากคำนิยามที่ระบุมามากมาย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของทักษะต่างๆ ที่จำเป็น สำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองได้แก่ ทักษะการรับรู้ (ซึ่งรวมถึงการอ่าน การพูด และการ เขียน) ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้สื่อออนไลน์ ทักษะการเรียนรู้ (ซึ่งรวมถึงการจดจำ การคิด วิเคราะห์ และการทำความเข้าใจ) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการ ตนเอง การพิจารณาเหล่านี้จะช่วยสร้างฐานความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับบุคคลในการดูแลสุขภาพ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.2 ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดของ Nutbeam แบ่งองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ระดับ Basic/Functional Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน: ระดับนี้ เน้นทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจเนื้อหาสาระที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีความสามารถในการอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) และเข้าใจข้อมูล การดูแลสุขภาพที่เขียนไว้ นอกจากนี้ยังรู้จักจำแนกและทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งในรูปแบบ ข้อความและวาจา เช่น จากแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เช่น การรับประทานยา การนัดหมาย เป็นต้น

2. ระดับ Interactive Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์: ระดับนี้มุ่งเน้นทักษะในการนำความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการแสดงออก เช่น การเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจ เข้าใจเหตุผลและผลกระทบของการตัดสินใจที่ตนเองทำ สามารถสื่อสารและโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือคำแนะนำเพื่อการดูแลสุขภาพ

3. ระดับ Critical Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพระดับวิเคราะห์: ระดับนี้เน้นการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลสุขภาพโดยเฉพาะ เพื่อให้สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและพิจารณาข้อมูลที่ได้รับอย่างมีสติและเป็นอิสระ โดยการตัดสินใจเชิงวิเคราะห์และการปฏิบัติอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลเชิงลบหรือเชิงบวกในชุมชนและสังคมที่ตนเองมีส่วนเกี่ยวข้องแนวคิดของ Nutbeam "Conceptual model of health literacy as a risk" ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้⁽¹²⁾

1. การเข้าถึงข้อมูล (Access) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง หมายถึง ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

6. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง "ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค" ในกรณีที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพของพวกเขา แนวคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัยในการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น

2.3 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ

มีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพอีกมากมายที่มีความหลากหลายในการใช้งานและวัตถุประสงค์ต่างกันไป⁽²⁴⁾ เช่น

1. The eHealth Literacy Scale (eHEALS) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต โดยผู้ใช้จะตอบคำถามเพื่อประเมินระดับของทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง และวัดจากมุมมองของผู้ใช้เอง (self-report) มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ใช้เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่พบในโลกออนไลน์ได้ดียิ่งขึ้น และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเครื่องมือ eHEALS มีทั้งหมด 6 ด้านที่วัดความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1.1 วัฒนธรรม (Traditional): การประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพในเชิงทางด้านวัฒนธรรมและประเพณีของสังคม

1.2 ข้อมูลข่าวสาร (Information): การประเมินความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพที่เป็นประโยชน์

1.3 สุขภาพ (Health): การประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและโรคภัยทางสุขภาพต่างๆ

1.4 คอมพิวเตอร์ (Computer): การประเมินความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง

1.5 สื่อ (Media): การประเมินการเข้าใจและใช้สื่อต่างๆ เช่น วิดีโอ ภาพยนตร์ หรือโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.6 การรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy): การประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และการทดลองทางวิทยาศาสตร์การวัดแต่ละด้านนี้จะช่วยให้ผู้ใช้รับรู้ถึงความคิดเห็นของตนเองในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเกี่ยวข้องกับสุขภาพและสามารถปรับปรุงทักษะต่างๆ ในด้านที่ต้องการได้ตามความเหมาะสม

2. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความเข้าใจในการคำนวณเลขคณิต เป็นแบบทดสอบที่ถูกนำมาใช้ในการวัดความรู้ด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มเด็ก เยาวชนและผู้ใหญ่ TOFHLA ประกอบด้วยข้อสอบทั้งหมด 67 ข้อ ที่ทดสอบความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ และคำนวณเลขคณิต โดยมี 17 ข้อ เป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์และคำนวณเลขคณิต และมี 50 ข้อเป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การใช้ TOFHLA ช่วยให้ผู้ที่ทดสอบสามารถประเมินระดับความเข้าใจในเนื้อหาทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพของผู้ทดสอบได้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวิเคราะห์และปรับปรุงการให้บริการทางการแพทย์ให้เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ

3. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวินิจฉัยและวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพสามารถประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยใช้การประเมินทักษะในการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ การประเมินใน REALM จะคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา และสื่อการสอนด้านสุขศึกษามาเพื่อให้ผู้ทดสอบให้คำตอบหรืออ่านคำพูดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์เหล่านั้น REALM มีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือ

3.1 ทักษะการอ่าน: การจดจำคำหรือเข้าใจการอ่านและคำนวณคำ

3.2 ทักษะอื่นที่จำเป็น: เช่น ความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียนและการอ่าน

4. Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การสื่อสารและการมี วิจารณ์ญาณ เป็นตามแนวคิดที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Nutbeam แบบวัด FCCHL แบ่งระดับความรู้ด้าน สุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้

4.1 ระดับขั้นพื้นฐาน: เป็นการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและ สถานพยาบาลทั่วไปที่ผู้ป่วยเคยพบเจอ

4.2 ระดับการมีปฏิสัมพันธ์: เป็นการถามเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ โรคเบาหวานตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค

4.3 ระดับการวิพากษ์: เป็นการถามเกี่ยวกับวิธีที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการ ตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

5. Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นเครื่องมือทดสอบการอ่านศัพท์ ทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นโดย Hanson-Drivers มีลักษณะคล้ายกับ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) โดยมุ่งเน้นการประเมินความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการ แพทย์ แบบทดสอบ MART ให้ความสำคัญกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ทดสอบไม่สามารถอ่านได้ ซึ่งอาจเป็น เพราะคำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่ปรากฏในใบสั่งยาหรือแผ่นพับ เนื่องจากการพิมพ์ อักษรด้วยตัวอักษรขนาดเล็กหรือบนกระดาษที่มันวาวอาจทำให้การอ่านมีความยากลำบาก ซึ่ง นอกจากนี้นี้ยังเน้นให้ผู้ทดสอบต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ด้วยตนเอง

6. การวัด HL (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีองค์ประกอบทั้งหมด 4 องค์ประกอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.86

7. แบบวัด ABCDE-HL Scale of Thai Adults มีการวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีฉบับยาวที่ประกอบด้วย 36 ข้อ และฉบับสั้นที่ประกอบด้วย 19 ข้อ ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.67 - 0.91 สำหรับฉบับ ยาว และระหว่าง 0.60 - 0.79 สำหรับฉบับสั้น

8. แบบวัด HL สำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight) ประกอบด้วย 35 ข้อ และมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.70 - 0.82

9. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักหลักสูตรสุขภาพแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-14 ปี ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย กองสุกศึกษาร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2558 โดยมีแบบฉบับยาว: ประกอบด้วย 44 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.69-0.7 และฉบับสั้น: ประกอบด้วย 30 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's Alpha ระหว่าง 0.55-0.81

10. เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁵⁾ มีคำถามทั้งหมด 145 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.54 - 0.97 ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในการวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การแบ่งช่วงคะแนนของผู้มีความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพมีดังนี้: ระดับคะแนน > ร้อยละ 75: ผู้มีความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้ง ระดับคะแนน < ร้อยละ 75: ผู้มีความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำกว่าหรือเทียบเท่ากับระดับรู้จัก

3. ความร่วมมือในการใช้ยา⁽²⁶⁾

3.1 คำนิยาม

ความร่วมมือในการใช้ยามักใช้คำว่า adherence และ compliance โดยทั้งสองคำนี้มีความหมายที่แตกต่างกัน คือ Compliance หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งการใช้ยาในลักษณะนี้เป็น การปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำสั่งจากแพทย์เพียงอย่างเดียว Adherence หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ แต่ในการตัดสินใจนั้นจะเกิดจากการพูดคุยและการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษาและใช้ยาตามความเต็มใจและความสะดวกของตนเอง เป็นการสร้างความร่วมมือในการรักษาระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

3.2 วิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา

การวัดความร่วมมือในการใช้ยาสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธี ดังนี้

- การวัดความร่วมมือในการใช้ยาทางตรง: เป็นการวัดที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (เช่น แพทย์หรือพยาบาล) ใช้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจจะรวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การใช้แบบสอบถาม หรือการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้ยา ตัวอย่างเช่น การถามผู้ป่วยว่าได้ทานยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ หรือการตรวจสอบภายในระยะเวลาที่กำหนดว่าได้ใช้ยาตามแพทย์สั่งหรือไม่

- การวัดความร่วมมือในการใช้ยาทางอ้อม เป็นการวัดที่ไม่ได้ใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง แต่ใช้ข้อมูลทางอ้อมเพื่อประเมินความร่วมมือ เช่น การตรวจสอบระดับยาในเลือดหรือ

ปัสสาวะ เพื่อดูว่าผู้ป่วยได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ หรือการตรวจสอบปริมาณยาในบรรจุภัณฑ์ (เช่น จำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่) เพื่อประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย

4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลด/ควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะสามารถลด/ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ผ่านผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นใน 4 มิติ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และผลลัพธ์ต่อสุขภาพในด้านอื่นๆ⁽¹⁰⁾

การศึกษาของมนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฤณอมพันธ์⁽²⁷⁾ ที่เลือกใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 126 คน ที่มารับบริการคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และอาจปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ถูกต้องบ้าง พฤติกรรมสุขภาพ ได้คะแนนร้อยละ 76.22 อยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

4.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาของฉัตรสกุล แมบจันทิก และคณะ⁽²⁸⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และวัดระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ 2ส โดยประยุกต์จากเครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน โดยการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีสามารถอ่านออกเขียนได้ ทำให้สามารถศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเอง และทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากขึ้น

การศึกษาของนริศรา แก้วบรรจักษ์ และคณะ⁽²⁹⁾ ที่ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของคน ไทย โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วัดระดับความรู้และ พฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 150 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพหลายด้านที่อยู่ในระดับไม่ตึงถึงพอใช้ ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ร้อยละ 43.33 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 82 การจัดการ เจ็บป่วยทางสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี 51.33 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 37.33 และทักษะด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยเพศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาของ นลินี หนูห้วง⁽³⁰⁾ ที่ทำการศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนม จำนวน 302 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับความรู้ แจ่มจ๋า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์นี้ในปัจจัยส่วนบุคคลด้วยเช่นกัน ได้แก่ ระดับ การศึกษา และอายุ

การศึกษาในต่างประเทศของ Ujie Wang และคณะ⁽³¹⁾ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ รอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยใน ประเทศจีน จำนวน 401 คน โดยวัดความรู้ด้านสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่ สื่อสุขภาพ อาหารที่ควร หลีกเลี่ยง ฉลากยา การตรวจสอบสัญญาณชีพ ความสามารถในการทำความเข้าใจ และวัดผลลัพธ์ทาง คลินิกคือระดับความดันโลหิต ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตสูงจะมีความรอบรู้สูงเช่นกัน และผู้ที่ได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมก็จะมีความรู้ที่ดีกว่า

4.3 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาและความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษาของ Yang Heui Ahn และ Ok Hyung Ham⁽³²⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 289 คน ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการจัดการและการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและมีความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำ และกลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการและการดูแลตนเองในระดับสูง จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูง แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มที่เป็นหม้ายจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สมรส

การศึกษาของ มิรันตรี จงเจือกกลาง⁽²⁶⁾ ที่ศึกษาระดับความดันโลหิตและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับยาต่อเนื่องที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นกับคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 147 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่รับยาร้านยาชุมชนอบอุ่น จำนวน 49 คน รับยาที่โรงพยาบาลจำนวน 98 คน พบว่า ผู้ป่วยที่รับยาร้านยาชุมชนอบอุ่น มีความร่วมมือในการใช้ยาและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่รับยาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.4 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

การศึกษาของ กิรติ กิจธีระวุฒิวงษ์และคณะ⁽³⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพระ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 404 คน พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เป็น 1.78 เท่าของเพศหญิง ผู้ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เป็น 4.31 เท่าของผู้ที่รับประทานยาต่อเนื่อง และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² มีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เป็น 1.88 เท่า ของกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ม²

การศึกษาของ Pithchayapat Wannasirikul และ Lakkhana Termsirikulchai⁽³³⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์แบบสอบถามจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วย

เบาหวานของประเทศญี่ปุ่น และวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยเครื่องมือ Adherence to Refills and Medication Scale (ARMS) โดยการศึกษาี้ ประเมินปัจจัยทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล 2) ทักษะการอ่านและการทำความเข้าใจ 3) องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา) 4) วัฒนธรรมและสังคม 5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้ทฤษฎีของ Don Nutbeam ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขหรือตัวอักษรของผลิตภัณฑ์ยา การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ 6) ความร่วมมือในการใช้ยา ร่วมกับการเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ มีความร่วมมือในการใช้ยาดี และจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 80 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดได้แก่ ทักษะการอ่าน การทำความเข้าใจ องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรค วัฒนธรรมและสังคม และปัจจัยเหล่านี้ยังส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้วย แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา อย่างไรก็ตาม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตมากที่สุด

การศึกษาของ Saber Gaffari-Fam⁽³⁴⁾ ในประเทศอิหร่าน ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิตต่อการควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้น ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน ใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่ 1) ทักษะการอ่าน 2) ทักษะการทำความเข้าใจ 3) ความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 5) ความสามารถในการตัดสินใจ และใช้เครื่องมือประเมินรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยประเมินรูปแบบการดำเนินชีวิต 4 มิติ ได้แก่ 1) สุขภาพจิต 2) การควบคุมน้ำหนักและอาหาร 3) การออกกำลังกาย 4) ความร่วมมือการใช้ยา ซึ่งการศึกษานี้พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต การขาดข้อมูลและความเข้าใจทางด้านสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลด้วย เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาของ Chan Joo Lie และคณะ⁽⁶⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม รูปแบบการใช้ยา การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางแพทย์ และการวัดคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 1,011 คน ใน

ประเทศเกาหลี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ลักษณะของกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระหว่างกลุ่มผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีประวัติการสูบบุหรี่ ใช้จำนวนรายการยาในการควบคุมความดันโลหิต ≥ 3 ชนิด และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ คุณภาพชีวิต การมีโรคประจำตัวร่วม การเข้ายาในการควบคุมความดันโลหิต ≥ 3 ชนิด แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยความร่วมมือในการเข้ายาในผู้ป่วยป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันและไม่มีสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต

การศึกษาของ Getu Gamo Sagaro⁽³⁵⁾ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับระดับความดันโลหิต ในกลุ่มตัวอย่างนักเดินเรือจำนวน 603 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มข้าราชการ และกลุ่มที่ไม่ใช่ข้าราชการ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มที่ไม่ใช่ข้าราชการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น แปรผันตามค่าดัชนีมวลกาย ดังนั้นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาของ Na Tang และคณะ⁽³⁶⁾ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกายและภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เมืองฉางชา ประเทศจีน โดยเก็บตัวอย่างจำนวน 2,740 คน พบว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ และผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง มีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีไขมันปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ก็ไม่ได้เป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาของ Jiaofeng Gui และคณะ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะอ้วนและระดับไขมัน ต่อความสัมพันธ์ในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างวัยกลางคนและสูงอายุชาวจีน จำนวน 9,488 คนที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภาวะอ้วนและระดับไขมัน เป็นปัจจัยสัมพันธ์ในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยตัวชี้วัดของภาวะอ้วนและระดับไขมันทุกตัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อัตราส่วนเส้นรอบเอวและส่วนสูง ดัชนีไขมันหน้าท้อง คะแนนการวินิจฉัยโรคตบคั่งไขมัน ดัชนีมวลกลม ดัชนีรูปร่าง ค่าดัชนีไตรกลีเซอไรด์ -

กลูโคส โดยค่าที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ได้แก่ ค่าดัชนีไขมันหน้าท้อง (Chinese visceral adiposity index : CVAI)

การศึกษาของ Beatrice A. Golomb และคณะ⁽³⁷⁾ ทำการศึกษาการลดระดับความดันโลหิตด้วยยา กลุ่มสตาติน ในกลุ่มตัวอย่างในรัฐแคลิฟอร์เนีย ที่มีระดับไขมัน LDL อยู่ในช่วง 115 – 190 mg/dl จำนวน 973 คน และมีการใช้ยา simvastatin 20 mg หรือ pravastatin 40 mg เป็นระยะเวลา 6 เดือน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาหลอก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยากกลุ่มสตาติน สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาหลอก โดยลดระดับความดันโลหิตได้ 2.4 – 2.8 มิลลิเมตรปรอท

การศึกษาของ Alexandros Briasoulis และคณะ⁽³⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในรูปแบบ meta-analysis เกี่ยวกับผลของการใช้ยากกลุ่มสตาตินจำนวน 40 การศึกษา ที่ใช้ยากกลุ่มสตาตินร่วมกับการรักษาพื้นฐานหรือร่วมกับยาหลอก พบว่า ยากกลุ่มสตาตินสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 2.62 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้เฉลี่ย 0.94 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความจำเพาะต่อโรคความดันโลหิตสูง และจากผลการวิเคราะห์เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือดังกล่าวสามารถแยกแยะผู้ที่มีการปฏิบัติ 3๐2๕ (อารมณ์ดี ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสม) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ที่ค่อนข้างสูง ซึ่งมีค่าประมาณ ร้อยละ 70-80 ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าแบบประเมินในส่วนของการปฏิบัติในกรณีที่ถูกถามปัญหาต่างๆ มีคุณภาพเครื่องมือดี โดยสามารถจำแนกผู้ที่มีความเข้าใจต่ำและมีแนวโน้มการปฏิบัติไม่ดีได้ถึง ร้อยละ 87.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้มีความเชื่อถือได้และมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติได้อย่างแม่นยำ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนของศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายของเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง ทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบตาพุด ศูนย์บริการสาธารณสุขโสภณ ศูนย์บริการสาธารณสุขตากวน ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบข่า ศูนย์บริการสาธารณสุขโชดหิน ศูนย์บริการสาธารณสุขเกาะกอก ศูนย์บริการสาธารณสุขห้วยโป่ง จำนวน 5,053 ราย (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ณ วันที่ 11 กันยายน 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายของเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง ทั้งหมด 7 แห่ง โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง
- 2) มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
- 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งฟัง และพูดได้อย่างเข้าใจ
- 4) เข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแพทย์นัด ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีค่าระดับความดันโลหิต อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเนื่องกัน
- 5) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดออก

- 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์
- 2) เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์

2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7³⁷ โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) และกำหนดค่าต่างๆ ในการคำนวณ ดังนี้

- ขนาดของอิทธิพล เท่ากับ 2.06⁽¹⁴⁾
- ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) ที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05
- ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.90

คำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 345 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 380 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลในแต่ละศูนย์บริการ ทั้งหมด 7 แห่ง โดยคำนวณตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแต่ละศูนย์บริการ (proportional to size sampling) ได้ดังตาราง

หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (คน)	การคำนวณ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบตาพุด	1,372	$(380 \times 1,372) / 5,053$	103
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขมาบตาพุด	317	$(380 \times 317) / 5,053$	24
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขเกาะกอก	338	$(380 \times 338) / 5,053$	25
4. ศูนย์บริการสาธารณสุขโชคหิน	553	$(380 \times 553) / 5,053$	42
5. ศูนย์บริการสาธารณสุขห้วยโป่ง	1,640	$(380 \times 1,640) / 5,053$	123
6. ศูนย์บริการสาธารณสุขตากวน	436	$(380 \times 436) / 5,053$	33
7. ศูนย์บริการสาธารณสุขโสภณ	397	$(380 \times 397) / 5,053$	30
รวม	5,053		380

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการสุ่มเลขจากบัตรคิว โดยใช้ลำดับการสุ่มคิวทุกลำดับที่ 5 หากกลุ่มตัวอย่างในลำดับที่สุ่มได้ไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างในคิวลำดับถัดไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 องค์ประกอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน (ภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ โรคร่วม ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติระดับความดันโลหิต ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยา พิจารณาจากจำนวนยาที่เหลือของผู้ป่วย และนำมาคำนวณด้วยสูตร⁽³⁹⁾

$$\frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ}}$$

จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ

แปลผลความร่วมมือในการใช้ยา ได้ดังนี้

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 จัดเป็น มีความร่วมมือในการใช้ยาที่เพียงพอ
- คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 80 จัดเป็น มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

ในการศึกษานี้จะประเมินความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพัฒนาจากความร่วมมือกันระหว่างกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยมหิดล โดยชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นิละไพจิตร⁽²⁵⁾ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในส่วนประเมินเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยตัดข้อคำถามในหมวด Q1200 เฉพาะผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ข้อ Q1201-Q1216 ออก โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยนี้ได้จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา (ภาคผนวก ข) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ประกอบด้วยหัวข้อการประเมินความรู้ 8 ด้าน โดยในแต่ละหัวข้อมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ค ได้แก่

- 1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.81)
- 2) การอ่านศัพท์พื้นฐาน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.98-0.99)
- 3) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.82)
- 4) การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.54)
- 5) ความรู้ความเข้าใจ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.78-0.89)
- 6) การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.97)
- 7) แบบประเมินการตัดสินใจ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.73)
- 8) แบบประเมินการปฏิบัติตัว 3อ2ส (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ท 0.78)

เกณฑ์การให้คะแนน อ้างอิงจากงานวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁵⁾ ค่าระดับคะแนนใช้ในส่วนผู้ที่เป็นเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียด ดังนี้

ด้านที่	ลักษณะของคำถาม	จำนวนข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	ข้อคำถามตัวเลือกแบบประมาณค่า 4 ระดับ	2 ข้อ	- ทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน - บ่อยครั้ง ได้ 2 คะแนน - นาน ๆ ครั้ง ได้ 3 คะแนน - ไม่เคย ได้ 4 คะแนน
2) การอ่านศัพท์พื้นฐาน	คำศัพท์ทางการแพทย์ นำมาจัดเรียงตามเกณฑ์คำที่ควรอ่านได้ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	66 คำ	- อ่านไม่ถูกต้อง หรืออ่านไม่ได้ ได้ 0 คะแนน - อ่านได้ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน คือ
3) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	จับคู่ข้อความที่สอดคล้องกัน เนื้อหาของแบบทดสอบมาจากตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด	8 ข้อ	- ตอบถูก ได้ 1 คะแนน - ตอบผิด ได้ 0 คะแนน
4) การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	ข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่, ไม่ใช่)	5 ข้อ	- ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน - ใช่ ได้ 1 คะแนน

ด้านที่	ลักษณะของคำถาม	จำนวน ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
6) การปฏิบัติใน กรณีถูกถามปัญหา ต่างๆ	ข้อคำถามตัวเลือกแบบประมาณค่า 5 ระดับ	17 ข้อ	<ul style="list-style-type: none"> - บอกลำดับให้พูดแทน ได้ 1 คะแนน - ไม่ตอบ ได้ 2 คะแนน - พยายามตอบ ได้ 3 คะแนน - ตอบเองได้ทันที ได้ 4 คะแนน - ตอบและถามเพิ่ม ได้ 5 คะแนน
7) การตัดสินใจ	<p>ส่วนที่ 1 การตัดสินใจกรณีต่างๆ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก</p> <p>ส่วนที่ 2 สิ่งปฏิบัติเมื่อท่านต้อง เดินทางไปนอกพื้นที่แบบประมาณ ค่า 4 ระดับ</p>	4 ข้อ 7 ข้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ตอบถูกให้ 1 คะแนน - ตอบผิดให้ 0 คะแนน - เป็นไปได้มาก ได้ 4 คะแนน - พอเป็นไปได้ ได้ 3 คะแนน - เป็นไปได้น้อย ได้ 2 คะแนน - ไม่ทำ ได้ 1 คะแนน
8) แบบประเมิน การปฏิบัติ 3๐2ส	ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมตาม 3๐2ส แบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ทำเลย, นาน ๆ ครั้ง, 3 วัน ต่อสัปดาห์, 5 วันต่อสัปดาห์, ทุก วัน	8 ข้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อ สัปดาห์ขึ้นไป จัดเป็น ระดับ แตกฉาน - ปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ หรือปฏิบัติ 3 วัน ต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบาง พฤติกรรม จัดเป็น ระดับไม่ แตกฉาน

การแปลผล

1. แบบประเมินในด้านที่ 1-7 ให้นำคะแนนมารวมกัน คะแนนรวมเท่ากับ 224 คะแนน โดยจะแปลผล ดังนี้

- 0-167 คะแนน หรือน้อยกว่า 75% ของคะแนนเต็ม แปลผลคือ เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ระดับต่ำ
- 168-224 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 75% ของคะแนนเต็ม แปลผลคือ เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ระดับสูง

2. แบบประเมินในด้านที่ 8 แยกระดับการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ทำเลย, นาน ๆ ครั้ง, 3 วันต่อสัปดาห์, 5 วันต่อสัปดาห์ และทุกวัน แปลผลจากความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

- ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป จัดเป็น มีพฤติกรรม 3อ2ส ระดับต่ำ
- ปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรมจัดเป็น มีพฤติกรรม 3อ2ส ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การควบคุมระดับความดันโลหิต

การควบคุมความดันโลหิต จะพิจารณาระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 2 ครั้งสุดท้ายต่อเนื่องตามผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการ ตามตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีของของกรมควบคุมโรค ปี 2565⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วย

1) ครั้งที่ 1 คือ ความดันโลหิตครั้งก่อนหน้าที่บ้านที่กในระบบ HOSxP PCU ของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง หรือข้อมูลความดันโลหิตจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่บ้านที่กโดยบุคลากรทางการแพทย์

2) ครั้งที่ 2 คือ ความดันโลหิตที่วัด ณ วันที่เก็บข้อมูล โดยข้อมูลระดับความดันโลหิต มีการแปลผล ดังนี้

- ระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 mmHg จำนวน 2 ครั้งต่อเนื่อง จัดเป็น ควบคุมระดับความดันโลหิตได้
- ระดับความดันโลหิต เท่ากับหรือมากกว่า 140/90 mmHg จัดเป็น ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

3.2 ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัย
2. ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในส่วนที่พัฒนาขึ้นใหม่ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร ใช้วิธีการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (รายชื่อ แสดงในภาคผนวก ค) พิจารณาตรวจสอบรายละเอียดของเนื้อหา ความชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (ผลการทดสอบกำหนดค่า Index of item objective congruence: IOC เท่ากับ 0.8)
3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญและมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาที่เป็นไปตามกำหนดแล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ซึ่งจะไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา เพื่อให้นักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ซักซ้อมก่อนทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม
4. ปรับปรุงและแก้ไขแบบสอบถาม จัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดการอบรมให้ผู้ช่วยวิจัย (ผู้ช่วยเกสซ์กร) ให้มีความเข้าใจในข้อคำถามและแนวทางการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยวิจัยฝึกการสัมภาษณ์ให้สามารถทำการสัมภาษณ์ได้ก่อนการเก็บข้อมูลจริง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 7 แห่งที่ทำการศึกษาดังแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 ในเวลา 8.00 - 12.00 น. เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยเฉลี่ยมีผู้รับบริการในแต่ละศูนย์บริการประมาณวันละ 40 คน มีขั้นตอนดังนี้

- 1) คัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 7 แห่งที่ทำการศึกษามีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม ใช้วิธีการประเมินจากการได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และเริ่มรับประทานยาเพื่อรักษาโรคนั้น ๆ มาก่อนวันที่มีการสัมภาษณ์
- 2) สุ่มเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการสุ่มจากเลขลำดับของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจะเป็นการเลือกตัวอย่างทุกลำดับที่ 5 จนกว่าจะครบตามจำนวน หากกลุ่มตัวอย่างในลำดับที่สุ่มได้ไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างในคิวลำดับถัดไป

3) ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยเพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมในงานวิจัย โดยให้ข้อมูลรายละเอียดของงานวิจัยแก่ผู้ป่วย ข้อมูลเรื่องสิทธิและการพิทักษ์สิทธิ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พร้อมกับขออนุญาตเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจะให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (Informed Consent form) ทั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ไว้เป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ลงในแบบสอบถาม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น และภายหลังจากการเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

4) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลในแบบสอบถาม โดยใช้เวลา ประมาณ 15-20 นาที

5) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยจากระบบ HOSxP PCU ของศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละแห่ง หรือข้อมูลความดันโลหิตจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่บันทึกโดยบุคลากรทางการแพทย์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถาม บันทึกข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายให้เห็นคุณลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ความร่วมมือในการใช้ยา วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ดังนี้

2.1 Chi – square test

- ใช้เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

2.2 Binary logistic regression

- ใช้เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกับการควบคุมความดันโลหิต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Multivariable Logistic Regression โดยตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และตัวแปรตาม คือ การควบคุมความดันโลหิต โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ควบคุมความดันโลหิตได้ และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มของตัวแปรต้นใหม่เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ตามเงื่อนไขของสถิติ นำเสนอผลของความสัมพันธ์ด้วยค่าอัตราส่วน Odds ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% confidence interval (CI) และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เลขที่ REC 66.0703-100-6280 วันที่รับรอง 29 สิงหาคม 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศ เอลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับ และข้อกำหนดภายในประเทศ (ภาคผนวก ง)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายเทศบาลเมืองมาบตาพุด และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 380 คน ด้วยแบบสอบถาม เก็บข้อมูลในช่วงเดือน ธันวาคม 2566 – มกราคม 2567 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 การใช้ยา

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- 2.1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ
- 2.2 การอ่านศัพท์พื้นฐาน
- 2.3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข
- 2.4 ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ
- 2.5 ความรู้ความเข้าใจ
- 2.6 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ
- 2.7 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต
- 2.8 แบบประเมินการปฏิบัติ 3๒2ส

ส่วนที่ 3 การควบคุมระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 4 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 5 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ กับการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นเพศชาย ร้อยละ 24.5 เพศหญิง ร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.3 อายุเฉลี่ย 62.9 ปี (S.D. = 10.4) โรคประจำตัวร่วม ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 43.2 ไขมัน ร้อยละ 73.2 ข้อมูลดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 36.6 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.2 kg/m² (S.D. = 5.1) ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 50.0 ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมหรือต่ำกว่า ร้อยละ 66.9 และมีรายได้อยู่ในช่วงเพียงพอบางครั้ง ร้อยละ 39.5 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสร้อยละ 60.5 ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยสูบ ร้อยละ 87.9 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ดื่มจำนวน ร้อยละ 86.6 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (N = 380)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	24.5
หญิง	287	75.5
อายุ ค่าสูงสุด = 88 ค่าต่ำสุด = 30 ค่าเฉลี่ย = 62.9 S.D. = 10.4		
30 – 39 ปี	10	2.6
40 – 49 ปี	28	7.4
50 – 59 ปี	94	24.7
60 ปีขึ้นไป	248	65.3
โรคประจำตัวร่วม		
เบาหวาน	164	43.2
ไขมันในเลือดสูง	278	73.2
อื่นๆ *	20	5.3

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (N = 380) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย ค่าสูงสุด = 49.9 ค่าต่ำสุด 15.1 ค่าเฉลี่ย = 26.2 S.D. = 5.1		
< 18.5 (ผอม)	11	2.9
18.5 – 22.9 (ปกติ)	90	23.7
23 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	70	18.4
25-29.9 (อ้วนระดับ1)	139	36.6
มากกว่า 30 ขึ้นไป (อ้วนระดับ2)	70	18.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	190	50.0
รับจ้าง	76	20.0
ค้าขาย	56	14.7
เกษตรกร	26	6.8
ธุรกิจส่วนตัว	20	5.3
พนักงานบริษัทเอกชน	9	2.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	0.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	254	66.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	20.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	29	7.6
ปวส. / อนุปริญญา	12	3.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	1.6
รายได้		
เพียงพอบางครั้ง	150	39.5
เพียงพอ/เหลือเก็บ	106	27.9

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (N = 380) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพียงพอ/ ไม่เหลือเก็บ	79	20.8
ไม่เพียงพอ	45	11.8
สถานภาพ		
โสด	18	4.7
สมรส	230	60.5
หม้าย	82	21.6
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	50	13.2
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	334	87.9
เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว	28	7.4
ยังสูบบุหรี่	18	4.7
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ดื่ม	329	86.6
ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)	11	2.9
ดื่มเกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)	5	1.3
ดื่มวันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์)	6	1.6
ดื่มสัปดาห์ละครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)	7	1.8
ดื่มเดือนละครั้ง (1-3 วัน/3 เดือน)	22	5.8

*โรคประจำตัวอื่นๆ ได้แก่ มะเร็ง SLE โลหิตจาง เกาต์ หัวใจและหลอดเลือด

ด้านการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาจำนวน 3 – 5 ชนิดต่อวัน จำนวน 223 คน (ร้อยละ 58.7) จำนวนรายการยาที่รับประทานเฉลี่ย 3.8 ชนิด/วัน (S.D. = 1.7) รับประทานยา 6 เม็ดขึ้นไป/วัน จำนวน 171 คน (ร้อยละ 45) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานเฉลี่ย 6.2 เม็ด/วัน (S.D. = 4.1) มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ จำนวน 316 คน (ร้อยละ 83.2) แสดงดังตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนรายการยา เม็ดยา และความร่วมมือในการใช้ยา (N = 380)

การใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนรายการยาที่รับประทาน (ค่าสูงสุด = 9 ค่าต่ำสุด = 1 ค่าเฉลี่ย = 3.8 S.D. = 1.7)		
1-2 ชนิด/วัน	95	25.00
3-5 ชนิด/วัน	223	58.68
6 ชนิดขึ้นไป/วัน	62	16.32
จำนวนช่วงเม็ดยาที่รับประทาน (ค่าสูงสุด = 22 ค่าต่ำสุด = 0.5 ค่าเฉลี่ย = 6.2 S.D. = 4.1)		
1-2 เม็ด/วัน	64	16.8
3-5 เม็ด/วัน	145	38.2
6 เม็ดขึ้นไป/วัน	171	45.0
ความร่วมมือในการใช้ยา (< ร้อยละ 80 = ไม่เพียงพอ ≥ ร้อยละ 80 = เพียงพอ)		
เพียงพอ	316	83.2
ไม่เพียงพอ	64	16.8

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลเป็นแยกตามองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่าความต้องการช่วยเหลือด้านการเอกสารข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่ตอบว่า “ไม่เคย” จำนวน 186 คน (ร้อยละ 49.0) และความต้องการความช่วยเหลือในการกรอกข้อมูลในการมาติดต่อรับการรักษา ส่วนใหญ่ตอบว่า “ไม่เคย” จำนวน 169 คน (ร้อยละ 44.5) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ (N=380)

ความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ	นาน ๆ			
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	ครั้ง	ไม่เคย
ช่วยเหลือด้านการอ่านเอกสารข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่	44 (11.6)	49 (12.9)	101 (26.6)	186 (49.0)
ช่วยเหลือในการกรอกข้อมูลในการมาติดต่อรับการรักษา	52 (13.7)	63 (16.6)	96 (25.3)	169 (44.5)

2.2 การอ่านศัพท์พื้นฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน พบว่า 5 คำแรกที่กลุ่มตัวอย่างอ่านได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ จอตา (ร้อยละ 82.9) วัณตา (ร้อยละ 82.6) ซ้อนกาแฟ (ร้อยละ 82.4) ซ้อนกินข้าว (ร้อยละ 82.4) ผงชูรส (ร้อยละ 82.1) กลุ่มตัวอย่างอ่านได้มากที่สุดอยู่ในช่วง 44-46 คำ เฉลี่ย 48.3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 66 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการอ่านศัพท์พื้นฐาน (N=380)

คำศัพท์	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)	คำศัพท์	จำนวนคนที่ตอบ ถูก (ร้อยละ)
1. มก./ดล.	89 (23.4)	34. ซีพจรตาตุ่มด้านใน	292 (76.8)
2. จอตา	315 (82.9)	35. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	295 (77.6)
3. เลนส์ตา	309 (81.3)	36. เส้นเลือดฝอย	296 (77.9)
4. วัจนตา	314 (82.6)	37. น้ำมันปาล์ม	296 (77.9)
5. วึ่งเหยาะ	306 (80.5)	38. แกงเลียงกุ้งสด	293 (77.1)
6. บริกรรม	299 (78.7)	39. นมสดพร่องมันเนย	290 (76.3)
7. องุ่นสด	307 (80.8)	40. กิจวัตรประจำวัน	289 (77.1)
8. สมာธิ	304 (80.0)	41. ยาละลายลิ่มเลือด	291 (76.6)
9. ฟอกเลือด	307 (80.8)	42. โปรตีนในปัสสาวะ	289 (76.1)
10. ภาวนา	308 (81.1)	43. ความเข้มข้นของเลือด	289 (76.1)
11. พุทโธ	305 (80.3)	44. ค่าน้ำตาลหลังอาหาร	287 (75.5)
12. ลูกอม	309 (81.3)	45. ค่าน้ำตาลสะสม	287 (75.5)
13. ซ้อนยา	309 (81.3)	46. ภาวะแทรกซ้อน	287 (75.5)
14. ซ้อนชา	305 (80.3)	47. ระดับไขมันโคเลสเตอรอล	249 (65.5)
15. จักขุแพทย์	278 (73.2)	48. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์	249 (65.5)
16. อัมพฤกษ์	278 (73.2)	49. ระดับไขมันเอชดีแอล	249 (65.5)
17. อัมพาต	286 (75.3)	50. ระดับไขมันแอลดีแอล	251 (66.1)
18. จักรยาน	295 (77.6)	51. ธงโภชนา	261 (68.7)
19. แพ้ยา	302 (79.5)	52. มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	250 (65.8)
20. น้ำตาลในเลือด	299 (78.7)	53. มิลลิเมตรปรอท	257 (67.6)
21. ความดันโลหิต	298 (78.4)	54. ซ็อกโกแลต	262 (69.0)
22. การประเมน	295 (77.6)	55. โซเดียม	265 (69.7)
23. ไตเสื่อม	298 (78.4)	56. ผลกระทบ	266 (70.00)
24. หมดสติ	296 (77.89)	57. วิกฤติ	261 (68.68)
25. สมดุล	306 (80.53)	58. ปฏิบัติการ	263 (69.21)
26. ซ้อนกาแฟ	313 (82.37)	59. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	265 (69.74)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการอ่านศัพท์พื้นฐาน (N=380)
(ต่อ)

คำศัพท์	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)	คำศัพท์	จำนวนคนที่ตอบ ถูก (ร้อยละ)
27. ซ้อนกินข้าว	313 (82.4)	60. เส้นเลือดฝอยร่างแหในลูก ตา	264 (69.5)
28. ผงชูรส	312 (82.1)	61. การควบคุมความดันโลหิต สูง	265 (68.7)
29. เอ็กซเรย์ปอด	289 (76.1)	62. การควบคุมเบาหวาน	264 (69.5)
30. สมุดประจำตัว	298 (78.4)	63. หน่วยบริโภค	265 (68.7)
31. ดัชนีมวลกาย	292 (76.8)	64. ปัจจัยเสี่ยง	263 (69.2)
32. ไช้ขาวในปีสสาวะ	289 (76.1)	65. \leq	89 (23.4)
33. ซีพีจรรยาหลังเท้า	294 (77.4)	66. \geq	93 (24.5)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน (N=380)

การอ่านศัพท์พื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด
อ่านได้ 0-21 คำ	78	20.5	48.32			
อ่านได้ 22-43 คำ	18	4.5	(คะแนน	24.6	0	66
อ่านได้ 44-66 คำ	284	74.5	เต็ม 66)			

2.3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจค่าตัวเลขความดันโลหิตมากที่สุด โดยตอบถูกจำนวน 229 คน (ร้อยละ 60.4) รองลงมา ได้แก่ รอบแหว จำนวน 124 คน (ร้อยละ 32.6) เมื่อแปลผลคะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้องมากที่สุด 0-3 ข้อ จำนวน 365 คน (ร้อยละ 96.1) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.3 (S.D = 1.4) จากคะแนนเต็ม 8 ดังแสดงตามตารางที่ 6 และ 7 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (N = 380)

ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	จำนวน (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
ความดันโลหิต	229 (60.4)	151 (39.7)
รอบเอว	124 (32.6)	256 (67.4)
ระดับน้ำตาลในเลือด	76 (20.0)	304 (80.0)
ระดับไขมันในเลือด HDL	11 (2.9)	369 (97.1)
ระดับไขมันในเลือด LDL	8 (2.1)	372 (97.9)
ระดับโคเลสเตอรอล	9 (2.4)	371 (97.6)
ระดับน้ำตาลสะสม	11 (2.9)	369 (97.1)
ดัชนีมวลกาย	12 (3.2)	368 (96.8)

ตารางที่ 7 คะแนนความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (N = 380)

ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
ตอบถูก 0-3 ข้อ	365	96.1	1.3			
ตอบถูก 4-6 ข้อ	10	2.6	(คะแนนเต็ม 8)	1.4	0	8
ตอบถูก 7-8 ข้อ	5	1.3				

2.4 การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อมูลสุขภาพโดยถามเจ้าหน้าที่ รพสต. มากที่สุด จำนวน 321 ราย (ร้อยละ 84.5) ดังแสดงตามตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างเลือกแหล่งที่มาในการสอบถามข้อมูลเรื่องสุขภาพมากที่สุดประมาณ 2-3 แหล่ง จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 47.9) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 (S.D = 1.4) จากคะแนนเต็ม 5 ดังแสดงตามตารางที่ 9

ตารางที่ 8 คะแนนความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (N = 380)

การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
ถามเพื่อนบ้านที่สนิทกัน	146 (38.4)	234 (61.6)
ถาม อสม.ที่ดูแลท่านอยู่	177 (46.6)	203 (53.4)
ถามเจ้าหน้าที่ที่ รพสต.	321 (84.5)	59 (15.5)
ถามแพทย์ที่รักษาท่านเท่านั้น	257 (67.6)	123 (32.4)
กลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ไปรักษาด้วยกัน	272 (71.6)	106 (27.9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ (N = 380)

ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
ตอบถูก 0-3 ข้อ	365	96.1	1.3			
ตอบถูก 4-6 ข้อ	10	2.6	(คะแนน	1.4	0	8
ตอบถูก 7-8 ข้อ	5	1.3	เต็ม 8)			

2.5 ความรู้ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านสิ่งที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ควรยึดถือปฏิบัติมากที่สุด โดยตอบถูกจำนวน 343 คน (ร้อยละ 90.3) และมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องของ 3อ2ส กับเบาหวานความดันน้อยที่สุด โดยตอบถูก จำนวน 23 คน (ร้อยละ 6.1) ดังแสดงตามตารางที่ 10 และกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้องมากที่สุด 8-14 ข้อ จำนวน 314 คน (ร้อยละ 82.6) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.7 (S.D = 2.5) จากคะแนนเต็ม 20 ดังแสดงตามตารางที่ 11

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ความเข้าใจ (N=380)

ข้อความ	ตอบถูก
1. อะไรคือ 3๐2ส	66 (17.4)
2. 3๐2ส เกี่ยวข้องกับเบาหวานความดันอย่างไร	23 (6.1)
3. กิจวัตรประจำวันที่ช่วยควบคุมเบาหวานและความดันที่ควรทำเป็นประจำคืออะไรบ้าง	294 (77.4)
4. ข้อใดต่อไปนี้เป็นผู้ที่เป็เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ไม่ควรยึดถือปฏิบัติ	343 (90.3)
5. การควบคุมน้ำหนักตัวควรทำอย่างไร	248 (65.3)
6. ข้อใดถูกต้องมากที่สุดในเรื่องความสัมพันธ์ของอารมณ์ต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	47 (12.4)
7. บุหรี่มีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	168 (44.2)
8. สุรา มีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	183 (48.2)
9. ข้อใดเป็นคำตอบที่ถูกต้องมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	228 (60.0)
10. จากข้อมูลฉลากโภชนาการด้านล่างนี้ หากรับประทานอาหารชนิดนี้ไป 1 หน่วยบริโภค จะได้รับคาร์โบไฮเดรตทั้งหมดกี่กรัม	209 (55.0)
11. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปี และยังไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรเริ่มด้วยวิธีใด	315 (82.89)
12. อาการที่ต้องหยุดออกกำลังกายมีอะไรบ้าง	200 (52.6)
13. การดูแลอารมณ์เพื่อให้มีผลดีต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำอย่างไร	341 (89.7)
14. เมื่อท่านต้องเดินทางไปต่างจังหวัดหลายวัน จนเลยวันนัดพบแพทย์ ท่านควรทำอย่างไร	174 (45.8)
15. แงงเขียวหวาน	224 (59.0)
16. น้ำปลาพริก	200 (52.6)
17. น้ำปลาทหวาน	226 (59.5)
18. คะนอ รสดี ฟ้าไทย	124 (32.6)
19. บะหมี่ หรือโจ๊กกิ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า ไวไว	244 (64.2)
20. พริกกับเกลือ	226 (59.5)

ตารางที่ 11 ความรู้ความเข้าใจ (N = 380)

ความรู้ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
ตอบถูก 0-7 ข้อ	45	11.8	10.7			
ตอบถูก 8 -14 ข้อ	314	82.6	(คะแนน	2.5	4	18
ตอบถูก 15-20 ข้อ	21	5.5	เต็ม 20)			

2.6 การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบเองได้ทันที มากกว่าร้อยละ 80.0 ในทุกประเด็นดังแสดงตามตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ (N = 380)

การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหา	บอกญาติให้ตอบ	ไม่ตอบ	พยายามตอบเอง	ตอบเองได้ทันที	ตอบและถามเพิ่ม
- เมื่อถูกถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่อง การกินอาหาร	3 (0.8)	2 (0.5)	9 (2.4)	340 (89.5)	26 (6.8)
- เมื่อถูกถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อ ออกกำลังกายตามแผนไม่ได้	1 (0.3)	0 (0.0)	9 (2.4)	361 (95.0)	9 (2.4)
- เมื่อถูกถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่อง วิธีการควบคุมน้ำหนัก	1 (0.3)	1 (0.3)	9 (2.4)	363 (95.5)	6 (1.6)
- การควบคุมความเครียด	1 (0.3)	0 (0.0)	9 (2.4)	365 (96.1)	5 (1.3)
- การสูบบุหรี่	2 (0.5)	0 (0.0)	9 (2.4)	365 (96.1)	4 (1.1)
- การดื่มสุรา	2 (0.5)	0 (0.0)	9 (2.4)	366 (96.3)	3 (0.8)
- เมื่อถูกถามเกี่ยวกับภาวะโรค และ อาการผิดปกติ เช่น อาการน้ำตาลต่ำ หรือสูง	1 (0.3)	0 (0.0)	9 (2.4)	364 (95.8)	6 (1.6)
- เมื่อถูกถามถึงวิธีการกิน / ใช้อา หรือ ฉีดยา	1 (0.3)	1 (0.3)	9 (2.4)	357 (94.0)	12 (3.2)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ
(N = 380) (ต่อ)

การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหา	บอกญาติให้ตอบ	ไม่ตอบ	พยายามตอบเอง	ตอบเองได้ทันที	ตอบและถามเพิ่ม
- เมื่อถูกถามถึงผลเลือด หรือความดันที่สูงกว่าเดิม	1 (0.3)	0 (0.0)	11 (2.9)	360 (94.7)	8 (2.1)
- เมื่อถูกถามเรื่องการใช้ยาสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ	1 (0.3)	0 (0.0)	11 (2.9)	358 (94.2)	10 (2.6)
- เมื่อถูกถามถึงการเจ็บป่วยอื่นๆ	2 (0.5)	1 (0.3)	10 (2.6)	309 (81.3)	58 (15.3)
- เมื่อถูกถามถึงความรู้สึกต่อชีวิตครอบครัวหรืออาชีพ	1 (0.3)	1 (0.3)	10 (2.6)	363 (95.5)	5 (1.3)
- เมื่อถูกถามถึงการตัดสินใจในการใช้ชีวิต เช่น การไปเที่ยวกับครอบครัวหรือเพื่อน	2 (0.5)	0 (0.0)	9 (2.4)	367 (96.6)	2 (0.5)
- เมื่อถูกถามถึงการเปลี่ยนหรือย้ายที่อยู่	1 (0.3)	0 (0.0)	10 (2.6)	366 (96.3)	3 (0.8)
- เมื่อถูกถามถึงกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือเผชิญภัยพิบัติ เช่น การชุมนุม	1 (0.3)	0 (0.0)	9 (2.4)	367 (96.6)	3 (0.8)
- เมื่อเดินทางแล้วลืมยา	1 (0.3)	0 (0.0)	11 (2.9)	364 (95.8)	4 (1.1)
- การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย	19 (5.0)	1 (0.26)	11 (2.9)	346 (91.1)	3 (0.8)

2.7 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต

2.7.1 การตัดสินใจเหตุการณ์กรณีต่างๆ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านการตัดสินใจเหตุการณ์กรณีต่าง ๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้อง 2-3 ข้อมากที่สุด จำนวน 219 คน (ร้อยละ 57.7) ได้คะแนนเฉลี่ย 1.8 (S.D. = 0.97) จากคะแนนเต็ม 8 ดังแสดงตามตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการตัดสินใจเหตุการณ์กรณีต่างๆ (N = 380)

การตัดสินใจเหตุการณ์ กรณีต่างๆ	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด
ตอบถูก 0-1 ข้อ	146	38.4				
ตอบถูก 2-3 ข้อ	219	57.7	1.8	0.97	0	4
ตอบถูก 4 ข้อ	15	3.9				

2.7.2 การปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไปได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไปได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบพฤติกรรมปฏิบัติที่ทำให้มีสุขภาพดี อยู่ในระดับเป็นไปได้มาก มากกว่าร้อยละ 60 โดยข้อปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างเลือก “เป็นไปได้มาก” มากที่สุด คือ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 374 คน (ร้อยละ 98.4) และข้อปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ “ไม่ทำ” มากที่สุด คือ การสวดมนต์ ทำสมาธิ หรือทำละหมาด หรือคลายเครียด จำนวน 40 คน (ร้อยละ 10.5) ดังแสดงตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไปได้ (N = 380)

พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้ท่านมีสุขภาพดี	ไม่ทำ	เป็นไปได้ยาก	พอเป็นไปได้	เป็นไปได้มาก
- การเลือกอาหารสุขภาพ	6 (1.6)	12 (3.2)	95 (25.0)	267 (70.3)
- การออกกำลังกาย	31 (8.2)	30 (7.9)	83 (21.8)	236 (62.1)
- การสวดมนต์ ทำสมาธิ หรือทำละหมาด หรือคล้ายเครียด	40 (10.5)	38 (10.0)	50 (13.2)	252 (66.3)
- การงดดื่มสุรา	12 (3.2)	6 (1.6)	25 (6.6)	337 (88.7)
- การงดสูบบุหรี่	15 (4.0)	5 (1.3)	2 (0.5)	358 (94.2)
- การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	0 (0.00)	1 (0.3)	5 (1.3)	374 (98.4)
- การไปใช้บริการในหน่วยบริการทาง การแพทย์ และสาธารณสุขกรณีฉุกเฉิน	1 (0.3)	13 (3.4)	56 (14.7)	310 (81.6)

ความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมคะแนนจากองค์ประกอบทุกด้านได้แก่ ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตัว การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ คะแนน 0-167 หรือ น้อยกว่าร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ และคะแนน 168-224 หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 164.9 (S.D. 7.5) โดยจัดเป็น ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนนต่ำสุด 55 คะแนน และคะแนนสูงสุด 199 คะแนน (คะแนนเต็ม 224) มีความรู้ในระดับสูงจำนวน 247 คน (ร้อยละ 65.0) และมีความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 133 คน (ร้อยละ 35.0) ดังแสดงในตารางที่ 15 และเมื่อพิจารณาความรู้แยกตามองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงได้แก่ การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ จำนวน 367 คน (ร้อยละ 96.6) การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต จำนวน 345 คน (ร้อยละ 90.8) ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 267 คน (ร้อยละ 70.3) ส่วนองค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คือ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข จำนวน 372 คน (ร้อยละ 97.9) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 359 คน (ร้อยละ 94.5)

และความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 230 คน (ร้อยละ 60.5) ดังแสดงตามตารางที่ 16

ตารางที่ 15 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N = 380)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด
0-75	1	0.3				
76-150	84	22.1	164.9	27.6	55	199
151-224	295	77.6				

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ (N = 380)

ความรอบรู้	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ตอนที่ 1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	ระดับต่ำ	113 (29.7)
	ระดับสูง	267 (70.3)
ตอนที่ 2 การอ่านศัพท์พื้นฐาน	ระดับต่ำ	121 (31.8)
	ระดับสูง	259 (68.2)
ตอนที่ 3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	ระดับต่ำ	372 (97.9)
	ระดับสูง	8 (2.1)
ตอนที่ 4 ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	ระดับต่ำ	230 (60.5)
	ระดับสูง	150 (39.5)
ตอนที่ 5 ความรู้ความเข้าใจ	ระดับต่ำ	359 (94.5)
	ระดับสูง	21 (5.5)
ตอนที่ 6 การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ	ระดับต่ำ	13 (3.4)
	ระดับสูง	367 (96.6)
ตอนที่ 7 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต	ระดับต่ำ	35 (9.2)
	ระดับสูง	345 (90.8)

2.8 แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส

ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส ในระดับต่ำ คือ ออกกำลังกายรู้สึกเหนื่อย พุดไม่ออก (ไม่รวมการทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ การเดินทาง) จำนวน 259 คน (ร้อยละ 68.2) ส่วนองค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส ในระดับสูง ได้แก่ เลือกออาหารที่เน้นผัก ผลไม้ จำนวน 367 คน (ร้อยละ 96.6) เลือก/ปรุงอาหารที่มีรสชาตไม่เค็มจัด จำนวน 326 คน (ร้อยละ 85.8) เลือกทานอาหารที่ไม่มีไขมัน/ไขมันต่ำ จำนวน 339 คน (ร้อยละ 89.2) เลือกอาหารที่รสไม่หวานเป็นหลัก จำนวน 334 คน (ร้อยละ 87.9) ควบคุมอารมณ์จิตใจไม่ให้เครียดหรือวิตกกังวลมากเกินไปจำนวน 328 คน (ร้อยละ 86.3) งดการสูบบุหรี่ จำนวน 357 คน (ร้อยละ 93.9) และงดการดื่มสุรา จำนวน 352 คน (ร้อยละ 92.6) ดังแสดงตามตารางที่ 17 ทั้งนี้ พบว่า ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส ของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส ระดับต่ำ จำนวน 308 คน (ร้อยละ 81.1) และระดับสูง จำนวน 72 คน (ร้อยละ 18.9) ดังแสดงตามตารางที่ 18

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส (N = 380)

พฤติกรรม 3๐2ส	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (ร้อยละ)
ออกกำลังกายรู้สึกเหนื่อย พุดไม่ออก (ไม่รวมการทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ หรือการเดินทาง)	ระดับต่ำ	259 (68.2)
	ระดับสูง	121 (31.8)
เลือกออาหารที่เน้นผัก ผลไม้	ระดับต่ำ	13 (3.4)
	ระดับสูง	367 (96.6)
เลือก/ปรุงอาหาร ที่มีรสชาตไม่เค็มจัด	ระดับต่ำ	54 (14.2)
	ระดับสูง	326 (85.8)
เลือกออาหารที่ไม่มีไขมัน/ไขมันต่ำ	ระดับต่ำ	41 (10.2)
	ระดับสูง	339 (89.2)
เลือกออาหารที่รสไม่หวานเป็นหลัก	ระดับต่ำ	46 (12.1)
	ระดับสูง	334 (87.9)
ควบคุมอารมณ์/จิตใจ ไม่ให้เครียด หรือวิตกกังวลมากเกินไป	ระดับต่ำ	52 (13.7)
	ระดับสูง	328 (86.3)
งดการสูบบุหรี่	ระดับต่ำ	23 (6.1)
	ระดับสูง	357 (93.9)

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส
(N = 380) (ต่อ)

พฤติกรรม 3๑2ส	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (ร้อยละ)
งดการดื่มสุรา	ระดับต่ำ	28 (7.4)
	ระดับสูง	352 (92.6)

ตารางที่ 18 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส (N = 380)

การปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	ทุกพฤติกรรม <3 วัน/สัปดาห์หรือ 3 วัน/สัปดาห์ขึ้นไปบางพฤติกรรม	308	81.1
ระดับสูง	ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป	72	18.9

ตอนที่ 3 ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้งต่อเนื่อง น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีจำนวน 191 คน (ร้อยละ 50.3) ควบคุมไม่ได้ จำนวน 189 คน (ร้อยละ 49.7) ควบคุมได้ในครั้งที่ 1 จำนวน 211 คน (ร้อยละ 55.5) ค่าความดันเฉลี่ย 141/78 มม.ปรอท ควบคุมได้ในครั้งที่ 2 จำนวน 264 คน (ร้อยละ 69.5) ค่าความดันเฉลี่ย 134/77 มม.ปรอท ดังแสดงตามตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380)

ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (mmHg)	ค่าสูงสุด (mmHg)	ค่าต่ำสุด (mmHg)
ควบคุมได้ครั้งที่ 1	211	55.5	141/78	200/128	108/50
ควบคุมได้ครั้งที่ 2	264	69.5	134/77	192/115	101/43
ควบคุมไม่ได้ (>140/90)	189	49.7			
ควบคุมได้ (<140/90 2 ครั้งต่อเนื่องกัน)	191	50.3			

ตอนที่ 4 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญสถิติ พบว่า คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัวร่วม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 20 ตารางที่ 20 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการควบคุมความดันโลหิต (N = 380)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การควบคุมความดันโลหิต		P-value
	ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้	
เพศ			
ชาย	39 (41.9)	54 (58.1)	0.1
หญิง	150 (52.3)	137 (47.7)	
อายุ			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	70 (48.3)	75 (51.7)	0.7
61 ปี ขึ้นไป	119 (50.6)	116 (49.4)	
โรคประจำตัวร่วม			
เบาหวาน	76 (46.3)	88 (53.7)	<0.05*
ไขมันในเลือดสูง	127 (45.7)	151 (54.3)	
ดัชนีมวลกาย			
> 30 (อ้วนระดับ 2)	41 (58.6)	29 (41.4)	0.03
25 – 29.9 (อ้วนระดับ 1)	74 (53.2)	65 (46.8)	
23 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	31 (44.3)	39 (55.7)	
18.5 – 22.9 (ปกติ)	41 (45.6)	49 (54.4)	
< 18.5 (ผอม)	2 (18.2)	9 (81.8)	
อาชีพ			
ไม่มีอาชีพ	103 (54.2)	87 (45.8)	0.12
มีอาชีพ	83 (45.9)	98 (54.1)	

ตารางที่ 20 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการควบคุมความดันโลหิต
(N = 380) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลการ	ควบคุมความดันโลหิต		P-value
	ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้	
ระดับการศึกษา			0.12
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	132 (52.0)	122 (48.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	32 (40.5)	47 (59.5)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	11 (37.9)	18 (62.1)	
ปวส. / อนุปริญญา	9 (75.0)	3 (25.0)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5 (83.3)	1 (16.7)	
รายได้			0.76
เพียงพอ	94 (50.8)	91 (49.2)	
ไม่เพียงพอ	95 (48.7)	100 (51.3)	
สถานภาพ			0.30
โสด	12 (66.7)	6 (33.3)	
สมรส	110 (47.9)	120 (52.2)	
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	67 (50.8)	65 (49.2)	
ประวัติการสูบบุหรี่			0.83
ไม่เคยสูบ	166 (49.7)	168 (50.3)	
เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว	15 (53.6)	13 (46.4)	
ยังสูบบุหรี่	8 (44.4)	10 (55.6)	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา			0.23
ไม่ดื่ม	160 (48.5)	170 (51.5)	
ดื่ม	29 (58.0)	21 (42.0)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ โดยวิเคราะห์ด้วย Chi square test

ตารางที่ 21 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการใช้ยากับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380)

คุณลักษณะด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา	การควบคุมความดันโลหิต		p value
	ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้	
จำนวนรายการยาที่รับประทาน			0.31
1-3 ชนิด/วัน	101 (52.3)	92 (47.7)	
4 ชนิดขึ้นไป/วัน	88 (47.1)	99 (52.9)	
จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน			0.47
0.5-5 เม็ด/วัน	107 (51.4)	101 (48.6)	
มากกว่า 5.5 เม็ด ขึ้นไป/วัน	82 (47.7)	90 (52.3)	
ความร่วมมือในการใช้ยา			0.17
เพียงพอ	150 (48.1)	162 (51.9)	
ไม่เพียงพอ	39 (57.4)	29 (42.7)	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) และเมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่าการอ่านศัพท์พื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) ผลการวิเคราะห์ แสดงตามตารางที่ 22 และ 23

ตารางที่ 22 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380)

ความรู้ด้านสุขภาพ	การควบคุมความดันโลหิต		P - value
	ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้	
ระดับต่ำ	75 (56.4)	58 (43.6)	0.04*
ระดับสูง	114 (46.2)	133 (53.8)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ โดยวิเคราะห์ด้วย Chi square test

ตารางที่ 23 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบ กับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380)

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ทางสุขภาพ	การควบคุมความดันโลหิต		p value
		ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้	
ตอนที่ 1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	ระดับต่ำ	59 (52.2)	54 (47.8)	0.57
	ระดับสูง	130 (48.7)	137 (51.3)	
ตอนที่ 2 การอ่านศัพท์พื้นฐาน	ระดับต่ำ	70 (57.9)	51 (42.2)	0.04*
	ระดับสูง	119 (46.0)	140 (54.1)	
ตอนที่ 3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	ระดับต่ำ	186 (50.0)	186 (50.0)	0.49
	ระดับสูง	3 (37.5)	5 (62.5)	
ตอนที่ 4 ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	ระดับต่ำ	119 (51.7)	111 (48.3)	0.35
	ระดับสูง	70 (46.7)	80 (53.3)	
ตอนที่ 5 ความรู้ความเข้าใจ	ระดับต่ำ	180 (50.1)	179 (49.9)	0.42
	ระดับสูง	9 (42.9)	12 (57.1)	
ตอนที่ 6 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ	ระดับต่ำ	6 (46.2)	7 (53.9)	0.07
	ระดับสูง	183 (49.9)	184 (50.2)	
ตอนที่ 7 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต	ระดับต่ำ	13 (37.1)	22 (62.9)	0.45
	ระดับสูง	176 (51.0)	169 (49.0)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ โดยวิเคราะห์ด้วย Chi square test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส กับการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตเช่นกัน แสดงตามตารางที่ 24 และ 25

ตารางที่ 24 ตารางที่ 24 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส กับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380)

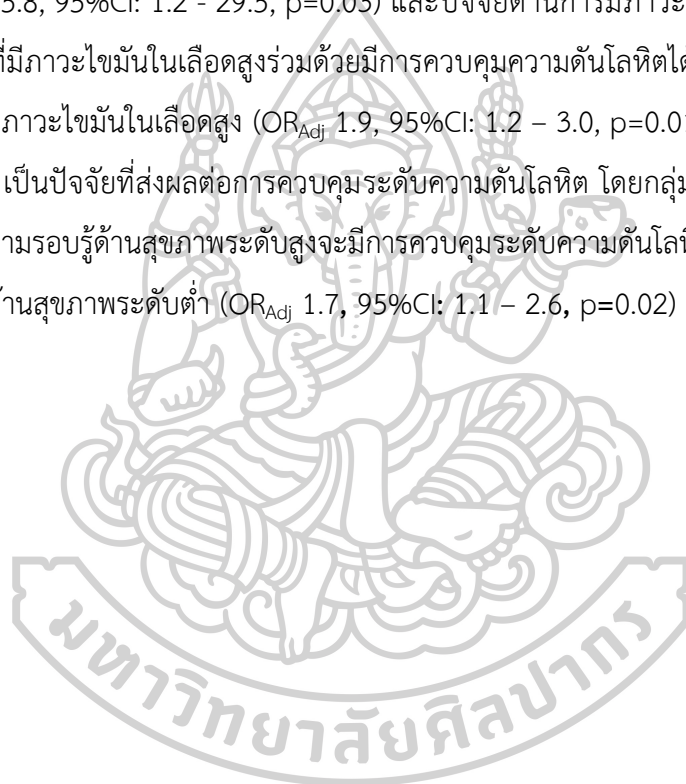
ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส	การควบคุมความดันโลหิต		p value
	ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้	
			0.81
ระดับต่ำ	35 (48.61)	37 (51.39)	
ระดับสูง	154 (50.00)	154 (50.00)	

ตารางที่ 25 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส แยกองค์ประกอบกับการควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 380)

การปฏิบัติพฤติกรรม 3๑2ส	ระดับในการปฏิบัติ	การควบคุมความดันโลหิต		p value
		ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้	
- ออกกำลังกายรู้สึกเหนื่อย พุดไม่ออก (ไม่รวมการทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ หรือการเดินทาง)	ระดับต่ำ	134 (51.7)	125 (48.3)	0.27
	ระดับสูง	55 (45.5)	66 (54.6)	
- เลือกอาหารที่เน้นผัก ผลไม้	ระดับต่ำ	5 (38.5)	8 (61.5)	0.69
	ระดับสูง	184 (50.1)	183 (49.9)	
- เลือก/ปรุงอาหาร ที่มีรสชาติไม่เค็มจัด	ระดับต่ำ	33 (61.1)	21 (38.9)	0.08
	ระดับสูง	156 (47.9)	170 (52.2)	
- เลือกอาหารที่ไม่มีไขมัน/ไขมันต่ำ	ระดับต่ำ	17 (41.5)	24 (58.5)	0.32
	ระดับสูง	172 (50.7)	167 (49.3)	
- เลือกอาหารที่รสไม่หวานเป็นหลัก	ระดับต่ำ	21 (45.7)	25 (54.4)	0.64
	ระดับสูง	168 (50.3)	166 (49.7)	
- ควบคุมอารมณ์/จิตใจ ไม่ให้เครียด หรือวิตกกังวลมากเกินไป	ระดับต่ำ	21 (40.4)	31 (59.6)	0.18
	ระดับสูง	168 (51.2)	160 (48.8)	
- งดการสูบบุหรี่	ระดับต่ำ	9 (39.1)	14 (60.9)	0.60
	ระดับสูง	180 (50.4)	177 (49.6)	
- งดการดื่มสุรา	ระดับต่ำ	16 (57.1)	12 (42.9)	0.66
	ระดับสูง	173 (49.15)	179 (50.85)	

ตอนที่ 5 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ กับการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ผลการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบ multivariable logistic regression พบว่าเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการควบคุมความระดับดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกาย < 18.5 (ผอม) มีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ขึ้นไป หรือมีภาวะอ้วนระดับ 2 (Adjusted Odds ratio (OR_{Adj}) 5.8, 95%CI: 1.2 - 29.5, p=0.03) และปัจจัยด้านการมีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยมีการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (OR_{Adj} 1.9, 95%CI: 1.2 - 3.0, p=0.01) นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจะมีการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (OR_{Adj} 1.7, 95%CI: 1.1 - 2.6, p=0.02) ดังแสดงตามตารางที่ 26



ตารางที่ 26 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	การควบคุมความดันโลหิต		Odds ratio	95% CI	p-value
	ควบคุมไม่ได้	ควบคุมได้			
ดัชนีมวลกาย					
≥ 30 (อ้วนระดับ 2)	41 (58.6)	29 (41.4)	1		
25 – 29.9 (อ้วนระดับ 1)	74 (53.2)	65 (46.8)	1.2	(0.7 – 2.2)	0.48
23 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	31 (44.3)	39 (55.7)	1.8	(0.9 – 3.5)	0.10
18.5 – 22.9 (ปกติ)	41(45.6)	49(54.4)	1.8	(0.9 – 3.3)	0.08
< 18.5 (ผอม)	2 (18.2)	9 (81.8)	5.8	(1.2 - 29.5)	0.03*
ภาวะไขมันในเลือดสูง					
ไม่เป็น	62 (60.8)	40 (39.2)	1		
เป็น	127 (45.7)	151 (54.3)	1.9	(1.2 – 3.0)	0.01*
ความรู้ด้านสุขภาพ					
ระดับต่ำ	75 (56.4)	58 (43.6)	1		
ระดับสูง	114 (46.2)	133 (53.8)	1.7	(1.1 – 2.6)	0.02*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$ โดยวิเคราะห์ด้วย Multivariable logistic regression

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายเทศบาลเมืองมาบตาพุดทั้ง 7 แห่ง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมความดันโลหิตสูง เก็บตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายของเทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ทั้งหมด 7 แห่ง จำนวน 380 คน โดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 มีอายุเฉลี่ย 62.9 ± 10.4 ปี โดย โรคประจำตัวรวมที่พบมากที่สุดคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 73.16) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 43.16) ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายอยู่ที่ 26.2 ± 5.1 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาประถมหรือต่ำกว่า ร้อยละ 66.9 มีรายได้เพียงพอบางครั้ง ร้อยละ 39.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.5 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 87.89 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.58 จำนวนรายการยาเฉลี่ยที่รับประทานต่อวัน 3.8 ชนิด/วัน รับประทานยาเฉลี่ย 6.2 เม็ด/วัน ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ ร้อยละ 83.2

ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 164.9 จากคะแนนเต็ม 224 จัดอยู่ใน ความรอบรู้ระดับต่ำ เมื่อพิจารณาความรู้รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ระดับสูงในด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 70.3) ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐาน (ร้อยละ 68.2) ด้านการปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ (ร้อยละ 96.6) ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต (ร้อยละ 90.8) และมีความรอบรู้ระดับต่ำในด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (ร้อยละ 97.9) ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 60.5) ความรู้ความเข้าใจ (ร้อยละ 94.5) ด้านปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับต่ำ ร้อยละ 81.1 เมื่อพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2ส รายด้าน พบว่าองค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ได้แก่ เลือก

อาหารที่เน้นผัก ผลไม้ (ร้อยละ 96.6) เลือก/ปรุงอาหารที่รสชาติไม่เค็มจัด (ร้อยละ 85.8) เลือกอาหารที่ไม่มีไขมัน/ไขมันต่ำ (ร้อยละ 89.2) เลือกอาหารที่รสไม่หวานเป็นหลัก (ร้อยละ 87.9) ควบคุมอารมณ์/จิตใจ ไม่ให้เครียดหรือวิตกกังวลมากเกินไป (ร้อยละ 86.3) งดการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 93.9) และงดการดื่มสุรา (ร้อยละ 92.6) และมีพฤติกรรม 3๐2๕ ในระดับต่ำได้แก่ การปฏิบัติด้านการออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย พุดไม่ออก (ไม่รวมการทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ หรือการเดินทาง)

กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตได้ 2 ครั้งต่อเนื่อง ร้อยละ 50.3 และควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 49.7 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การมีดัชนีมวลกาย < 18.5 (ผอม) จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าเป็น 5.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ขึ้นไป หรือมีภาวะอ้วนระดับ 2 และการมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยทำให้การควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีการมีภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจะมีการควบคุมความดันโลหิตที่ดีกว่าเป็น 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ที่ 164.9 (S.D. = 7.5) ซึ่งจัดเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ คือได้คะแนน 0-167 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ร้อยละ 65 ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้านี้ ผลการศึกษามีความหลากหลาย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับสูงและระดับต่ำ^(24, 31, 34, 40) ซึ่งเป็นผลมาจากการวัดประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเครื่องมือที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้มีองค์ประกอบการวัด เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลที่หลากหลาย เมื่อพิจารณางานวิจัยที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แบบวัดเช่นเดียวกับการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความรอบรู้ในด้านการปฏิบัติสื่อสารในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ และการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิตอยู่ในระดับสูงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดนครพนม⁽³⁰⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในทั้งสององค์ประกอบมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษามีความแตกต่างกันในองค์ประกอบความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงเพียงร้อยละ 2.1 เมื่อเทียบกับการศึกษาในนครพนมที่ทำการศึกษาในประชากรที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบดังกล่าวระดับสูงถึงร้อยละ 58.6 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยที่ไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลซึ่งอาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ เช่น รายละเอียดของข้อมูลและจำนวนครั้งของการได้รับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่เมื่อมา

รับบริการ การรับรู้ค่าตัวบ่งชี้สุขภาพของตนเอง รูปแบบการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่อาจให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ร้อยละ 50.3 แต่ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 60 จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 ได้รายงานสาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทย ประกอบด้วย ผู้ป่วยไม่ตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากไม่มีอาการแสดง ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา และปัญหาการปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาโรคอย่างถูกต้องซึ่งอาจมีสาเหตุจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ความเชื่อหรือข้อมูลที่คลาดเคลื่อนทำให้ตัดสินใจไม่ติดตามการรักษา⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ในการควบคุมความดันโลหิตจะมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การเลิกบุหรี่ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โดยถือเป็นการรักษาพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งใช้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม และกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตยังจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วยเพื่อเสริมฤทธิ์การลดความดันโลหิตจากยา⁽⁴¹⁾ ซึ่งผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยผลของการปฏิบัติพฤติกรรม 3๒๓ ของกลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 18.9 ที่มีการปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายที่มีการปฏิบัติได้น้อยกว่าพฤติกรรมอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตาม จากผลของการปฏิบัติตามพฤติกรรมแต่ละพฤติกรรมจะมีร้อยละของผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่จากเกณฑ์การแปลผลการปฏิบัติพฤติกรรม 3๒๓ จะอยู่ในระดับสูงก็ต่อเมื่อต้องมีการปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ดังนั้นหากมีพฤติกรรมใดเพียง 1 ข้อ ที่ปฏิบัติได้น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ จะแปลผลว่ามีการปฏิบัติพฤติกรรม 3๒๓ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งพฤติกรรม 3๒๓ ในด้านการออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย พูดไม่ออก (ไม่รวมการทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ หรือการเดินทาง) เป็นพฤติกรรมที่อาจจะมีการปฏิบัติได้น้อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้

ในการศึกษานี้ พบว่า ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต โดยระดับดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ค่าระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตามด้วยโดยเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง⁽³⁵⁾ และมีหลายงานวิจัยที่พบว่า ภาวะน้ำหนักตัวเกินไปจนถึงภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงผ่านกลไกหลายประการ เช่น hyperlipinemia การเพิ่ม sympathetic activity และการกระตุ้นระบบ renin – angiotensin – aldosterone system (RAAS) กลไกเหล่านี้จะทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด และทำให้ natriuresis curve มีการปรับกลไกให้มีการคั่งของเกลือและน้ำใน

ร่างกายมากขึ้น นอกจากนี้การเกิด inflammation และ lipotoxicity ในโรคอ้วนจะส่งผลต่อหลอดเลือดและไตนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง⁽⁴¹⁾ อย่างไรก็ตาม การมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่พบว่าเป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง^(36, 42) ดังนั้น ตามแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴¹⁾ จึงแนะนำให้มีการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยการมีดัชนีมวลกาย เท่ากับ 18.5 ถึง 22.9 จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ดี

ปัจจัยการมีภาวะไขมันในเลือดสูงส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีการควบคุมความดันโลหิตที่เข้าค่าเป้าหมายได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการมีความดันโลหิตสูง^(36, 42) อย่างไรก็ตาม พบว่า งานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ มีทรัพย์⁽⁴³⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยและได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น อาจจะเป็นเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันซึ่งส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ โดยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดสูงเมื่อได้รับยาลดไขมัน เช่น ยากลุ่ม Statins จะช่วยให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น^(37, 38, 44) โดยผ่านกลไกที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว เพิ่ม bioavailability ของไนตริกออกไซด์และลดระดับ endothelin-1 ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว (vasoconstrictor)⁽⁴⁵⁾ ดังนั้นในผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยแนะนำให้รับประทานยาลดระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่ายาลดไขมันนั้นสามารถลดระดับความดันโลหิตได้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(13, 14, 16, 21, 46) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตัวเองและจัดการโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการทักษะของบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง รวมไปถึงการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหรือปัญหาสุขภาพ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพได้ ทั้งนี้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องดูแลและจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ทั้งการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลดีต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง^(32, 33) อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้หาความสัมพันธ์ของความรอบรู้

ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยา โดยในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเพียงพอ ร้อยละ 83.2 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับการควบคุมระดับความดันโลหิต ทั้งนี้จากการศึกษาของ Wannasirikul P และคณะ⁽³³⁾ พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาส่งผลต่อระดับความดันโลหิต การศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา โดยการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁰⁾ ซึ่งในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยการคำนวณจำนวนเม็ดยาที่เหลือเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากมีปัจจัยพฤติกรรมการใช้ยาอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อีก เช่น การปรับขนาดยาด้วยตนเอง การรับประทานยาไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งจะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ได้แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การเก็บข้อมูลบางส่วนที่อาศัยการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต อาจมีโอกาสดังกล่าวจากความจำคลาดเคลื่อน (recall bias) อย่างไรก็ตาม เพื่อช่วยลดผลกระทบจากอคติดังกล่าว การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ โดยอ้างอิงจากการนัดหมายพบแพทย์ย้อนหลังเพียง 3-4 เดือน ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถจำเหตุการณ์ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

2. การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้ตอบอาจมีแนวโน้มเลือกตอบในลักษณะที่สะท้อนภาพลักษณ์ทางสังคมที่ดี (social desirability bias) ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของข้อมูลบางส่วน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่า ข้อมูลที่ให้จะไม่มีการใช้เพื่อการรักษาหรือการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงมีมาตรการรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด โดยจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องและดำเนินการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาและเป็นจริงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือมีโรคร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นนักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนและออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นหรือกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น
งานวิจัยนี้ดำเนินการในศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาเก็บข้อมูลจากพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างกัน
2. ศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน
ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ในระดับสูงหรือต่ำเป็นพิเศษ เพื่อเปรียบเทียบและทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างลึกซึ้ง
3. พัฒนาและประเมินผลการใช้โปรแกรมหรือกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
จากผลการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต ควรมีการวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการแทรกแซงในเชิงปฏิบัติ
4. ใช้การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงลึกหรือวิธีวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย
เพื่อให้เข้าใจบริบท ความเชื่อ ทศนคติ หรืออุปสรรคที่ผู้ป่วยเผชิญในการจัดการสุขภาพ ควรพิจารณาการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือกลุ่มสนทนาเพิ่มเติมจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ
5. ติดตามผลระยะยาว (longitudinal study)
โดยทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การควบคุมความดันโลหิตในระยะยาว

รายการอ้างอิง

1. Kario K, Okura A, Hoshida S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res.* 2024;47(5):1099-102.
2. Organization WH. Hypertension 2023 [cited 2025 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Control DoD. Report on the situation of diabetes, hypertension, and related factors B.E. 2019 2019 [cited 2025 10 May].
4. Control DoD. Situation of Hypertension Disease 2025 [
5. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol.* 2021;18(11):785-802.
6. Lee CJ, Park WJ, Suh JW, Choi EK, Jeon DW, Lim SW, et al. Relationship between health-related quality of life and blood pressure control in patients with uncontrolled hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2020;22(8):1415-24.
7. Pourmoghaddas A, Gharipour M, Garakyaraghi M, Yousefy A. Association between uncontrolled hypertension status and quality of life in hypertensive patients. *Iranian Heart Journal.* 2014;15:6-11.
8. Gheorghie A, Griffiths U, Murphy A, Legido-Quigley H, Lamptey P, Perel P. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health.* 2018;18(1):975.
9. Estimate public health expenditure in the next 15 years. [Internet]. 2018 [cited 20 feb 2024]. Available from: <https://tdri.or.th/2019/12/public-healthcare-evaluation/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B9%83%E0%B8%8A%E0%B9%89%E0%B8%88%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98/>
10. Society TH. Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension 2019 2019. Available from: <https://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>
11. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(11):1278-93.

12. Health Education Division DoHSS, Ministry of Public Health. Strengthening and assessing health literacy and health behaviors, children and youth groups (7-14 years old), people aged 15 years and over. New Thammada Press 2018. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/07122018-043912-3516.pdf>.
13. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns*. 2014;96(2):165-70.
14. Kevser Tari Selcuk YM, Tuba Aydin. Uncontrolled Blood Pressure in Patients with Hypertension and Associated Factors: The Role of Low Health Literacy. *Journal of Clinical Practice and Research*. 2018;40(4):222-7.
15. Mourouti N, Maria M, Costarelli V. Health literacy in relation to health outcomes in hypertension: A systematic review. *Journal of Atherosclerosis Prevention and Treatment*. 2022;13:109-18.
16. Mohd Isa D, Shahar S, He FJ, Majid HA. Associations of Health Literacy with Blood Pressure and Dietary Salt Intake among Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2021;13(12).
17. Percentage of hypertensive patients whose blood pressure is well controlled [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/ryg/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9>.
18. Chitra Boonphok HK, Benjamas Nakharad, Kwanchanok Thesara, Waranya Treelao, Rungnapa Lan-arun, Supaporn Nokhaa. Indicators for monitoring the quality of non-communicable disease services (diabetes and hypertension) Fiscal year 2022. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf>.
19. Kaul S. Evidence for the Universal Blood Pressure Goal of <130/80 mm Hg Is Strong: Controversies in Hypertension - Con Side of the Argument. *Hypertension*. 2020;76(5):1391-9.
20. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-57.

21. Thongma P. Health literacy and health outcomes in patients with hypertension. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(1):50-62.
22. Anuritprasert B. Nursing Manual Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure for Outpatients. Mahidol University: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2021.
23. Kwanmuang Kaewdamkeng nT. Health Literacy. bangkok: New Thammada press; 2011.
24. Samruayruen K, Kitreerawutiwong N. Understanding on Assessing Health Literacy EAU HEritAgE JoUrnAlScience and technology (Online). 2018;12(3):1-13.
25. Chanungthong Thanasukhan NN. Development of health literacy measuring instruments for diabetes and hypertension patients. Division of health education, Department of health service support. Ministry of public health together with Mahidol University 2015.
26. Miruntee C. Blood Pressure Levels and Medication Adherence of Hypertensive Patients Receiving Continuous Medication at Community Pharmacies Compared to the Hypertension Clinic at Pak Chong Nana Hospital. เกสัชกรรมคลินิก. 2024;30(2):114-25.
27. Norasing M. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. Journal of Nakornping Hospital. 2020;10(1).
28. Chatsakul Mabchantuk LP. Relationships Between Health Literacy and Personal Factors and Health Behaviors of Hypertension Patients in Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province. RJHSS. 2022;40(1):195-219.
29. Narissara Kaewbanjak KS, , Prapaijit Shumwangwapee. Health Literacy Factors Associated with Health Behavior among Elderly with Hypertension Disease in Khoksi Sub-District, Muang District, Khon Kaen Province. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2020;3(3):1-15.
30. Noohuang N. The Association between Health Literacy and Health Care Behaviors among Hypertension Patients. Journal of Health and Environmental Education. 2023;8(4):264-74.

31. Wang Y, Chen T, Gan W, Yin J, Song L, Qi H, et al. Association among high blood pressure health literacy, social support and health-related quality of life among a community population with hypertension: a community-based cross-sectional study in China. *BMJ Open*. 2022;12(6):e057495.
32. Ahn YH, Ham OK. Factors Associated With Medication Adherence Among Medical-Aid Beneficiaries With Hypertension. *West J Nurs Res*. 2016;38(10):1298-312.
33. Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, Tanasugarn C. HEALTH LITERACY, MEDICATION ADHERENCE, AND BLOOD PRESSURE LEVEL AMONG HYPERTENSIVE OLDER ADULTS TREATED AT PRIMARY HEALTH CARE CENTERS. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2016;47(1):109-20.
34. Gaffari-Fam S, Babazadeh T, Oliaei S, Behboodi L, Daemi A. Adherence to a Health Literacy and Healthy Lifestyle with Improved Blood Pressure Control in Iran. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:499-506.
35. Sagaro GG, Di Canio M, Amenta F. Correlation between body mass index and blood pressure in seafarers. *Clin Exp Hypertens*. 2021;43(2):189-95.
36. Tang N, Ma J, Tao R, Chen Z, Yang Y, He Q, et al. The effects of the interaction between BMI and dyslipidemia on hypertension in adults. *Sci Rep*. 2022;12(1):927.
37. Golomb BA, Dimsdale JE, White HL, Ritchie JB, Criqui MH. Reduction in blood pressure with statins: results from the UCSD Statin Study, a randomized trial. *Arch Intern Med*. 2008;168(7):721-7.
38. Briasoulis A, Agarwal V, Valachis A, Messerli F. Antihypertensive Effects of Statins: A Meta-Analysis of Prospective Controlled Studies. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)*. 2013;15:310-20.
39. Jongwilakasem K, lerkiatbundit S. Development of the Medication Adherence Scale for Thais (MAST). *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2021;13(1):17-30.
40. Keerati Kitreerawutiwong SS, Oranit Sanguanwongwijit, Walaiphorn Phongmanee, Piyarat Chumee, Awinon Buaprachum. Factors Related to Blood Pressure Control among Hypertensive Patients in Nongphra Sub-district Health Promoting Hospital, Wangthong District, Phitsanulok Province. *JOBCNSUR*. 2017;7(2):25-35.

41. Society TH. Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension 2024 2024. Available from: [:/https://www.thaihypertension.org/files/Guideline2024.pdf](https://www.thaihypertension.org/files/Guideline2024.pdf).
42. Gui J, Li Y, Liu H, Guo LL, Li J, Lei Y, et al. Obesity-and lipid-related indices as a predictor of hypertension in Mid-aged and Elderly Chinese: A Cross-sectional Study. *Res Sq*. 2023.
43. Meesub P. Prevalence and Factors Affecting Uncontrolled Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients in Chiang Khong Hospital, Chiang Rai Province. *Journal of Primary Care and Family Medicine* 2021;4(2):61-9.
44. Borghi C, Dormi A, Veronesi M, Sangiorgi Z, Gaddi A. Association between different lipid-lowering treatment strategies and blood pressure control in the Brisighella Heart Study. *Am Heart J*. 2004;148(2):285-92.
45. Briasoulis A, Agarwal V, Valachis A, Messerli FH. Antihypertensive effects of statins: a meta-analysis of prospective controlled studies. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013;15(5):310-20.
46. Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. *Am J Hypertens*. 2012;25(3):348-53.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา



แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจงแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประชากร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1. ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (2 ข้อ)
- ตอนที่ 2 การอ่านศัพท์พื้นฐาน (66 ข้อ)
- ตอนที่ 3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข
- ตอนที่ 4 ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (5 ข้อ)
- ตอนที่ 5 ความรู้ความเข้าใจ (20 ข้อ)
- ตอนที่ 6 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ (17 ข้อ)
- ตอนที่ 7 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต (11 ข้อ)
- ตอนที่ 8 แบบประเมินการปฏิบัติ 3อ2ส (8 ข้อ)

ส่วนที่ 3 การควบคุมระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประชากร

- 1) เพศ 1.ชาย 2. หญิง
- 2) อายุ ปี
- 3) โรคประจำตัว (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 4) ส่วนสูงเซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม
- 5) ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 - 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 - 4. ปวส./อนุปริญญา
 - 5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
- 6) อาชีพของท่านในปัจจุบัน
 - 1. ไม่มีอาชีพ
 - 2. รับจ้าง
 - 3. ค้าขาย
 - 4. เกษตรกร
 - 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - 6. อื่นๆ.....
- 7) ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ท่านได้รับจากทุกแหล่งเพียงพอหรือไม่
 - เพียงพอ/เหลือเก็บ
 - เพียงพอ/ ไม่เหลือเก็บ
 - เพียงพอบางครั้ง
 - ไม่เพียงพอ
- 8) สถานภาพสมรส
 - โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง/ แยกกันอยู่

- 9) ประวัติการสูบบุหรี่
- ไม่เคยสูบ
 - เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้วมาเป็นเวลาปี
 - ยังสูบบุหรี่ มาเป็นเวลา.....ปี ปริมาณการสูบ.....มวน/วัน
- 10) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
- ไม่ดื่ม
 - ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)
 - ดื่มเกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)
 - ดื่มวันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์)
 - ดื่มสัปดาห์ละครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)
 - ดื่มเดือนละครั้ง (1-3วัน / 3 เดือน)
- 11) จำนวนรายการยาทุกชนิดที่ต้องรับประทานในแต่ละวันในการรักษาความดันโลหิตสูงและโรคร่วม
- โรคร่วม
- โปรดระบุ ชนิด/วัน
- 12) จำนวนเม็ดยาทุกชนิดที่ต้องรับประทานในแต่ละวันในการรักษาความดันโลหิตสูงและโรคร่วม
- โรคร่วม
- โปรดระบุ เม็ด/วัน
- 13) ความร่วมมือในการใช้ยา (ผู้วิจัยประเมินโดยพิจารณาจากจำนวนยาคงเหลือ คำนวณสูตร
- [จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ – จำนวนเม็ดยาคงเหลือ] × 100/ จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ)
- 1. มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ (คะแนน ≥ ร้อยละ 80)
 - 2. มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่เพียงพอ (คะแนน < ร้อยละ 80)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อ้างอิงตามแบบเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2558

ตอนที่ 1. ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณต้องการใครสักคนที่จะช่วยคุณอ่านเอกสารข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ
 1. ทุกครั้ง 2. บ่อยครั้ง 3. นานๆ ครั้ง 4. ไม่เคย
- คุณเคยต้องการความช่วยเหลือในการกรอกข้อมูลในการมาติดต่อรับการรักษาจากแพทย์บ้างไหม
 1. ทุกครั้ง 2. บ่อยครั้ง 3. นานๆ ครั้ง 4. ไม่เคย

ตอนที่ 2 การอ่านศัพท์พื้นฐาน

คำชี้แจง ให้ผู้รับการประเมินอ่านคำเป็นคำๆ จำนวน 66 คำ โดยใช้เวลาอ่านคำละประมาณ 4-5 วินาที ถ้าอ่านไม่ได้หรือหยุดสะกดยุ่เกินเวลาที่กำหนด ให้หยุดอ่านคำนั้น ถือว่าอ่านไม่ได้ และให้อ่านคำต่อไป เจ้าหน้าที่ผู้ประเมินการอ่านศัพท์ ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่อ่านได้ถูกต้อง

แบบประเมินการอ่าน ศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์					
คำศัพท์ชุดที่ 1	อ่านได้	คำศัพท์ชุดที่ 2	อ่านได้	คำศัพท์ชุดที่ 3	อ่านได้
1. มก./ดล.		1. สมดุล		1. ระดับไขมันโคเลสเตอรอล	
2. จอตา		2. ซ่อนกาแฟ		2. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์	
3. เลนส์ตา		3. ซ่อนกินข้าว		3. ระดับไขมันเอชดีแอล	
4. วัณตา		4. ผงชูรส		4. ระดับไขมันแอลดีแอล	
5. วังเหยาะ		5. เอ็กเซอร์ปอด		5. ธงโภชนา	
6. ปริกรรม		6. สมุดประจำตัว		6. มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	
7. องุ่นสด		7. ดัชนีมวลกาย		7. มิลลิเมตรปรอท	
8. สมาริ		8. ไข่ขาวในปัสสาวะ		8. ซ็อกโกแลต	

แบบประเมินการอ่าน ศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์					
คำศัพท์ชุดที่ 1	อ่านได้	คำศัพท์ชุดที่ 2	อ่านได้	คำศัพท์ชุดที่ 3	อ่านได้
9. ฟอกเลือด		9. ซีพอร์หลังเท้า		9. โซเดียม	
10. ภาวะนา		10. ซีพอร์ตามุด้านใน		10. ผลกระทบ	
11. พุทโร		11. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ		11. วิฤติ	
12. ลูกอม		12. เส้นเลือดฝอย		12. ปฏิบัติการ	
13. ซ้อนยา		13. น้ำมันปาล์ม		13. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	
14. ซ้อนซา		14. แขนงเลี้ยงกึ่งสด		14. เส้นเลือดฝอยร่างแหในลูกตา	
15. จักขุแพทย์		15. นมสดพ่องมันเนย		15. การควบคุมความดันโลหิตสูง	
16. อัมพฤกษ์		16. กิจวัตรประจำวัน		16. การควบคุมเบาหวาน	
17. อัมพาต		17. ยาละลายลิ่มเลือด		17. หน่วยบริโภค	
18. จักรยาน		18. โปรตีนในปัสสาวะ		18. ปัจจัยเสี่ยง	
19. แพ้ยา		19. ความเข้มข้นของเลือด		19. \leq	
20. น้ำตาลในเลือด		20. ค่าน้ำตาลหลังอาหาร		20. \geq	
21. ความดันโลหิต		21. ค่าน้ำตาลสะสม			
22. การประเมิน		22. ภาวะแทรกซ้อน			
23. ไตเสื่อม					
24. หมดสติ					

ตอนที่ 3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข

คำชี้แจง โปรดจับคู่ค่าผลการตรวจสำคัญที่บ่งชี้สภาวะสุขภาพแต่ละตัว ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง	
_____ (ก) _____ 1	น้ำหนัก

_____ 1	ความดันโลหิต	ก. 30 นิ้ว
_____ 2	รอบเอว	ข. 120/80 มม.ปรอท
_____ 3	ระดับน้ำตาลในเลือด	ค. 70-130 มก./ดล.
_____ 4	ระดับไขมันในเลือด HDL	ง. น้อยกว่า 100 มก./ดล.
_____ 5	ระดับไขมันในเลือด LDL	จ. น้อยกว่า 200 มก./ดล.
_____ 6	โคเลสเตอรอล	ช. มากกว่า 40 มก./ดล.
_____ 7	ระดับน้ำตาลสะสม	ญ. 80 ครั้งต่อนาที
_____ 8	ดัชนีมวลกาย	ฎ. น้อยกว่า 7.0 มก. %
		ฏ. 50 กิโลกรัม
		ฐ. 23 กิโลกรัมต่อเมตร ²

ตอนที่ 4 การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ถ้าท่านอยากได้ข้อมูลเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ท่านจะทำอย่างไร

- | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|
| 1. ถามเพื่อนบ้านที่สนิทกัน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. ถาม อสม. ที่ดูแลท่านอยู่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3. ถามเจ้าหน้าที่ที่ รพสต. | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4. ถามแพทย์ที่รักษาท่านเท่านั้น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5. กลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ไปรักษาด้วยกัน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

ตอนที่ 5 ความรู้ความเข้าใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

หมวดที่ 1 ตอบทั้งผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง

1.1 อะไรคือ 3อ2ส

- 1.อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา
- 2. งดอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา
- 3. ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อารมณ์เบิกบาน งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา
- 4. ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมอารมณ์เครียด งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา

1.2 “3อ2ส” เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ความดันอย่างไร

- 1. ทำให้น้ำตาลในเลือดและความดันลดลง
- 2. ทำให้ไม่เครียดและความดันโลหิตลดลง
- 3. ทำให้ลดเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดัน
- 4. ทำให้ระบบเผาผลาญในร่างกายดี คุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี

1.3 กิจกรรมประจำวันที่ช่วยควบคุมเบาหวานและความดันที่ควรทำเป็นประจำคืออะไรบ้าง

- 1. กินผักหลายชนิดทุกวัน และออกกำลังกาย 30 นาทีทุกวัน
- 2. กินยา หรือใช้ยาตามแพทย์สั่ง และไปตรวจตามนัด
- 3. ดูแลจิตใจไม่ให้เครียดเป็นประจำ
- 4. ข้อ ข ค ง และงดเหล้า งดบุหรี่

1.4 ข้อใดต่อไปนี้ ที่ผู้ที่เป็นเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ไม่ ควรยึดถือ ปฏิบัติ

- 1. เลือกอาหารที่มีน้ำตาลน้อยที่สุด
- 2. อาหารมื้อสุดท้ายในแต่ละวันควรห่างจากเวลานอนประมาณ 3 ชั่วโมง
- 3. การอดอาหารมื้อเย็น
- 4. เลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำหรือไม่เค็ม

1.5 การควบคุมน้ำหนักควรทำอย่างไร

- 1.ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 10 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2.รับประทานอาหารตามหลักอาหารแลกเปลี่ยนอย่างเคร่งครัด
- 3. ออกกำลังกายวันละ 30 นาที ทุกวัน
- 4.ออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ และรับประทานอาหารให้ได้ครบทุกหมวดหมู่ตามหลัก

อาหารแลกเปลี่ยนเป็นประจำทุกวัน

1.6 ข้อใดถูกต้องมากที่สุดในเรื่องความสัมพันธ์ ของอารมณ์ต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

- 1. ความเครียดทำให้ปวดศีรษะความดันโลหิตสูงได้
- 2. ความเครียดทำให้กินอาหารมากและบ่อยขึ้น ส่งผลต่อเบาหวานได้
- 3. ความเครียดทำให้ต้องการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- 4. ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นทำให้ระดับน้ำตาล และความดันโลหิตสูง

1.7 บุหรี่มีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

- 1. สูบบุหรี่ทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดันป่วยมะเร็งปอดมากขึ้น
- 2. สูบบุหรี่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตยากมากขึ้น
- 3. สูบบุหรี่ทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดันเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น
- 4. ควันบุหรี่ทำให้คนในครอบครัวเสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันเพิ่มมากขึ้น

1.8 สุรามีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

- 1. ดื่มสุราทำให้ไม่มีสติในการดูแลเบาหวาน ความดัน
- 2. ดื่มสุราทำให้น้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตต่ำลง
- 3. ดื่มสุราทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดันเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น
- 4. ดื่มสุราทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดันเสี่ยงโรคความจำเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

1.9 ข้อใดเป็นคำตอบที่ถูกต้องมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

- 1. ลดความเสี่ยงต่อการโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 2. ลดการเกิดอาการแทรกซ้อนที่ตา ไต เท้า
- 3. ส่งเสริมภาพลักษณ์ให้สุขภาพดี แข็งแรง
- 4. เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน

1.10 จากข้อมูลฉลากโภชนาการด้านล่างนี้ หากรับประทานอาหารชนิดนี้ไป 1 หน่วยบริโภค จะได้รับคาร์โบไฮเดรตทั้งหมดกี่กรัม

1. 5 กรัม
2. 14 กรัม
3. 80 กรัม
4. 115 กรัม

คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค พลังงานทั้งหมด 80 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 0 กิโลแคลอรี)			
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*			
ไขมันทั้งหมด 0 ก.	0%		
ไขมันอิ่มตัว 0 ก.	0%		
โคเลสเตอรอล 5 มก.		2%	
โปรตีน 6 ก.			
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 14 ก.	5%		
ใยอาหาร 0 ก.	0%		
น้ำตาล 14 ก.			
โซเดียม 115 มก.	5%		
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*			
วิตามินเอ	0%	วิตามินบี 1	4%
วิตามินบี 2	25%	แคลเซียม	30%
เหล็ก	2%		

*ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี

1.11 ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปี และยังไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรเริ่มด้วย

1. การเดินเบาๆ น้อยๆ
2. การเดิน 3 กิโลเมตรทุกวันจนร่างกายชิน
3. การเดินรอบละ 10 นาที 3 รอบ
4. การวิ่งเหยาะรอบละ 10 นาที 3 รอบ

1.12 อาการที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันทีมีอะไรบ้าง

1. รู้สึกหงุดหงิด
2. เกิดอาการหิวระหว่าวออกกำลังกาย
3. ไม่มีแรงออกกำลังกายต่อ
4. มีฝนตั้งเค้ามาแต่ไกล

1.13 การดูแลอารมณ์เพื่อให้ผลดีต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำอย่างไร

1. นั่งสบายๆ ฟังจิตไปกับการท่องพุทโธหรือคำในคัมภีร์ตามหลักศาสนาของท่าน
2. นอนขดในผ้าห่มพร้อมท่องพุทโธ หรือคำในคัมภีร์ตามหลักศาสนาของท่าน
3. เดินเดี่ยวๆในป่า พร้อมท่องพุทโธ หรือคำในคัมภีร์ตามหลักศาสนาของท่าน
4. บอกคนรอบข้างว่าหงุดหงิด

1.14. เมื่อท่านต้องเดินทางไปต่างจังหวัดหลายวัน จนเลยวันนัดพบแพทย์ ท่านควรทำอย่างไร

1. ขาดนัดในครั้งนี้อย่างไรและไปตรวจเมื่อกลับ
2. โทรศัพท์ขอเลื่อนวันนัด ก่อนวันเดินทาง
3. ซ้ำยามารับประทานเอง
4. ขาดยา 2-3 วันไม่มีผลอะไร

ถ้าท่านเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ท่านจะกินอาหารและเติมเครื่องปรุงเหล่านี้ได้อย่างไร

1.15 แกงเขียวหวาน

- 1.กินได้ไม่จำกัด 2.กินได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ 3.ควรงดเลย

1.16 น้ำปลาพริก

- 1.เติมได้ไม่จำกัด 2.เติมได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ 3.ควรงดเลย

1.17 น้ำปลาทหวาน

- 1.เติมได้ไม่จำกัด 2.เติมได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ 3.ควรงดเลย

1.18 คะนอ รสดี ฟ้าไทย

- 1.เติมได้ไม่จำกัด 2.เติมได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ 3.ควรงดเลย

1.19 บะหมี่ หรือโจ๊กกึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า ไวไว

- 1.เติมได้ไม่จำกัด 2.เติมได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ 3.ควรงดเลย

1.20 พริกกับเกลือ

- 1.เติมได้ไม่จำกัด 2.เติมได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ 3.ควรงดเลย

ตอนที่ 6 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

คะแนน	บอก ญาติ ให้ ตอบ	ไม่ตอบ	พยายาม ตอบเอง	3.ควรงด เลย	ตอบ และ ถาม เพิ่ม
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. เมื่อถูกถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการกินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เมื่อถูกถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อออกกำลังกายตาม แผนไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เมื่อถูกถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องวิธีการควบคุมน้ำ น้ำหนัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. การควบคุมความเครียด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. การดื่มสุรา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เมื่อถูกถามเกี่ยวกับภาวะโรค และอาการ ผิดปกติ เช่น อาการน้ำตาลต่ำหรือสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. เมื่อถูกถามถึงวิธีการกิน/ใช้ยา หรือฉีดยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เมื่อถูกถามถึงผลเลือด หรือความดันที่สูงกว่าเดิม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. เมื่อถูกถามเรื่องการใช้อาสมุนไพรร หรือ ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. เมื่อถูกถามถึงการเจ็บป่วยอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. เมื่อถูกถามถึงความรู้สึกรู้สึกต่อชีวิต ครอบครัวหรืออาชีพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. เมื่อถูกถามถึงการตัดสินใจในชีวิตเช่นการไปเที่ยว กับครอบครัวหรือเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. เมื่อถูกถามถึงการเปลี่ยนหรือย้ายที่อยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. เมื่อถูกถามถึงกรณีการเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือเผชิญภัยพิบัติ เช่น การชุมนุม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. เมื่อเดินทางแล้วลืมยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 7 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าควรปฏิบัติที่สุดเพียงข้อเดียว

แบบทดสอบตอนที่ 7 ประกอบด้วย 2 ส่วน

7.1 การตัดสินใจเหตุการณ์กรณีต่างๆ

ถ้าเกิดเหตุการณ์ในกรณีต่างๆต่อไปนี้ ท่านจะอย่างไร

1. เมื่อท่านเปลี่ยนวิธีออกกำลังกาย แล้วเกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น ท่านจะอย่างไร

- 1. หยุดออกกำลังกายจนอาการเป็นปกติและปรับแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสมครั้งต่อไป
- 2. หยุดออกกำลังกาย และไปพบแพทย์ทันที
- 3. หยุดออกกำลังกาย และบอกญาติ/เพื่อนถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
- 4. ออกกำลังกายต่อไป

2. เมื่อท่านกินข้าวมือเย็นน้อยลง 1 ทัพพีเพื่อลดน้ำหนักตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แล้วพบว่า รู้สึกหิว และหิวมากตอนกลางคืน ท่านจะอย่างไร

- 1. เพิ่มข้าวอีกครั้งทัพพีในวันต่อไป และสังเกตอาการว่าเกิดขึ้นอีกหรือไม่
- 2. ปรึกษาให้ลดลงด้วยตนเอง
- 3. ดื่มน้ำหวานทันทีและสังเกตอาการผิดปกติ
- 4. ปรับเวลาในการกินอาหารมือเย็นให้ใกล้กับเวลาอนอนมากขึ้น

3. ในกรณีที่แพทย์อนุญาตให้ไปถือศีล 1 เดือน (ทานอาหารได้แค่ 2 มื้อ) หรือถือศีลอด (มุสลิม) ได้ ท่าน จะอย่างไร

- 1. ไม่รับประทานยาในระหว่างถือศีล
- 2. ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับระดับยาในระหว่างถือศีล
- 3. รับประทานด้วยตนเอง โดยการรับประทานยาขนาดเดิม 2 มื้อ ตามอาหาร
- 4. รับประทานด้วยตนเองจากขนาด 3 มื้อ แบ่งให้เป็น 2 มื้อ ตามอาหาร

4. ในกรณีที่ต้องไปงานเลี้ยง ท่านจะอย่างไร

- 1. รับประทานอาหารตามปกติ
- 2. งดการรับประทานอาหารกลางวันในวันนั้น
- 3. ทบทวนชนิดอาหารแลกเปลี่ยนเพื่อเลือกรับประทานอาหารในงานเลี้ยง
- 4. ไม่ดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงาน

7.2 เมื่อท่านต้องเดินทางไปนอกพื้นที่ หรือนอกหมู่บ้าน ตำบล ของท่าน สิ่งที่ท่านคิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้ท่านมีสุขภาพดีต่อไปได้คือ

1. การเลือกอาหารสุขภาพ	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> 2.เป็นไปได้ยาก	<input type="checkbox"/> 3.พอเป็นไปได้	<input type="checkbox"/> 4.เป็นไปได้มาก
2. การออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> 2.เป็นไปได้ยาก	<input type="checkbox"/> 3.พอเป็นไปได้	<input type="checkbox"/> 4.เป็นไปได้มาก
3. การสวมหมวกทำสมาธิ หรือ ทำ ละหมาด หรือคลายเครียด	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> 2.เป็นไปได้ยาก	<input type="checkbox"/> 3.พอเป็นไปได้	<input type="checkbox"/> 4.เป็นไปได้มาก
4. การงดดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> 2.เป็นไปได้ยาก	<input type="checkbox"/> 3.พอเป็นไปได้	<input type="checkbox"/> 4.เป็นไปได้มาก
5. การงดสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> 2.เป็นไปได้ยาก	<input type="checkbox"/> 3.พอเป็นไปได้	<input type="checkbox"/> 4.เป็นไปได้มาก
6. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> 2.เป็นไปได้ยาก	<input type="checkbox"/> 3.พอเป็นไปได้	<input type="checkbox"/> 4.เป็นไปได้มาก
7. การไปใช้บริการในหน่วยบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข กรณีฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ทำ	<input type="checkbox"/> 2.เป็นไปได้ยาก	<input type="checkbox"/> 3.พอเป็นไปได้	<input type="checkbox"/> 4.เป็นไปได้มาก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้บ่อยครั้งแค่ไหน					
การปฏิบัติ	ความถี่				
	ไม่ทำเลย	นานๆ ครั้ง	3 วันต่อสัปดาห์	5 วันต่อสัปดาห์	ทุกวัน
P1 ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย พุด ไม่ออก (ไม่ รวมการทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ หรือ การ เดินทาง)					
P2 เลือกอาหารที่เน้น ผัก ผลไม้					
P3 เลือก/ปรุงอาหารที่มี รส ชาติไม่เค็มจัด					
P4 เลือกอาหารที่ไม่มีไขมัน/ ไขมันต่ำ					
P5 เลือกอาหารที่รสไม่ หวานเป็น หลัก					
P6 ควบคุมอารมณ์/จิตใจ ไม่ให้ เครียด หรือวิตก กังวลมาก เกินไป					
P7 งดการสูบบุหรี่					
P8 งดการดื่มสุรา					

ส่วนที่ 3 การควบคุมระดับความดันโลหิต

- 1) ประวัติระดับความดันโลหิต (ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากระบบ Hosxp PCU หรือสมุดประจำตัวของผู้ป่วย)

ครั้งที่ 1 คือความดันโลหิตที่วัดได้ครั้งสุดท้ายเมื่อมาพบแพทย์ก่อนวันตอบแบบสอบถาม

ครั้งที่ 2 คือ ความดันโลหิตที่วัดได้เมื่อมาพบแพทย์ ณ วันตอบแบบสอบถาม)

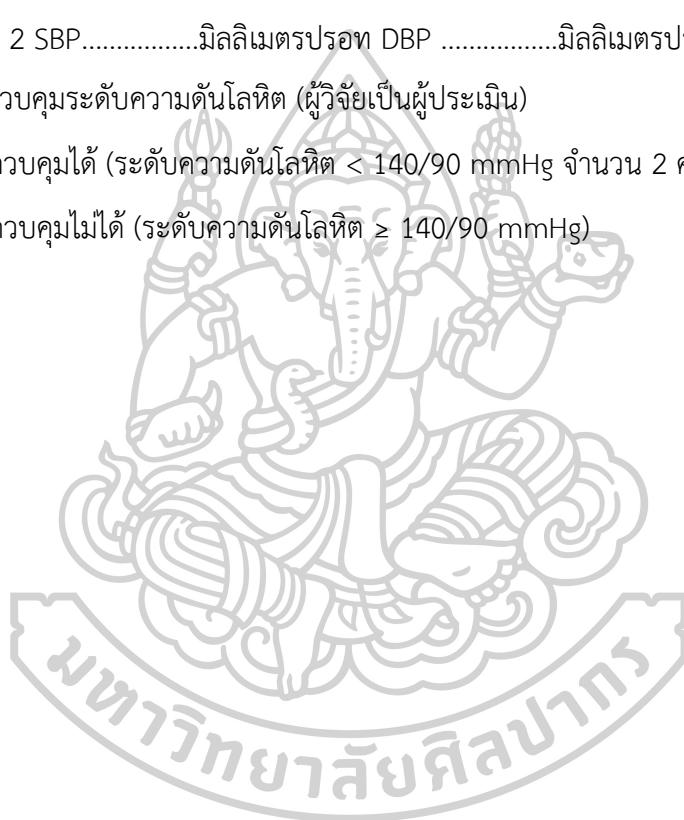
ครั้งที่ 1 SBP.....มิลลิเมตรปรอท DBPมิลลิเมตรปรอท

ครั้งที่ 2 SBP.....มิลลิเมตรปรอท DBPมิลลิเมตรปรอท

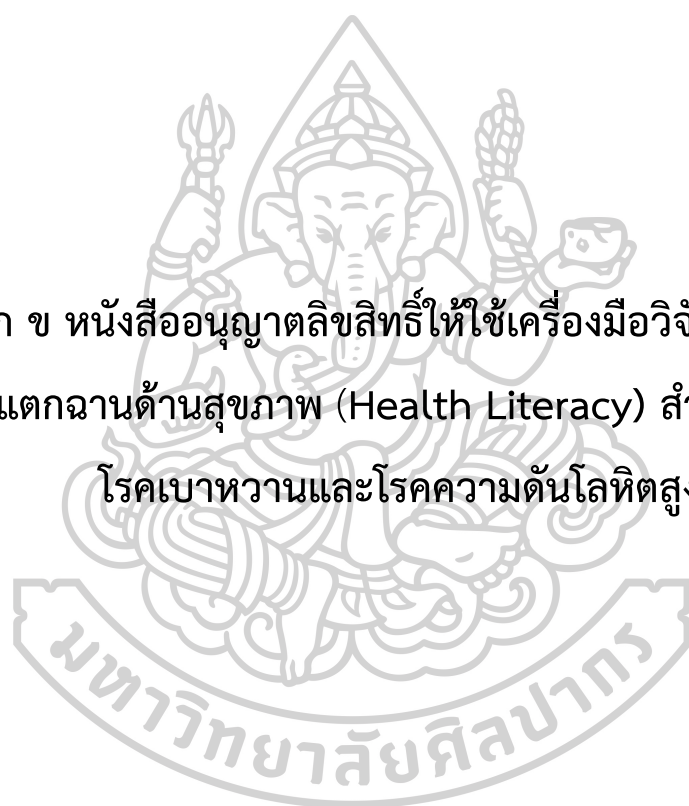
- 2) การควบคุมระดับความดันโลหิต (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน)

ควบคุมได้ (ระดับความดันโลหิต $< 140/90$ mmHg จำนวน 2 ครั้งต่อเนื่อง)

ควบคุมไม่ได้ (ระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg)



ภาคผนวก ข หนังสืออนุญาตลิขสิทธิ์ให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบวัดความรู้
แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง



ที่ สช ๐๙๐๘.๒/๕๖ ฎ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๗ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

อ้างถึง หนังสือคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ที่ ฮว ๘๖๓๔/๐๙๖๘ ลงวันที่ ๓๑ เมษายน ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวปิยะธิดา กลั่นเชื้อ รหัสนักศึกษา ๖๓๐๘๒๐๐๐๖ นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Health Literacy and Blood Pressure Control Outcome in Patient with Hypertension)” และมีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือ “แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง” เพื่อประกอบการทำวิจัยที่กำลังศึกษา นั้น

ในการนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขภาพ พิจารณาแล้วว่าไม่ขัดข้องและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ “แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง” เพื่อเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าทางวิชาการในการต่อยอดความรู้และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จึงเรียนมาเพื่ออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชูทองพงษ์ ชัยชูชื่น)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

กองบริหารการสนับสนุนสุขภาพ กรมสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปฎิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองสุขภาพ

โทร. ๐ ๒๑๙๓ ๙๐๐๐ ต่อ ๑๘๙๐๙

โทรสาร ๐ ๒๑๙๓ ๕๖๕๐

ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยใน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 3 การควบคุม
ระดับความดันโลหิต จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1. ผศ.ดร.ภญ. น้ำฝน ศรีบัณฑิต อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการ
บริหาร มหาวิทยาลัยศิลปากร
2. ดร.ภญ. เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ นักวิชาการอิสระ
3. คุณจำเนียร พรประยูร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เทศบาลเมืองมาบตาพุด



ภาคผนวก จ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





มหาวิทยาลัยศิลปากร

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ: REC 66.0703-100-6280

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ): Health Literacy and Blood Pressure Control Outcome in Patient with Hypertension

ผู้วิจัยหลัก: นางสาวปิยะธิดา กลั่นเชื้อ

สังกัด: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 02 ฉบับลงวันที่ 28 สิงหาคม 2566
2. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ฉบับภาษาไทย) เวอร์ชัน 02 ฉบับลงวันที่ 28 สิงหาคม 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชัน 02 ฉบับลงวันที่ 28 สิงหาคม 2566
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชัน 01 ฉบับลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2566

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดภายในประเทศ โดยขอให้รายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อโครงการเสร็จสิ้น



(รองศาสตราจารย์ ดร. ประเสริฐ อัครมงคลพร)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศิลปากร

หมายเลขใบรับรอง COA 66.0829-050

วันที่รับรอง: 29 สิงหาคม พ.ศ. 2566

วันหมดอายุ: 28 สิงหาคม พ.ศ. 2567

สำนักงานบริหารการวิจัย นวัตกรรมและการสร้างสรรค์

6 ถนนราชมรรคาใน ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทร 0-3425-5808 โทรสาร (Fax) : 0-3425-5808

email : humanethics@su.ac.th

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ปิยะธิดา กลั่นเชื้อ
วัน เดือน ปี เกิด	12 พฤศจิกายน 2534
สถานที่เกิด	ชลบุรี
ที่อยู่ปัจจุบัน	21/42 หมู่ 2 ต.สัตหีบ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี 20180

