



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์



สุชาดา ธงชาย

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์"

ของ สุชาดา ธงชาย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์
ผู้วิจัย	สุชาดา ธงชาย
สถานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สูดหนองบัว
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง, แรงสนับสนุนทางสังคม, การตระหนักรู้ในตนเอง

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 410 คน สุ่มตัวอย่างแบบเชิงระบบ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564 เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.84-0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.4 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ( $\bar{x} = 69.97$ ) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 24.6 ( $\bar{x} = 33.2$ ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.0 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 66.6 เขตที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท ร้อยละ 83.1 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.5 ( $\bar{x} = 9.83$ ) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 61.4 ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับมากกว่า 2 ช่องทาง ร้อยละ 72.9 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 76.57$ , S.D. = 14.11) ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์ มีทั้งสิ้น 7 ปัจจัย ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง (p-value < 0.001,  $\beta = 0.213$ ) อาศัยอยู่ในเขตเมือง (p-value < 0.001,  $\beta = -0.273$ )

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ( $p$ -value < 0.001,  $\beta$  = 0.189) ระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ( $p$ -value < 0.001,  $\beta$  = 0.150) ดัชนีมวลกาย ( $p$ -value = 0.005,  $\beta$  = 0.124) อายุ ( $p$ -value = 0.006,  $\beta$  = -0.227) การรับข้อมูลสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง ( $p$ -value = 0.007,  $\beta$  = 0.115) ตามลำดับ ดังนั้นทั้ง 7 ปัจจัยมีอำนาจในการทำนาย 28% ( $R$  square = 0.296, Adjusted  $R^2$  = 0.284) ข้อเสนอแนะในการวิจัยคือ หน่วยงานด้านสุขภาพควรนำผลปัจจัยทำนายเหล่านี้ไปใช้ในการพิจารณาในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป



**Title** FACTOR PREDICTING HEALTH LITERACY TOWARDS  
PREVENTION  
OF STROKE AMONG ELDERLY PEOPLE WITH HIGH BLOOD  
PRESSURE  
IN NAKHON SAWAN PROVINCE

**Author** SUCHADA THONGCHAI

**Advisor** Associate Professor Supaporn Sudnongbua, Ph.D.

**Academic Paper** M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University,  
2021

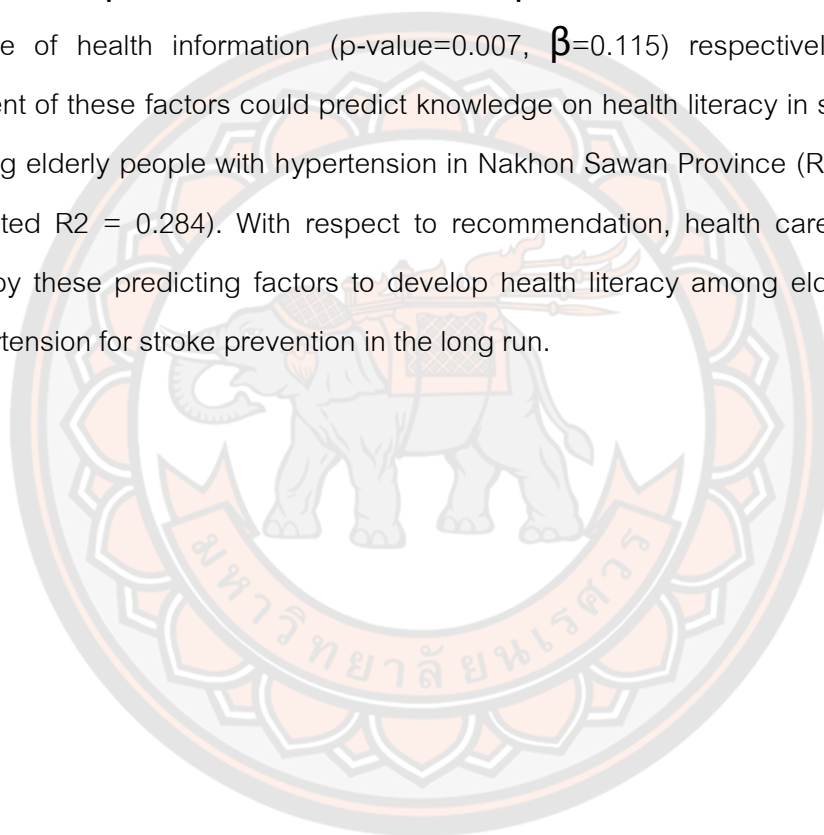
**Keywords** Health literacy for stroke prevention, Elderly, Hypertension, Social  
support, Self awareness

#### ABSTRACT

This predictive research aimed 1) to study levels of health literacy in stroke prevention among elderly people with hypertension and 2) to investigate factors affecting knowledge on health literacy in stroke prevention among elderly people with hypertension in Nakhon Sawan Province. Four hundred and ten samples were selected randomly by systematic sampling and they were elderly people (60 years old and over) being ill with high blood pressure in Nakhon Sawan Province. Data were collected during February - March 2021. Research tool was a questionnaire with reliability value between 0.84-0.94. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple linear regression at a level of statistical significance of 0.05.

Results of the study revealed that 63.4% of samples was female. They ranged in age from 60-69 with a mean age of 69.97. They ranged BMI from 18.50-22.99 kg/m<sup>2</sup> with a mean BMI of 33.2. The vast majority (81%) graduated elementary school. Most of them (66.6%) got married and lived in rural area (83.1%). Most of them (69.5%) had hypertension over 5 years. Of those, 61.4% had no complications. The vast majority

(72.9%) received health information in more than two channels. Their health literacy in stroke prevention was at a fair level ( $\bar{x}$  =76.57, SD=14.11). Factors affecting knowledge on health literacy in stroke prevention among elderly people with hypertension were self-awareness (p-value<0.001,  $\beta$ =0.213), living in an urban area (p-value<0.001,  $\beta$ =-0.273), level of ability to carry out daily activities (p-value<0.001,  $\beta$ =0.189), education level on secondary school and over (p-value<0.001,  $\beta$ =0.150), body mass index (p-value=0.005,  $\beta$ =0.124), age (p-value=0.006,  $\beta$ =-0.227), and obtaining more than one source of health information (p-value=0.007,  $\beta$ =0.115) respectively. Twenty eight percent of these factors could predict knowledge on health literacy in stroke prevention among elderly people with hypertension in Nakhon Sawan Province (R square = 0.296, Adjusted R2 = 0.284). With respect to recommendation, health care sectors should employ these predicting factors to develop health literacy among elderly people with hypertension for stroke prevention in the long run.



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาตรวจสอบแก้ไขข้อมูลและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน จากมหาวิทยาลัยนเรศวร นายชรินทร์ ห่วงมิตร และนายเกรียงกมล เหมือนกรุด จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดี

กราบขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดีเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

สุชาดา ธงชาย



# สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
ประกาศคุณูปการ .....	ท
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฎ
สารบัญภาพ .....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
จุดมุ่งหมายของการวิจัย .....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคหลอดเลือดสมอง (Stoke) .....	9
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention) .....	12
ผู้สูงอายุ (Elderly).....	19
ความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) .....	35
แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) .....	40

การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) .....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	45
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย .....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	51
คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	52
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย .....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	56
การสร้างเครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ .....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	64
การสร้างคความน่าเชื่อถืองานวิจัย .....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	65
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล .....	65
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) .....	68
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) .....	69
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness).....	72
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy).....	74
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) .....	79
บทที่ 5 บทสรุป .....	87
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผล .....	89

ข้อเสนอแนะ ..... 96

บรรณานุกรม ..... 98

ภาคผนวก..... 105

ประวัติผู้วิจัย ..... 122



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตาราง 1 แสดงตัวแทนหน่วยบริการปฐมภูมิ .....	54
ตาราง 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามหน่วยบริการปฐมภูมิ .....	55
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล (n = 410).....	65
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (n = 410).....	68
ตาราง 5 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้านแรงสนับสนุนทาง สังคม (Social Support) (n = 410).....	69
ตาราง 6 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อตามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (n = 410).....	70
ตาราง 7 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการ แปรผล ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้านการตระหนักรู้ ในตนเอง (Self-awareness) (n = 410).....	72
ตาราง 8 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อตามการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) (n = 410).....	72
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามความ รอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy) (n = 410) .....	74
ตาราง 10 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้านตามความรอบรู้ทาง สุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy) (n = 410) .....	75

ตาราง 11 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายรายข้อตามความรู้ทางสุขภาพใน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy) (n = 410) .....	76
ตาราง 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และการตระหนักรู้ในตนเอง กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง (n=410).....	80
ตาราง 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ทาง สุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (n=410).....	81
ตาราง 14 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ เขตที่อยู่ อาศัย ภาวะแทรกซ้อน และช่องทางการรับข้อมูล กับความรู้ทางสุขภาพในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (n=410)....	82
ตาราง 15 แสดงการแทนค่าปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้ในตนเอง....	83
ตาราง 16 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยหาค่าสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) (n=410).....	84
ตาราง 17 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์การ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (n = 410).....	85

# สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....50



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังมีผู้ป่วยใหม่สูงถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีการประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี พ.ศ. 2562 พบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถป้องกันได้ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, 2562) สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร เป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิง (นิตยา พันธุเวชย์ และลินดา จำปาแก้ว, 2561) จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2560 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) หากประชาชนไม่ได้รับการป้องกันที่ถูกต้อง คาดว่าจะพบโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช, 2561)

โรคหลอดเลือดสมอง คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบหรือตันและหลอดเลือดสมองแตก (สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, 2562) ในการรักษาของประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบว่า ในผู้ป่วย 100 จะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 หายใกล้เคียงปกติร้อยละ 25 และเกิดความพิการร้อยละ 70 ซึ่งอัตราความพิการจะน้อยลงตามลำดับ เมื่อเวลาผ่านไป นอกจากความพิการทางกายแล้วยังมีผลต่อความคิด การวางแผน ความจำ ซึ่งมักจะเกิดความจำเสื่อมในระยะเวลาดำเนินมา (สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, 2562) ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบาง

รายที่เกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดได้จาก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งอายุถือเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (บุษรา อินเต็ง, 2562) และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด การใช้สารเสพติด โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช, 2561) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ และเป็นปัจจัยที่ 2 รองจากอายุ ที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) แสดงให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ที่มีอายุมาก และผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงมากยิ่งขึ้นในผู้ที่มีอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มของผู้สูงอายุในประเทศไทย ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44.08 และพบสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ถึงร้อยละ 51.24 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายจังหวัดในรายเขตสุขภาพ พบว่า จังหวัดนครสวรรค์ มีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1 ในเขตสุขภาพ (ร้อยละ 53.88 และร้อยละ 2.19) และมีอัตราการป่วยตายถึงร้อยละ 6.87 (Dashboard HDC service กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และในอนาคตคาดว่าโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว หากไม่มีแนวทางมาตรการในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทั้งภาครัฐบาลและภาคประชาสังคม ได้ดำเนินการรับมือกับโรคไม่ติดต่อ โดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนวาระโรคไม่ติดต่อเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยให้บรรลุเป้าหมาย คือ 1) ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อให้ได้ 1 ใน 3 2) เสริมสร้างการป้องกันและการควบคุมการใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณอันตราย 3) ลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนให้ได้ร้อยละ 10 4) เสริมสร้างการนำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัย



โลกไปปฏิบัติ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายกรมควบคุมโรคร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พัฒนาร่างแผนบูรณาการยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย ซึ่งว่าด้วยเรื่องของการพัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการควบคุมโรคไม่ติดต่อ การเร่งการขับเคลื่อนทางสังคมและการสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์ การพัฒนาศักยภาพชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล การปฏิรูปการจัดการระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทท้องถิ่น และการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้น ไม่เพียงแต่อาศัยนโยบายจากภาครัฐบาล ประชาชนเองจำเป็นต้องมีความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยปลูกฝังให้ประชาชนเกิด “Health Literacy” หรือความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) โดยดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้นิยามความรู้ทางสุขภาพว่าเป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพและเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น จึงได้จำแนกระดับความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/Functional literacy) ระดับที่ 2 ความรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communication/interactive health literacy) และระดับที่ 3 ความรู้ทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical health literacy) แนวทางการจำแนกระดับการพัฒนาตามคุณลักษณะที่มาจากการสังเคราะห์คำนิยามและความหมายที่กำหนดขึ้นจากหน่วยงานระดับชาติและรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมาโดย กำหนดคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 6 คุณลักษณะ ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 2) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

จากการศึกษาวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าการศึกษามากมายเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ที่บอกถึงความรู้ทางสุขภาพที่สูงจะส่งผลทางบวกกับการดูแลสุขภาพสุขภาพมากกว่าการมีความรู้ทางสุขภาพต่ำ เช่น ชินตา เตชะวิจิตรจากรู (2561) กล่าวว่า

ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง เนื่องจากขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จากผลการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-60 ปี ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ จะมีภาวะสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ของร่างกายพื้นฐาน ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะรายงานความยากลำบากในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ได้ศึกษาเรื่องความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคอยู่ในระดับปานกลางเป็นร้อยละ 68.2 และประไพพิศ สิงหเสม และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดีพอร้อยละ 51.70 จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายและจิตที่ไม่ดีในกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ คือ การควบคุมโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่า บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำกว่า (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561)

จากปัญหาและผลกระทบบดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ แผนการดำเนินงานในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดที่มีอำนาจในการทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส เขตพื้นที่การอยู่อาศัย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน การได้รับข้อมูลข่าวสาร ประเภทผู้สูงอายุตามลักษณะการช่วยเหลือตัวเอง มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์
2. แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านการดูแล แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์
3. การตระหนักรู้ในตนเอง การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง การประเมินตนเองตามความเป็นจริง และความมั่นใจในตนเอง มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (health literacy towards prevention of stroke) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอ้างอิงและประยุกต์ความหมายจาก กรมอนามัย โดยให้ความหมายของความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) หมายถึง การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและ แลกเปลี่ยนการตัดสินใจการเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ โดยงานวิจัยนี้จะมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. การเข้าถึง หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

2. การเข้าใจ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับอย่างถูกต้อง

3. การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถโต้ตอบซักถามข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สงสัยจากเจ้าหน้าที่ได้ และสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ได้

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับมาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง

5. การบอกต่อ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถแนะนำและบอกต่อให้ผู้อื่นที่มีโรคหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่คล้ายกันให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้

ผู้สูงอายุ (elderly) ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ อย่างน้อย 6 เดือน และเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

โรคความดันโลหิตสูง (high blood pressure) ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ภาวะความดันช่วงบนตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันช่วงล่างตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และได้รับยาความดันโลหิตสูงเป็นประจำทุกเดือน

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. แรงสนับสนุนด้านการเงิน หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือการเงินจากบุตรหลาน หรือจากหน่วยงานภาครัฐ ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และไม่มีภาระยับยั้งผู้อื่นจนเป็นหนี้สิน

2. แรงสนับสนุนด้านร่างกาย หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุตรหลาน คู่ครอง บุตรเขย บุตรสะใภ้ ในการเตรียมอาหาร ทำงานบ้าน เป็นต้น ไม่ได้ลงมือทำอะไรจนก่อนให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา

3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านอาหาร เสื้อผ้า สิ่งของต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ทั้งจากบุตรหลาน คู่ครอง บุตรเขย บุตรสะใภ้ เป็นต้น

4. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงใจ การให้กำลังใจ การปลอบใจที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ในตนเอง ดังนี้

1. การตระหนักรู้ในอารมณ์ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง ทราบถึงสาเหตุของการเกิดอารมณ์นั้น และทราบถึงพฤติกรรมที่จะแสดงออกเมื่อเกิดอารมณ์นั้น

2. การประเมินตนเองตามความเป็นจริง หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. มีความมั่นใจในตนเอง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

#### **เชิงนโยบาย**

1. หน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นฐานข้อมูลสนับสนุน นโยบาย กลยุทธ์ การสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

2. ศูนย์วิชาการเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการจัดทำมาตรการ แนวทางในการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อสนับสนุนนโยบายแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

### เชิงปฏิบัติการ

1. ศูนย์วิชาการเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ นำผลการศึกษามาใช้เป็นฐานข้อมูลสนับสนุนการสร้างต้นแบบ แนวทาง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำผลการศึกษามาสนับสนุนการจัดทำแนวทางหรือโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ในพื้นที่ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ
3. ผู้รับผิดชอบงานเทศบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำผลการศึกษามาสนับสนุนการจัดทำเป็นแผนการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

### เชิงวิชาการ

1. ผู้ที่ทำการศึกษาหรือทำวิจัยใช้เป็นฐานองค์ความรู้ในการพัฒนางานวิจัย และสนับสนุนงานวิจัยอื่นๆ เช่น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มวัยอื่น หรือกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหลายโรค เป็นต้น
2. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพสามารถใช้สนับสนุนการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น การส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
3. ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันโรคสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลประกอบการควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นหนังสือ บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
3. ผู้สูงอายุ (Elderly)
4. ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)
5. แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
6. การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

#### โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

##### 1. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตก ทำให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายส่งผลต่อการเกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่าง ๆ (พิมลพรรณ ดีเมฆ และจารุณี จันธิยะ, 2558; มัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2561; วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ไสภิต สุวรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์, 2560) ดังนี้ คือ

1.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่าร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งย่อยได้อีก 2 ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมอง

ได้ และโรคหลอดเลือดขาดเลือดเนื่องจากการอุดตัน (Embolic Stroke) ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

1.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้ประมาณร้อยละ 20 โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้สามารถแบ่งย่อยได้ 2 ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) ซึ่งเกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

## 2. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (มัณชุนาส มัญจาวงษ์, 2561)

### 2.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น

2.1.1 อายุ ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมัน เกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น

2.1.2 เพศ เพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากพบอุบัติการณ์การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

2.1.3 ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อย

2.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยส่วนมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการใช้ยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ

## 3. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย คือ อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ส่วนมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง, อาการชาหรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งเช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง และมักมีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซหรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วนหรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะสมอง



ขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15 (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560; มัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2561; วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2560)

#### 4. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในปัจจุบันสามารถให้การรักษาได้โดยอาศัยความรวดเร็วในการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง ยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษา ได้แก่

4.1 ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ ซึ่งจะทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้นยังได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น

4.2 ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาแอสไพรินใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน 4.5 ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว

4.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ เพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว

หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาการของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นตามลำดับ และอาจกลับมาเป็นปกติได้ ภายใน 6 เดือน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสารและการเคลื่อนไหวเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560; มัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2561; วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2560)

#### 5. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนี้

5.1 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัดที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

5.2 ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคภัยแรงต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

5.3 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

#### 5.4 งดสูบบุหรี่

นอกจากนี้ ควรรับการตรวจรักษาต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยการให้ยาร่วมกัน ได้แก่ การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก 6-12 เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามอาการ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการใช้ชีวิต นอกจากนี้ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมอาการได้ และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง กรณีเป็นโรคหัวใจควรรับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยกรณีเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว (พอร์ณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560; มัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2561; วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2560)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองนั้นเกิดจากการที่เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ซึ่งอาจเกิดจากการที่เส้นเลือดตีบ หรืออุดตัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพเกิดเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคมีทั้งที่เปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศ พันธุกรรม และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้คือ พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ที่นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์

#### โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2561) ให้ความหมายว่า ความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงจำแนกเป็น 4 ประเภท ในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Chobanian et al., 2003) ได้กำหนดไว้ ดังนี้

1. ความดันโลหิตปกติ (Normal) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2. ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120 - 139 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Stage 1 Hypertension) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

4. ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Stage 2 Hypertension) คือ มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

ในงานวิจัยนี้เลือกใช้ความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระดับที่ 1 จะถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### 1. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (นิชาภักดิ์ วัชรบุญเลี้ยง, 2561) และความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ

1.1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ มักมีปัจจัยเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน ความเครียด อาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่ เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวสามารถแบ่งได้ 2 ประการ คือ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Wilstrand, 1987 อ้างอิงใน เมตตา ธีระนิจิ, 2549)

#### 1.1.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงในส่วนของที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ ประวัติครอบครัว เพศ อายุ และเชื้อชาติ

1) ประวัติครอบครัวหรือการถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ชัดเจน มีการศึกษาทั้งในสัตว์ทดลองและคนที่สามารถสรุปได้ว่า กรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงได้ บุคคลในครอบครัวเดียวกันมักมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงของบุตรบุญธรรมและพ่อแม่บุญธรรม อย่างไรก็ตาม อิทธิพลของพันธุกรรมนี้ ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัดว่าเป็นไปตามกฎของเมนเดล (Mendelian Dominant Inheritance) เข้าใจว่าคงมีอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ แฝงเข้ามาด้วย เช่น การเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุ อาชีพ ขนาดของครอบครัว การออกกำลังกาย ความอ้วน ความเค็มในอาหาร ซึ่งล้วนแต่เป็นอิทธิพลที่สำคัญที่อาจเสริมพันธุกรรมอยู่ด้วย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2) เพศ เพศชายมักจะมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อย และเพศชายมีอัตราการตายหรือความพิการจากโรคหลอดเลือดและสมองมากกว่าเพศหญิง แต่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาดีกว่า ส่วนเพศหญิงมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ยาคุมกำเนิด การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเผชิญภาวะวิกฤต เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2560)

3) อายุ โรคความดันโลหิตสูงจะมีอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ เนื่องจากหลอดเลือดจะเกิดการแข็งตัวจากกระบวนการเสื่อมของร่างกายและอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มักจะมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (วริศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์, 2561)

4) เชื้อชาติ อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบสูงสุดในผู้ที่มีผิวดำโดยพบในหญิงผิวดำร้อยละ 29.3 ชายผิวดำร้อยละ 22.5 และพบต่ำในผู้ที่มีผิวขาว โดยพบในชายผิวขาวร้อยละ 6.3 หญิงผิวขาวร้อยละ 4.7 ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ความชุกของโรคพบมากในคนผิวดำนั้นไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการมีระดับเรนินที่ต่ำลง (นิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

#### 1.1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

##### 1) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic Risk Factors)

ภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต เนื่องจากผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น โดยร้อยละ 46 ของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมักพบว่ามีความดันโลหิตสูง และประมาณร้อยละ 70 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรก มีสาเหตุมาจากความอ้วน (สุพรชัย กองพัฒนานุกุล, 2542) และในขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลงความดันโลหิตก็ลดลงด้วย มีการศึกษาความอ้วนกับการเกิดความดันโลหิตสูง พบว่า ประมาณ น้ำหนักตัวมีผลต่อความดันโลหิตแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ เชื้อชาติ จากการสำรวจสุขภาพของชาวอเมริกัน พบว่า ผู้ชายที่อ้วนจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิง ผู้หญิงที่อ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วน 4 เท่า (นิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

##### 2) ปัจจัยทางด้านอาหาร (Dietary Risk Factors)

การได้รับอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ชนิดของอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ

2.1) เกลือ ชนิดของเกลือที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต คือ โซเดียม ไพรอแตสเซียม แคลเซียม และแมกนีเซียม การรับประทานเกลือโซเดียมเกินความต้องการ จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การเพิ่มขึ้นของโซเดียมในเซลล์จะยับยั้งการแลกเปลี่ยนโซเดียมและแคลเซียม ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการสะสมแคลเซียมในหลอดเลือดและระบบกล้ามเนื้อ เกิดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) เพิ่มขึ้น และเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือด ส่งผลต่อความดันโลหิต (เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2553)

2.2) การได้รับแคลเซียม ปกติร่างกายควรได้รับแคลเซียม 1,500 - 3,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งแคลเซียมจะช่วยลดความดันโลหิตและช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูง มีการศึกษาทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า ระดับแคลเซียมที่ลดลงจะสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) และหากรับประทานแคลเซียมในปริมาณที่น้อยร่วมกับการรับประทานอาหารเค็มจะเสริมให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (ณิชากัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

2.3) การได้รับโปแตสเซียม โปแตสเซียมเมื่อเข้าสู่หลอดเลือด จะช่วยขยายหลอดเลือด ระวังการหลังเรนิน แองจิโอเทนซิน ลดการหลังอะดรีเนอริคโคทิน และกระตุ้นกระบวนการโซเดียมและโปแตสเซียมปั๊ม (Sodium-potassium pump) ดังนั้น การได้รับโปแตสเซียมอย่างเพียงพอจะสามารถช่วยป้องกันความดันโลหิตสูงได้ (ณิชากัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

2.4) อาหารที่มีไขมัน การรับประทานอาหารที่มีไขมันประเภทอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในเลือดส่งผลให้เลือดไหลเวียนได้น้อยและเกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน บันดี, 2542)

## 2.5) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

2.5.1) ปริมาณแอลกอฮอล์ ผลแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิตยังไม่ชัดเจน แต่จากแนวทางการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของ JNC VII (2003) แนะนำว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้วต่อวันในผู้ชายและไม่เกิน 1 แก้วต่อวันในผู้หญิงและคนน้ำหนักน้อย (1 แก้วเทียบเท่า 44 มล. ของสุรา 355 มล. ของเบียร์ หรือ 148 มล. ของเหล้าองุ่น) เนื่องจากแอลกอฮอล์ปริมาณมากมีผลต่อการรักษาหรือควบคุมความดันโลหิต และส่งผลต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ประสิทธิภาพลดลง โดยสามารถลดระดับความดันซิสโตลิกได้ ประมาณ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

2.5.2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยลดความดันโลหิตลงประมาณ 3/2 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และลดโดยเฉลี่ยประมาณ 7/6 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจะมีผลอยู่นานประมาณ 22 ชั่วโมง หลังการออกกำลังกาย (เนติมา คูณีย์, 2555)

2.5.3 ความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อฮอร์โมนที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตโดยตรง คือ อะดรีนาลีน และคอร์ติซอล ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะเพิ่มความดันเลือดในร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำให้ผนังหลอดเลือดหดเกร็งขึ้น เร่งให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

2.5.4 การสูบบุหรี่ บุหรี่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากบุหรี่ทำให้ร่างกายปล่อยสารคาทีคอลามีน (Catecholamine) เข้าสู่ร่างกายมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ทำให้หลอดเลือดตีบตัน มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึง 25 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 2-3 วินาทีหลังจากสูดควันบุหรี่เข้าไปหนึ่งครั้ง (วิศรา ปั่นทองกลาง และคณะ, 2561)

1.2 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ หรือความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) พบได้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) สาเหตุของโรคเกิดจาก

1.2.1 ไต เช่น ไตอักเสบ ไตวายเรื้อรัง

1.2.2 หลอดเลือดไต คือ หลอดเลือดแดงของไตมีการตีบตัน ซึ่งการตีบตันของหลอดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดงของไตแข็งตัว หลอดเลือดอักเสบ หลอดเลือดผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ซึ่งไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น สาเหตุเหล่านี้เมื่อรักษาโดยการผ่าตัดแล้วความดันโลหิตสูงก็จะหายไป

1.2.3 จากฮอร์โมน เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนที่หลั่งออกจากอวัยวะภายในต่างๆ เช่น ต่อมหมวกไต และโรค Cushing's Syndrome เป็นต้น

1.2.4 หลอดเลือดหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว หลอดเลือดแดงใหญ่หดตัว เป็นต้น

1.2.5 ระบบประสาท เกิดจากประสาทส่วนกลางผิดปกติ เช่น ฝืนในสมอง สมองอักเสบ สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ เป็นต้น

## 2. อาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

### 2.1 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจจะพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกันคือ

กรณีที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก

กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ หลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

ทางการแพทย์ระบุว่าร้อยละ 60 - 75 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวาย ร้อยละ 20-30 เสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตก และร้อยละ 5 - 10 เสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2560)

โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา จะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มากขึ้น และมีความรุนแรงของโรคมักขึ้นตามลำดับ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะ pre-hypertension ลักษณะที่สำคัญคือ มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ในระดับปกติ และมี cardiac output เพิ่มขึ้นพบว่าวัยเฉลี่ยของกลุ่มนี้อยู่ประมาณ 10 - 30 ปี และในเด็กที่มีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงและถ้าเป็นในช่วงอายุ 20 - 30 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ระยะ early hypertension มีลักษณะที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูงและมีความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน พบได้ในกลุ่มอายุประมาณ 40 ปี ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจมีความดันโลหิตกลับเข้าสู่สภาวะปกติ หรือกลายเป็นความดันโลหิตที่รุนแรง ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1

3. ระยะ established hypertension เป็นช่วงของการดำเนินโรคเมื่อไม่ได้รับการรักษาใดๆ จากระยะ early hypertension เป็นเวลา 7 - 10 ปี ซึ่งจะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของหลอดเลือดอย่างรวดเร็วจนเกิดภาวะแทรกซ้อนประมาณร้อยละ 30 และพบว่าส่วนใหญ่เกินร้อยละ 50 ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมของอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดแดง สมอง ตา และไต

4. ระยะเวลาที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ซึ่งพบเมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เกิด cerebral hemorrhage encephalopathy ตาเกิด flame-shaped hemorrhages มักพบในกลุ่มสูงวัยขึ้นประมาณ 40 - 60 ปี

## 2.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและรูเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญเสื่อมและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ได้แก่ (นิซาทิร วัตบุญเลี้ยง, 2561)

2.2.1 หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ มีอาการบวมที่ข้อเท้า ถ้ารุนแรงมากจะมีอาการไอรุนแรง เสมหะเป็นฟอง ตัวเขียว ริมฝีปากเขียว ใจสั่น กระสับกระส่าย ถ้าหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบตันก็จะทำให้หัวใจขาดเลือดจนกระทั่งเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกหรือจุกแน่นตรงกลางหน้าอกหรือยอดอก มักจะเจ็บร้าวมาที่ไหล่ซ้าย ด้านในของแขนซ้าย บางคนอาจร้าวมาที่คอ ขากรรไกร หลังหรือแขนขวา

2.2.2 สมอง จะเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแตก กลายเป็นอัมพาตครึ่งซีก หากมีเส้นเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจจะเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว และในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว อาจมีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชี้น สับสน ชัก และอาจหมดสติได้

2.2.3 ไต เกิดภาวะหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตเกิดภาวะเสื่อม ตีบ หรือแคบลง ทำให้เลือดส่งไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการทำงานของไตเสื่อมลง และอาจเกิดภาวะไตวาย มีการคั่งของ ของเสียเป็นพิษต่อร่างกายทำให้เสียชีวิตได้

2.2.4 ตา เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงจอรับภาพ แข็งตัว และตีบลง อาจมีเลือดออกที่จอรับภาพทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวเรื่อย ๆ จนบอดได้ ซึ่งจะอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้ามีความดันโลหิตสูงมากและเป็นเวลานาน อาจส่งผลต่ออาการแทรกซ้อนจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

## 3. แนวทางป้องกันการรักษา

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

3.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันความดันโลหิตสูง โดยการลดปัจจัยเสี่ยงให้



น้อยที่สุด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2560) สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องลดการรับประทานอาหารเค็ม โดยเกลือต้องไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลา ไม่เกินวันละ 3 - 4 ช้อนชา หากอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ควรออกกำลังกายประมาณครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยวิธีใดก็ได้ แต่ควรออกให้พอประมาณไม่ออกหักโหม งดดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำชา กาแฟ หยุดดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หยุดสูบบุหรี่ รวมทั้งทำจิตใจให้สบายไม่เครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น (นิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

3.2 การรักษาด้วยยา ปัจจุบันมียาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงหลายชนิด โดยแต่ละชนิดมีข้อดีข้อเสีย และประสิทธิภาพแตกต่างกันออกไป ในระยะแรกของการให้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำว่า การให้ยาควรประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคเบาหวานร่วมด้วย จากนั้นจึงวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (นิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง, 2561)

สรุปได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้น ส่วนใหญ่มักเป็นชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ และเกิดจากปัจจัยหลายอย่างทั้งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และที่เปลี่ยนแปลงได้ ผู้ป่วยในบางรายไม่แสดงอาการใด ๆ ทำให้เกิดความไม่ระวัง จนสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ และหนึ่งในโรคที่เป็นปัญหาคือโรคหลอดเลือดสมอง จึงนำมาสู่แนวคิดที่ว่า เมื่อบุคคลเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจะมีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

### ผู้สูงอายุ (Elderly)

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม โดยยึดตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่กำหนดให้ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์และมีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2561)

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) คือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) คือผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและดูแลสุขภาพดี มีสุขภาพดีแต่ต้องมีการพึ่งพิง และได้รับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน

3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) คือผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน ต้องการการดูแลทางการแพทย์ตามอาการที่เจ็บป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุทั้ง 3 ประเภท คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย

### 1. พัฒนาการของวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป บางคนยังเป็นผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงจนกระทั่งอายุ 75 หรือ 80 ปี ความสามารถของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเองจะค่อยๆ ลดลง วัยผู้สูงอายุ ออกเป็น 2 ช่วง คือ วัยสูงอายุระยะแรก (young old) คือผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี (หรือ 80 ปี) เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมในกิจการต่าง ๆ ได้ วัยสูงอายุระยะหลัง (old old) คือ ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจนขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (เตือนใจ ทองคำ, 2549) ดังนี้

#### 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1.1.1 ระบบต่อมไร้ท่อร่างกาย นอกจากเกิดจากความชราแล้วการเปลี่ยนแปลงยังได้รับอิทธิพลจากกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม อาหาร และสุขภาพทั่ว ๆ ไป การเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อร่างกาย มี ดังนี้

1) ผิวหนัง ลักษณะผิวหนังของผู้สูงอายุ บนใบหน้าจะมีรอยตีนกา บางคนมีตุ่มนูนแข็งคล้ายหูด (seborrhea Keratosis) เกิดจากไขมันที่ร่างกายขับออกมาถูกอุดตัน ผิวหนังซีดไม่มีน้ำมันวล เนื่องจากเลือดฝอยบริเวณหน้าลดลง บริเวณคอมีรอยย่นมาก บริเวณแขนขา หลังมือ มีความย่นคล้อย มีรอยย่นชัดเจน เนื่องจากมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย ผิวหนังมักบางมองเห็นหลอดเลือดใต้ผิวหนังได้ชัด และบางแห่งอาจมีพรายน้ำ (Senile purpura) เพราะหลอดเลือดฝอยเปราะแตกง่าย ผิวหนังมักแห้งและลอกทำให้มีอาการคัน บางแห่งมีจุดเหมือนขี้แมลงวัน (Senile lantigo) บางแห่งมีรอยด่างและสีไม่สม่ำเสมอ เรียกว่าตกกระ (actinic keratosis) ส่วนบริเวณลำตัวโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและตะโพกจะมีไขมันใต้ผิวหนังมาก ทำให้มีลักษณะพุงพลุ้ย ผิวหนังตามตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายเหล่านี้ เมื่อเป็นแผลแล้วจะหายช้ามากเพราะเซลล์แบ่งตัวได้ช้าลง หลอดเลือดเปราะและการงอกใหม่ของหลอดเลือดฝอยลดลง และมักเป็นแผลกดทับได้ง่ายจากประสาทสัมผัสเสื่อมลง

1.1.2) ต่อมเหงื่อ ขับเหงื่อได้น้อยลง เนื่องจากขนาดของต่อมเหงื่อเล็กลงและจำนวนน้อยลง จึงระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการร้อนมากกว่าปกติเมื่ออากาศร้อนอาจเป็นลมจากความร้อนได้ แล้วเมื่ออากาศหนาวผู้สูงอายุจะรู้สึกหนาวมากด้วย

1.1.3) ผมเปลี่ยนเป็นสีขาวย้ำและร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อผิวหนังศีรษะช่วยย่นการไหลเวียนของโลหิตลดลงทำให้เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บจะยาวช้ากว่าปกติ มีลักษณะแข็งและเปราะหักง่าย

1.1.2 ระบบไหลเวียน การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนมีผลทำให้ระบบอื่น ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง อันเป็นต้นเหตุของการเสื่อมของอวัยวะอื่น ๆ ตามมา การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจมีการทำงานลดลง อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum Heart Rate) จะต่ำกว่าวัยหนุ่มสาว และจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้นหัวใจของผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ปริมาณเลือดสูงสุดที่ถูกบีบออกจากหัวใจ (Maximum Stroke Volume) ลดลง ส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) ลดลงถึงร้อยละ 40 หลอดเลือดจะเสียความยืดหยุ่นทำให้มองเห็นหลอดเลือดได้ชัดเจนตรง บริเวณศีรษะคอ แขน ขา การที่ผนังหลอดเลือดแข็งและเสียความยืดหยุ่น จะทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นส่งผลต่อค่าความดันเลือดที่สูงขึ้นทั้งความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก ซึ่งอาจสูงถึง 170/95 ม.ม.ปรอท ผู้ที่อายุเกิน 80 ปีอาจมีค่าความดันเลือดสูงถึง 195/105 ม.ม.ปรอท โดยไม่จำเป็นต้องรักษา

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนดังกล่าว ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อใช้กำลัง บางรายอาจมีอาการหน้ามืดเป็นลม ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดิม

1.1.3 ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเช่นเดียวกับระบบไหลเวียน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง คือ อวัยวะช่วยหายใจ มีความหนาจากหน้าไปหลังเพิ่มขึ้น กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังมีการเคลื่อนไหวขณะหายใจเข้าหายใจออกลดลง การหายใจส่วนใหญ่ต้องใช้กระบังลมช่วยกล่อ่งเสียง ทำให้เสียงเปลี่ยนเป็นห้าวแหบ และแห้ง ปอด มีแนวโน้มที่จะมีขนาดโตขึ้น จากความยืดหยุ่นของเนื้อปอดไม่ดี เยื่อหุ้มปอดแห้งทึบและมีการคั่งของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่าย ขนกวัด (Cilia) มีการโบกพัดน้อยครั้งลง (ปกติ 10-11 ครั้งต่อวินาที) ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย

เช่น หลังผ่าตัดหรือเมื่อร่างกายมี ความต้านทานลดลงจากเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

1.1.4 ระบบกล้ามเนื้อ ปริมาณกล้ามเนื้อลดลงและปริมาณ ไขมันเพิ่มขึ้น การเพิ่มของไขมันเกิดจากร่างกายดึงไปใช้น้อยลง ทำให้มองเห็นผู้สูงอายุมีลักษณะกล้ามเนื้อ หย่อนยาน ซึ่งเห็นชัดบริเวณแขน และมีลักษณะลงพุง กล้ามเนื้อไม่มีเส้นใยเล็กลง กล้ามเนื้อพลังอ่อนลงรู้สึกเหมือนไม่ค่อยมีกำลัง และยกของหนักไม่ไหว การสังเคราะห์โปรตีนของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง และหลุดเล็ดลอยภายในกล้ามเนื้อลดลง การทำงานประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อเสื่อมลง การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหว

1.1.5 ระบบกระดูก กระดูกจะบางลงเพราะมีการเกาะของแคลเซียมลดลง เนื่องจากการใช้ แร่ธาตุในชีวิตประจำวันลดลง กระดูกจึงรับแรงที่มากระทำน้อยตามไปด้วย สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากการขาดโปรตีนและเกลือแร่ ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามิน หรือขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งช่วยในการดูดซึม แคลเซียมและมีการจับของแคลเซียมในเนื้อกระดูก จึงมักพบภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ในเพศหญิงหลังหมดประจำเดือนมากกว่า ผู้สูงอายุชาย การเกิดกระดูกพรุน ทำให้ผู้สูงอายุมีกระดูกเปราะและหักง่าย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการปวดร้าว โดยเฉพาะจะปวดหลังบางรายอาจมีหลังโก่ง ( Kyphosis) ร่วมกับการยุบตัวของหมอนรองกระดูก ทำให้กระดูกที่หักมีลักษณะเป็นลิ้ม ซึ่งการหักนี้อาจเกิดขึ้นโดยที่ ผู้สูงอายุไม่ทราบสาเหตุก็ได้ ผู้สูงอายุจะมีความสูงลดลง กระดูกขากรรไกรล่างจะเล็กลง ข้อกระดูกต่าง ๆ ก็เสื่อมลงเช่นกัน เยื่อหุ้มข้อเยื่อหุ้มกระดูกจะเสื่อมสภาพไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไม่มีการใช้งานจะยิ่งเสื่อมมาก กระดูกอ่อนมีการเสื่อมสลายจากการใช้งานมานานและเกิดพังผืด เยื่อหุ้มกระดูกก็มีพังผืดเกิดขึ้นเช่นกัน น้ำเลี้ยงข้อมีลักษณะข้นกว่าวัยหนุ่มสาว การเกิดพังผืดที่ข้อร่วมกับน้ำ เลี้ยงข้อข้นขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวข้อไม่สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุต้องจำกัดกิจกรรมลง ไม่กล้าไปไหนคนเดียว เดินทางออกจากบ้านน้อยลง

1.1.6 ระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงของสมองมักจะเป็นไปอย่างช้า ๆ และ ไม่ เฉพาะเจาะจง สมองของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลงจากเซลล์ประสาทลดลง ผู้สูงอายุบางรายมีอาการสั่นของมือและศีรษะ (Senile Tremor) เชื่อว่าเกิดจากสารสื่อ ( Neurotransmitter) เช่น โดปามีน (Dopamine) สูญเสียการควบคุมการทำงานประสานกันของสมอง การนำกระแสประสาทรับความรู้สึกเข้าสู่สมองช้าลง ผู้สูงอายุจึงตอบสนองต่อการกระตุ้น และปฏิกิริยาสะท้อนกลับช้าลงกว่าเดิม การสั่งงานของกล้ามเนื้อเสื่อมลง ผู้สูงอายุจึงมักทำอะไรได้ช้ากว่าปกติ

ความแม่นยำจะเสียไปมากเนื่องจากการทำงานของสมองและอวัยวะต่าง ๆ ไม่ประสานกันเท่าที่ควร ร่วมกับความอ่อนแอของกล้ามเนื้อ และการเสื่อมของกระดูกและข้อทำให้ผู้สูงอายุประสบกับอุบัติเหตุจากการหกล้มได้ง่าย

1.1.7 ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ (Special Senses) ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ ประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก็จะมีเปลี่ยนแปลง เช่น ตาเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาความปลอดภัยในการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวัน เมื่ออายุมากขึ้นจึงเกิดหนังตาหย่อนได้ง่าย หนังตาล่างจะบวม (Senile elastosis หรือ Puffy lids) ดวงตาไม่มีประกายสดใสเพราะน้ำหล่อเลี้ยงตาน้อยลงเนื่องจากเซลล์กอบเลท (goblet Cell) ทำงานน้อยลง ถ้าอยู่ในที่อากาศแห้งจะรู้สึกเคืองตา กล้ามเนื้อม่านตา (iris) หย่อนทำให้รูม่านตาดเล็ก เรียกว่า ซีโนสิไมโอซิส (Senile miosis) และรูม่านตาดหดและขยายช้า จึงทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนการมองวัตถุซึ่งอยู่ในที่มืดแล้วมองในที่สว่างหรือมองในที่สว่างแล้วกลับไปมองในที่มืด การเปลี่ยนแปลงของหูชั้นนอกมีขี้หูมากขึ้น หูชั้นกลางมีการเปลี่ยนแปลงของแก้วหู คือมักจะแข็ง ส่วนหูชั้นในและหลังโสมเคลีย มีการตายของเซลล์ขนตรงบริเวณก้นหอย ซึ่งมักเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงร่วมกับมีของเหลว (Endolymph) อยู่ภายในก้นหอยมากขึ้น ทำให้ผนังบวมกดดันเซลล์ขนจนเซลล์ขนตายในที่สุด ก่อนเซลล์ขนตายอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนมีเสียงในหู เวียนศีรษะแบบบ้านหมุน การได้ยินลดลง ซึ่งจะสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงมากกว่าเสียงที่มีความถี่ต่ำ การสูญเสียการได้ยินทำให้ผู้สูงอายุถูกตัดขาดจากสิ่งแวดล้อม เมื่ออยากได้ยินเสียงอาจต้องขอให้พูดเสียงดัง ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นการพูดตวาดได้ จำนวนปุ่มรับรสลดลงจากเดิมร้อยละ 80 ทำให้การรับรสได้ไม่ดี โดยเฉพาะรสหวาน ทำให้ต้องรับประทานอาหารที่หวานจัดขึ้นจึงจะรู้สึกหวานชื่นใจ จากที่ปุ่มรับรสเหลือน้อยลง ประกอบกับน้ำลายในปากน้อยลง และจมูกรับกลิ่นได้ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารได้ง่าย ความสามารถในการรับกลิ่นที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่คนเดียว ผู้สูงอายุบางรายอาจรับประทานอาหารที่บูดโดยไม่ทราบ เนื่องจากจมูกและลิ้นเสียไป

1.1.8 ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่ ฟันหักเหลือน้อยซี่ลง และที่เหลืออยู่มักจะโยกคลอนไม่แข็งแรงพอที่จะขบเคี้ยวอาหารแข็ง ลักษณะของฟันที่เหลืออยู่จะมีลักษณะยาวขึ้นเนื่องจากเหงือกเร่นลง สีของฟันมักจะเป็นสีเหลืองจากเคลือบฟันที่บางลงทำให้เห็นเนื้อฟัน (dentine) ซึ่งมีสีเหลืองชัดเจนขึ้น โครงกระดูกฟันในผู้สูงอายุเล็กลง ประกอบกับเซลล์ประสาทในโครงกระดูกฟันมีน้อยลง จึงมีผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียวฟันน้อยลง ต่อมน้ำลายขับน้ำลายน้อยลง น้ำลายมีลักษณะเหนียวมากขึ้น ประกอบกับการรับประทานและกลืนไม่ดีทำให้

ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดเลือดลดลงจะรู้สึกอาหารติดคอ ถ้ำรับประทานเร็ว หลอดอาหารมักขยายใหญ่อก หูรูดของหลอดเลือดคลายตัว น้ำย่อยในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้หลอดเลือดอักเสบได้ง่าย กระเพาะอาหารบีบตัวน้อยลง ขับน้ำย่อยได้น้อยลงร้อยละ 35 ทำให้ย่อยโปรตีนได้น้อยลงและยังทำให้การดูดซึมเหล็ก แคลเซียม และวิตามินบี 12 ลดลง ลำไส้มีการผูกของเยื่อเป็นหย่อมๆ เซลล์ที่ทำหน้าที่ดูดซึมมีน้อยลงและเลือดมาเลี้ยงลำไส้ลดลงทำให้การดูดซึมน้ำลดลง ส่งผลต่ออาการท้องผูกเนื่องจากการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ช้าลง ร่วมกับการขับเมือกของลำไส้ใหญ่มีน้อยลง กากอาหารที่ผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่จะดูดซึมน้ำกลับไปมาก จึงทำให้อุจจาระแห้งมากขึ้นผู้สูงอายุจึงท้องผูกได้ง่าย

#### 1.1.9 ระบบทางเดินปัสสาวะ มีการเปลี่ยนแปลงคือ

1) ไต มีขนาดเล็กลงเพราะมีการสูญเสียเซลล์ประมาณร้อยละ 0.6 ต่อปี ซึ่งมีผลให้การทำงานลดลงถึงร้อยละ 40-60 เมื่ออายุ 75 ปี เลือดไหลผ่านไตลดลงถึงร้อยละ 53 ทำให้ประสิทธิภาพการกรองลดลง ค่าอัตราการกรอง (Glomerulo Filtration Rate) ของคนอายุ 90 ปี ลดลงจากคนอายุ 20 ปี ถึงร้อยละ 50 การดูดซึมน้ำกลับของทิวบูล (tubule) ของไตลดลงทำให้ปัสสาวะของผู้สูงอายุเข้มข้นน้อยลง คือ ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะของผู้สูงอายุประมาณ 1.024 ขณะที่ของคนหนุ่มสาวสูงถึง 1.032 บางรายอาจมีโปรตีนในปัสสาวะเท่ากับ 1+ โดยไม่มีโรคไต แต่เกิดจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง ทำให้ค่า บี ยู เอ็น (BUN=Blood Urea Nitrogen) ของคนอายุ 70 ปี เท่ากับร้อยละ 21.2 ม.ก. ในขณะที่คนอายุ 30-40 ปี เท่ากับร้อยละ 12.9 ม.ก.

2) กระเพาะปัสสาวะ มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ร่วมกับภาวะหย่อนยานของกระบังลม ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะหลังถ่ายปัสสาวะ ประกอบกับกระเพาะ ปัสสาวะจุน้ำปัสสาวะได้น้อยลงจาก 500 ซีซี. เหลือเพียง 250 ซีซี. จึงทำให้กระเพาะปัสสาวะเต็มง่ายและปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืน ซึ่งเป็นเวลาที่มีเลือดไหลผ่านไตมาก หูรูดของกระเพาะปัสสาวะหย่อนยานโดยเฉพาะในหญิงสูงอายุที่ผ่านการคลอดบุตรหลายคน ร่วมกับการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้อวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอ่อนแอเกิดปัสสาวะเล็ดขณะไอหรือจาม (Stress Incontinence of Urine) ส่งผลให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตน

3) การขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ชายที่อายุเกิน 50 ปี มักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้อุดตันทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีปัสสาวะค้างค้างในกระเพาะมาก ปัสสาวะออกช้าและสายปัสสาวะไม่พุ่งซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทรมานมากและกังวลเมื่อต้องเดินทางไกล

### 1.1.10) ระบบต่อมไร้ท่อจะเริ่มเสื่อมลง ได้แก่

1) ต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior Pituitary Gland) มีขนาดเล็กลง มีพังผืดเกิดขึ้นที่ต่อมเลือดมาเลี้ยงต่อมน้อยลง

2) ต่อมไทรอยด์ มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย คือ มีพังผืดและเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซท์สอดแทรกอยู่ในต่อม ปริมาณฮอร์โมนในเลือด คือ ที 4 (T4) และที 3 (T3) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่าไอโอดีน อัฟเทค (Iodine Uptake) ลดลง ปริมาณไทรโอแคลซิโอดิน (Thyrocalcitonin) ลดลง

3) ต่อมพาราไทรอยด์ มีระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดเปลี่ยนแปลง หรือไม่ยังไม่ทราบ แต่ทราบว่ามีความไวเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากเอสโตรเจนลดลง ซึ่งมีผลให้แคลเซียมหลุดออกจากกระดูกทำให้กระดูกบางลง

4) ต่อมหมวกไต ส่วนเปลือกยังมีการหลั่งคอร์ติซอลปกติ การตอบสนองของฮอร์โมน อัลโดสเตอโรน (aldosterone) โดยการจำกัดเกลือ พบว่าจะขับฮอร์โมนนี้ออกมาเพียงร้อยละ 30-40 ของคนอายุน้อย เรนิน (Renin) มีค่าลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น

5) ตับอ่อนมีขนาดเล็กลง บางรายมีไขมันสอดแทรกอยู่ในต่อมอินซูลิน ในเลือดปกติ แต่การตอบสนองต่อกลูโคสในระยะแรกและระยะท้าย (Late Phase of Insulin) จะลดลงทำให้ ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอาหารในช่วงหนึ่งที่หนึ่งเพิ่มขึ้น 9.5 ม.ก. ต่อเดซิลิตร ทุก 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงระดับที่สูงขึ้นของไกลโคไซเทอโรบีน (Glycosyrate Hemoglobin) ซึ่งเป็นตัวที่มีผลในปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงของโปรตีน และทำให้เกิดต่อกระจกที่ตาได้

6) ต่อมเพศชาย ลูกอัณฑะจะฝ่อลงและมีลักษณะแข็งขึ้น การสร้างเชื้ออสุจิลดลงประมาณร้อยละ 30 ในคนอายุ 60 ปี เมื่อเทียบกับคนอายุ 25-30 ปี และลดลงร้อยละ 20 ในคนอายุ 80 ปี เมื่อเทียบกับคนอายุ 60 ปี ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดลดลง

7) ต่อมเพศหญิง พบว่ารังไข่ฝ่อและหยุดการตอบสนองต่อ เอช เอส เอช ต่อมใต้สมอง ในคนอายุ 80-90 ปีจะเห็นรังไข่เหลือเพียงเศษเนื้อชิ้นเล็ก ๆ เท่านั้น

1.1.11 ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์นั้นเป็นผลจากระดับฮอร์โมนเพศลดลง คือ เอสโตรเจนในเพศหญิง และเทสโทสเตอโรนในเพศชาย

1) อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง พบว่า เต้านมจะหย่อนยาน หัวนมเล็กลง และ เนื้อเยื่อของเต้านมมีไขมันมากขึ้น อวัยวะเพศภายนอกเหี่ยวลงเพราะมีไขมันใต้ผิวหนังลดลง

ชนบริเวณอวัยวะเพศมีน้อยลง แคมมอก (labia)แบนราบลง ช่องคลอดมีสีชมพูและแห้ง การยืดขยายมีน้อยลง เซลล์ผิวของช่องคลอดบางและไม่มีเส้นเลือด ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นด่างมากขึ้นทำให้ติดเชื้อได้ง่าย และชนิดของแบคทีเรียในช่องคลอดแตกต่างไปจากวัยอื่น ๆ ปากมดลูกเหี่ยวเล็กน้อย มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุมดลูก (Endometrium) มักไวต่อการถูกกระตุ้นด้วยฮอร์โมน ทำให้เลือดออกทางช่องคลอดหลังวัยหมดประจำเดือนได้ง่าย และเนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้อิทธิพลของฮอร์โมนแอนโดรเจนมีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุหญิงบางรายมีขนบริเวณใบหน้า การตอบสนองของอวัยวะเพศหญิงขณะมีสัมพันธ์ทางเพศแตกต่างไปจากวัยสาว ซึ่งเมื่อพิจารณาตามระยะต่าง ๆ ของวงจรการร่วมเพศ จะได้รายละเอียดดังต่อไปนี้ คือ

1.1) ระยะตื่นเต้น (Excitement Phase) เป็นระยะที่เมื่อกำลังเข้าสู่ช่องคลอด ในผู้สูงอายุจะมีเมื่อกำลังเข้าสู่ช่องคลอดน้อยลงและต้องใช้เวลาานานมากขึ้นกว่าจะมีเมื่อกำลังออกมา การขยายตัวของช่องคลอดลดลงประมาณ 2/3 ทั้งด้านกว้างและด้านลึก ซึ่งอาจเป็นผลจากกล้ามเนื้อฝ่อ มีเลือดมาคั่งที่แคมมอก (labia minora) น้อยลง มดลูกอาจจะแข็งตัวและยกสูงขึ้นอย่างช้า ๆ หรืออาจไม่แข็งตัวเลย ปกติระยะนี้ใช้เวลาภายใน 10 วินาที นานหลาย ๆ นาที จนหลายชั่วโมง

1.2) ระยะกำหนดสูง (Plateau Phase) เป็นระยะที่มีเลือดมาคั่งมากขึ้นในผู้สูงอายุ การคั่งของเลือดบริเวณอวัยวะเพศลดลง ช่องคลอดจะขยายตัวเพิ่มขึ้น 1/3 ความตึงตัวของแคมมอกน้อยกว่าวัยสาว ระดับมดลูกสูงขึ้นเหมือนวัยสาวแต่การแข็งตัวน้อยกว่าและเลือดคั่งที่อิตีลิ่งค์ (Clitoris) น้อยลง ปกติระยะนี้ใช้เวลา 30 วินาทีจนหลาย ๆ นาที

1.3) ระยะสุดยอด (Orgasmic Phase) เป็นระยะที่มีการบีบรัดตัวของช่องคลอดซึ่งปกติประมาณ 3-12 ครั้ง แต่ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงคือ จำนวนครั้งของการบีบรัดตัวของช่องคลอดน้อยครั้งลง บางคนอาจรู้สึกเจ็บขณะช่องคลอดมีการหดตัว แต่ส่วนใหญ่มักยังคงได้รับความพึงพอใจจากการร่วมเพศ ปกติระยะนี้มีช่วงเวลาสั้นเพียง 3-15 วินาทีเท่านั้น

1.4) ระยะคลายตัว (Resolution Phase) เป็นระยะที่เลือดค่อย ๆ ไหลเวียน ออกจากอวัยวะเพศ โดยทั่วไประยะนี้อวัยวะเพศจะคลายตัวได้เร็วกว่าวัยสาว โดยเฉพาะการคืนสู่สภาพเดิม ของอิตีลิ่งค์กับช่องคลอด ปกติระยะนี้นาน 2-6 ชั่วโมง

2) อวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย พบว่าขณะที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกบางลง เนื่องจากระดับเทสโทสเตอโรนลดลง หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงลิ่งค์ และหลอดเลือดดำมีลักษณะแข็ง ยืดหยุ่น ได้น้อยและมีพังผืดเกิดขึ้นในลิ่งค์ น้ำอสุจิมักมีความเข้มข้นลดลง และเชื้ออสุจิ มีจำนวนลดลง การตอบสนองของอวัยวะเพศชายขณะมีสัมพันธ์ทางเพศ คือ



2.1) ระยะตื่นเต้น ต้องใช้เวลานานกว่าวัยหนุ่ม 2-3 เท่า ในการทำให้ อวัยวะเพศแข็งตัวแต่แข็งตัวได้นานกว่า อวัยวะมีเลือดคั่งและการตั้งตัวน้อยกว่า ลูกอวัยวะ ไม่สามารถยกสูงขึ้นได้ การขยายตัวของลึงค์ไม่มากเท่าวัยหนุ่มเพราะเลือดคั่งไม่มาก

2.2) ระยะกำหนดสูง ในระยะนี้ลึงค์จะไม่ตั้งตรงจนกว่าจะถึงช่วง ทำยาๆของระยะนี้ ระยะนี้อาจจะนานเพราะชายสามารถควบคุมการหลั่งของน้ำอสุจิได้ดี ลูกอวัยวะ ยกสูงได้น้อยลงและมีเลือดคั่งที่ลูกอวัยวะลดลง หรือไม่มีการยกลูกอวัยวะสูงเลยก็ได้

2.3) ระยะสุดยอด จำนวนครั้งและความแรงของการหดเกร็ง ของลึงค์ลดลง ทำให้แรงพุ่งของน้ำอสุจิลดลงจาก 12-14 นิ้ว ในวัยหนุ่มเหลือเพียง 6-12 นิ้วเท่านั้น

2.4) ระยะคลายตัว ถ้ามีการยกตัวของลูกอวัยวะในระยะตื่นเต้น ก็คลายตัวกลับลงมาเร็วกว่าวัยหนุ่ม แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีเพราะเลือดมาคั่งน้อยลง และต้องใช้ เวลานานจึงจะทำให้แข็งตัวได้อีก

การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์เหล่านี้เริ่มมีมาก่อนจะเข้าสู่ วัยสูงอายุ และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะเห็นชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุจึงต้องการ ความเข้าใจซึ่งกันและกันเกี่ยวกับสัณฐานวิทยาทางเพศ เพื่อลดข้อขัดแย้งและกล่าวโทษซึ่งกันและกัน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

## 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตและอารมณ์ ที่สำคัญ ได้แก่

1.2.1 คลิสิกภาพ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพเกิดขึ้นแม้มีอายุมากขึ้น ลักษณะบุคลิกภาพจะยังคงเป็นไปเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมา และจะยังมีลักษณะที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น คนที่เคยพูดมากก็ยังคงเป็นคนพูดมากอยู่เหมือนเดิม หรืออาจจะคุยมากขึ้นส่วนผู้ที่เงียบ เฉยก็จะยังคงเงียบเฉยเช่นเดิมตราบเท่าที่ร่างกายยังมีความแข็งแรง ผู้สูงอายุยังคงเป็นผู้ที่มี บุคลิกภาพที่เหมาะสมและคงเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเช่นเดียวกับวัยที่ผ่านมา ลักษณะดังกล่าว จะเป็นอยู่ต่อไปอย่างราบรื่นตามสภาพของร่างกายและสถานการณ์ในชีวิตที่ประสบ แต่เมื่อไรก็ตามที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะอยู่ร่วมกับผู้ที่อ่อนวัยกว่าค่อนข้างลำบาก หรือผู้ที่อ่อนวัยกว่ารู้สึกหนักใจที่จะ อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ บุคลิกภาพที่มีลักษณะแฝงก็จะปรากฏออกมาชัดเจนขึ้น จนบุคคลทั่วไปเข้าใจ ว่าบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้ที่มีความยึดมั่น อนุรักษ์นิยม เอาแต่ใจตนเองเป็นใหญ่ และ ความคิดเห็นไม่ค่อยลงรอยกับผู้อื่น ลักษณะการใช้อำนาจและพยายามบังคับขู่เข็ญผู้อื่นก็พบได้ บ่อยขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่พบเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น แต่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ เป็น ลักษณะที่แฝงอยู่ในบุคคลนั้น ๆ มาก่อน แต่ไม่มีโอกาสแสดงออกหรือแสดงออกมาโดยใช้กลไก ทางจิตใจ พบได้ในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ผู้สูงอายุหญิงมักจะแสดงออกถึง

ความก้าวร้าวและเอาแต่ใจตนเองมากขึ้นเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับในควมมีคุณค่าของตน ส่วนผู้สูงอายุชายมักจะแสดงออกโดยการยอมรับทำตามข้อชี้แนะของผู้อื่นต้องการพึ่งพาผู้อื่น และต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น พฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นเพราะชายสูงอายุสามารถทำใจกว้างยอมรับความจริงเกี่ยวกับตัวเองว่าไม่ได้อยู่ในบทบาทของหัวหน้างานและไม่ต้องแข่งขันในโลกของการทำงานอีกต่อไปก็ได้ บุคลิกภาพของผู้สูงอายุออกเป็น 4 แบบคือ

1.2.2 แบบผสมผสาน (integrated personality) เป็นลักษณะผู้สูงอายุที่พบได้ทั่วไป ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถอยู่ในสังคมได้ดี สติปัญญายังดีอยู่ เป็นคนมีความยืดหยุ่น สนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ มีอารมณ์ดีสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียและอยู่กับโลกของความจริง มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต บุคลิกภาพในกลุ่มนี้ ยังแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ

1) แบบจัดกิจกรรม (organizers) คือ ผู้ที่มีกิจกรรมที่หลากหลาย เมื่อสูญเสียบทบาทอย่างหนึ่งไปหรือขาดกิจกรรมอย่างหนึ่งไปจะหากิจกรรมใหม่มาทำจนมีกิจกรรมเท่ากับก่อนเกษียณ

2) แบบเลือกกิจกรรม (focused) เป็นผู้สูงอายุที่เลือกทำกิจกรรมบางอย่างที่อยากทำเท่านั้น และจะอุทิศแรงกายและแรงใจทั้งหมดกับกิจกรรมใหม่ที่เลือกและเห็นว่าสำคัญ มากกว่าจะนำไปร่วมกิจกรรมหลาย ๆ กิจกรรม

3) แบบปล่อยวาง (disengaged) เป็นคนที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูง สนใจสิ่งแวดล้อมและโลกภายนอกแต่สมัครเป็นผู้ดูมากกว่าสนใจเข้าไปปฏิบัติเอง เป็นผู้ปล่อยวางบทบาทและภาวะหน้าที่ต่าง ๆ โดยไม่รู้สึกว่าเสียดายแต่อย่างใด เป็นคนชอบสงบและมีความพึงพอใจในชีวิต

1.2.3 แบบปกป้องตนเอง (defensed personality) เป็นบุคลิกของผู้ที่มองตนเองว่าทำงานประสบผลสำเร็จมาโดยตลอดเป็นคนที่มีหลักดันตนเองให้ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา และต้องการจะเป็นเช่นนั้นอยู่เรื่อย ๆ ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการจะปกป้องตนเองโดยต่อสู้กับความวิตกกังวล บุคลิกภาพแบบปกป้องตนเองนี้ ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) แบบยึดมั่นถือมั่น (holding) คือบุคคลที่ยังพยายามคุมอำนาจของผู้อื่นไว้ โดยมีปรัชญาว่า “ฉันจะทำงานจนกว่าชีวิตจะหาไม่” ดังนั้นตราบเท่าที่ผู้สูงอายุยังทำให้ตนเองยุ่งกับงานได้ ท่านก็จะยังคงควบคุมความวิตกกังวลไว้ได้และรู้สึกว่าตนเองยังมีค่า

2) แบบสังคมแคบ (constricted) คือ ผู้ที่หมกมุ่นอยู่กับเรื่องของการสูญเสียและข้อจำกัดของตนจะไม่เปิดรับประสบการณ์ใหม่ มีสัมพันธภาพกับสังคมน้อย

อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังคงเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิต อาจเป็นเพราะรู้สึกว่าจะไม่มีอะไรแตกต่างกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับไม่สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสุขภาพจิตดี

#### 1.2.4 บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (Passive dependent personality)

เป็นผู้สูงอายุที่ไม่อาจอยู่ได้อย่างอิสระหรือตามลำพังตนเอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1) แบบพึ่งพาสังคม (Succorance seeking) เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก จะแสวงหาความช่วยเหลือและแรงสนับสนุนจากคนอื่น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะยังคงอยู่ในสังคมได้ตราบเท่าที่ยังมีผู้อื่นให้พึ่งพาหนึ่งหรือสองคน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมและพึงพอใจในชีวิตปานกลาง

2) แบบท้งสังคมน (Apathetic) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสังคมน้อยมากและรู้สึกว่าชีวิตดำเนินไปด้วยความยากลำบาก มักเกิดจากมีความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมาค่อนข้างต่ำ

1.2.5 บุคลิกภาพแบบขาดการผสมผสาน (disintegrated หรือ disorganized personality) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับวัยสูงอายุได้ ทำให้มีอาการทางจิตและประสาท ซึ่งพบได้น้อย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังไม่จำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์

1.3 ลักษณะอารมณ์ ลักษณะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุจะเป็นไปในรูปใดขึ้นอยู่กับพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา ถ้าในวัยที่ผ่านมาผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในภาระงานพัฒนาการจะทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะอารมณ์ที่เหมาะสม โดยสามารถมองย้อนไปถึงอดีตแล้วประจักษ์ในชีวิตของตนว่ามีค่าและน่าพอใจ มีผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจที่เป็นสุขสมหวัง และพึงพอใจในสภาพเป็นอยู่ปัจจุบัน แต่ถ้าปฏิบัติภาระงานพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาไม่สำเร็จ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองดำเนินชีวิตมาอย่างผิดพลาดหรือไม่ถูกต้อง ทำให้ไร้คุณค่ามีปมด้อยหรืออาจแสดงออกมาในรูปของความฉุนเฉียว โกรธ หงุดหงิด จู้จู้จุกจิก กังวล รำคาญ หรือมีวิถีไม่ไว้ใจใคร แยกตนเองออกจากสังคม ประกอบกับสมรรถภาพทางกายที่เสื่อมถอยการพลัดพรากจากกันของเพื่อนวัยเดียวกัน การตายจากของคู่ครอง การแยกครอบครัวของบุตร หลาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้ผู้สูงอายุเป็นคนที่มีความรู้สึกเหงา ว่าเหว อ้างว้าง สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือเศร้าใจได้ง่าย ความรู้สึกดังกล่าวจะยิ่งรุนแรงยิ่งขึ้นถ้าผู้สูงอายุต้องสูญเสียการยอมรับนับถือตนเอง (self-esteem) อันเนื่องมาจากขาดความเป็นอิสระในการช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน การพึ่งพาผู้อื่นเป็นปอนทำลายการยอมรับนับถือตนเอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ให้คุณค่าของการพึ่งตนเอง ผู้สูงอายุมักจะขาดแรงจูงใจในการทำ

สิ่งต่าง ๆ มักจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะต้องเสี่ยง จะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มักจะสนใจในสิ่งที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อตนและมักจะคิดว่าผู้อื่นไม่ให้ความสนใจหรือไม่ให้เกียรติ

1.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบทบาทในสังคม สถานภาพของ ผู้สูงอายุในสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคม คือ

1.4.1) บทบาทในสังคม ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือ ลูกจ้างบริษัทต่าง ๆ ย่อมต้องมีการเกษียณอายุตามระเบียบของสถานที่ปฏิบัติงานนั้น ๆ การเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุ ต้องสูญเสียบทบาทที่เคยเป็นอยู่ในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ

1) ระยะก่อนเกษียณ (pre-retirement phase) แบ่งเป็นระยะย่อย คือ ระยะไกลเกษียณ (remote phase) เป็นระยะที่บุคคลมองการทำงานว่ายังมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานอีกมาก ระยะนี้อาจเริ่มตั้งแต่คนเริ่มเข้าทำงานและสิ้นสุดเมื่อเริ่มรู้สึกว่าการปลดเกษียณเริ่มใกล้เข้ามา ในระยะนี้เป็นระยะที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับเตรียมตัวเกษียณโดยเฉพาะ การเตรียมด้านการเงินต้องมีการวางแผนล่วงหน้าระยะยาว นอกจากนี้เป็นเวลาที่เหมาะสมในการเลือกงานอดิเรกที่ตนสนใจทำ ทักษะนี้อาจเรียนรู้หลังจากเกษียณก็ได้ แต่การฝึกทักษะหลาย ๆ อย่างจะทำได้โดยง่ายเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาวเพราะวัยหนุ่มสาวหาสถานที่สำหรับเรียนได้ง่าย และลักษณะการเรียนของวัยหนุ่มสาว เป็นแบบชอบแสวงหาทักษะใหม่ๆ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ก็ทำได้ง่ายกว่าวัยกลางคน การเตรียมอีกอย่าง หนึ่งก็คือเตรียมสุขภาพเพื่อให้ตนมีสถานภาพสุขภาพดีหลังเกษียณ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ การปรับตัวเข้ากับภาวะเกษียณอย่างราบรื่นมีความสัมพันธ์กับการเงินและการปรับตัวของบุคคลและการมีสุขภาพดี ระยะไกลเกษียณนี้เป็นระยะที่จำเป็นเพื่อความพร้อมหลังเกษียณ แต่มักจะเป็นระยะที่ถูกละเลยมากที่สุด

2) ระยะใกล้เกษียณ (near phase of retirement) เริ่มเมื่อบุคคลคิดว่าอีกไม่ช้าตนจะต้องออกจากงานกลายเป็นผู้อยู่ในบทบาทเกษียณ (retirement role) ระยะนี้ในต่างประเทศ บริษัทจะจัดให้ลูกจ้างได้เข้าโปรแกรมการสอนก่อนเกษียณซึ่งเป็นการเริ่มต้นของระยะนี้ หรืออาจจะเริ่มโดยเพื่อนรุ่นก่อนได้เกษียณไป เจตคติของผู้ที่จะเกษียณมักมองการเกษียณในแง่ลบ ว่าเป็นระยะที่ทำให้ต้องออกจากงาน รายได้จะน้อยลงไม่พอกับค่าใช้จ่าย ระยะนี้คนจะเริ่มหาแนวทางหรือวางแผนว่าหลังจากวันเกษียณแล้วจะไปทำอะไรบ้าง นายจ้างมักจะจัดโปรแกรมก่อนเกษียณให้ลูกจ้างได้รับทราบเกี่ยวกับการใช้เวลาว่างและการวางแผนด้านการเงิน โดยมักจะลืมเรื่องการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ทำให้คนเกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล

เกี่ยวกับการเกษียณลง แต่เป็นระยะที่อาจจะสายเกินไปสำหรับการเตรียมด้านการเงิน ในระยะใกล้เกษียณนั้นบุคคลจะปฏิบัติตนแตกต่างไปจากคนทำงานรายอื่น ๆ และมักคิดฝันถึงระยะเกษียณ

3) ระยะเกษียณ คือวันที่คนไม่ต้องไปทำงาน ซึ่งเป็นวันหลังจากเหตุการณ์ เกษียณ (retirement event) ระยะเกษียณ แบ่งเป็น 4 ระยะย่อย คือ

3.1) ระยะน้ำผึ้งพระจันทร์ (Honeymoon phase) เป็นระยะที่ผู้อยู่ในบทบาทเกษียณรู้สึกเป็นอิสระจากงาน เป็นระยะที่บุคคลรอคอยเพื่อจะได้ทำบางสิ่งบางอย่างที่คิดอยากจะทำมานานแล้วแต่ยังไม่มีโอกาส ระยะนี้เป็นระยะที่มีกิจกรรมมาก บุคคลที่อยู่ในระยะนี้จะคล้ายกับเด็กที่เข้าไปอยู่ในห้องซึ่งเต็มไปด้วยของเล่นใหม่ ๆ ที่อยากจะทำทุกอย่างพร้อมกัน แต่ผู้อยู่ในบทบาทเกษียณไม่ได้อยู่ในระยะนี้ทุกคน บางคนไม่สามารถที่จะทำได้เพราะขาดเงิน ระยะนี้อาจจะสั้นมากหรือยาวเป็นปี แต่ส่วนใหญ่จะไม่สามารถรักษาระยะนี้ไว้ได้นาน

3.2) ระยะปลงตก (disenchantment phase) อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวกับการเกษียณได้ หลังจากระยะน้ำผึ้งพระจันทร์สิ้นสุดลงคนส่วนใหญ่จะรู้สึกว่า การอยู่ในบทบาทผู้เกษียณไม่ใช่เป็นสิ่งที่ง่ายนัก ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะรู้สึกซึมเศร้า สงสารตัวเองและจะรู้สึกว่าระยะน้ำผึ้งพระจันทร์เป็นระยะของการพักผ่อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของการวางแผนเลือกกิจกรรมระยะเกษียณ เมื่อเวลาผ่านไปคน ส่วนใหญ่จะผ่านระยะนี้เข้าสู่ระยะต่อไปได้ แต่มีบางคนจะติดอยู่ในระยะนี้ซึ่งต้องให้การช่วยเหลือเพื่อเข้าสู่ระยะที่ 3

3.3) ระยะฝึกใหม่ (Reorganization phase) ระยะนี้จำเป็นสำหรับคนที่ไม่สามารถพัฒนาความพึงพอใจในระยะเกษียณได้ เป็นระยะที่ผู้อยู่ในบทบาทเกษียณแสวงหาทางเลือกใหม่ เช่น หางานใหม่ ลองงานเดิมด้วยวิธีใหม่ เพื่อให้สามารถทำงานนี้ได้อย่างน่าพอใจ

3.4) ระยะเข้ารูปเข้ารอย (Stability phase) หลังจากได้ลองฝึกงานใน ระยะที่ 3 ใหม่แล้วระยะหนึ่งรู้สึกว่ามีความพอใจในกิจกรรมที่ทำ คนจำนวนมากผ่านเข้าสู่ระยะนี้ได้เลยหลังจากอยู่ในระยะน้ำผึ้งพระจันทร์ บางคนผ่านมาถึงระยะนี้อย่างผู้ได้รับบทเรียนอันเจ็บปวด แต่บางคนไม่มีโอกาสผ่านมาถึงระยะนี้เลย ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะทราบว่าตนจะต้องทำตาม ที่คนอื่นคาดหวังอย่างไร จะทำตามได้มากน้อยเพียงใด

3.5) ระยะสิ้นสุดบทบาทผู้เกษียณ (Termination phase) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทผู้เกษียณ ซึ่งอาจจะเนื่องจากป่วย พิการ หรือไม่มีกิจกรรมหลัก เช่น ทำงานบ้าน ดูแลตนเอง แสดงว่าผู้สูงอายุนั้นได้ออกจากบทบาทผู้เกษียณไปสู่บทบาทผู้ป่วย หรือ

ผู้ไร้สมรรถภาพ การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับการสูญเสียความสามารถทางกาย และความอิสระในการช่วยตนเอง ซึ่งทั้ง 2 อย่างเป็นสิ่งจำเป็นในบทบาทผู้เกษียณ การสูญเสียบทบาทผู้เกษียณอีกอย่างหนึ่ง คือ การได้งานทำเต็มเวลา (full time) สิ่งที่มาคือการสูญเสียสถานภาพทางสังคมจากผู้ที่เคยมีคนนับหน้าถือตาให้การต้อนรับ มีผู้คอยติดตามดูแลเอาใจใส่เป็นจำนวนมาก ต้องกลายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีคนรู้จัก เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ยังทำใจยอมรับได้ยาก นอกจากนี้การเกษียณยังทำให้สูญเสียเพื่อนร่วมงานซึ่งเคยได้สังสรรค์หลังเลิกงาน เมื่อเกษียณไปแล้วโอกาสจะมาพบปะเหมือนเดิมมีน้อยลง เพราะไม่สะดวกในการเดินทางไปพบทำให้รู้สึกขาดเพื่อนที่คุ้นเคย การออกจากงานยังทำให้รายได้ลดลง ซึ่งรายได้จากการเกษียณมักจะเป็นรายได้ที่คงที่ แต่ค่าของเงินน้อยลงไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางการเงินตามมาได้ การเกษียณทำให้ผู้เกษียณต้องเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ในวันแรกๆ อาจจะไม่ปรับตัวไม่ได้ว่าจะใช้เวลาว่างทำอะไรดี เวลาอาจจะผ่านไปอย่างช้า ๆ ตามความรู้สึกของผู้เกษียณ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอาจทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมาได้ บทบาทภายในครอบครัวก็เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ คือเปลี่ยนจากการเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย ซึ่งสังคมไทยเป็นสังคมที่ถือระบบเครือญาติเป็นสำคัญ ผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในครอบครัวจึงมักมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดีเพราะเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์มามาก มีความสุขุมใจเย็น และเป็นผู้ฟังที่ดี จึงเป็นที่พึ่งทางใจของลูกหลานเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ จะคอยปลอบโยนและให้กำลังใจได้เป็นอย่างดี สามี ภรรยา มักจะอยู่ด้วยกันฉันเพื่อนมากกว่าจะมีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกัน เป็นเพื่อนคู่คิด ดูแลเอาใจใส่และคอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน บทบาทของผู้สูงอายุต่อชุมชนมักจะเป็นผู้นำของชุมชน ถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวัดพิธีกรรมต่าง ๆ

3.5 ความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้สูงอายุมีวงสังคมที่จำกัดลง เพราะไม่ได้ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน จึงมีความสัมพันธ์กับบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวจะแน่นแฟ้นเพียงใด ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพที่เคยสร้างไว้กับลูกหลานในสมัยที่ลูกหลานยังอยู่ในวัยเด็ก ถ้าสร้างสัมพันธ์ภาพไว้ดีปัญหาจะไม่มากนัก นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้ว ผู้สูงอายุมักจะสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นนอกครอบครัว ซึ่งได้แก่เพื่อนสนิทส่วนตัวตั้งแต่สมัยหนุ่มสาว หรือเพื่อนที่รู้จักกันเพราะมีความสนใจคล้าย ๆ กัน หรือบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ลูกหลาน สามี ภรรยา ก็ได้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมวัยของผู้สูงอายุ มีความสำคัญเทียบได้กับระยะวัยรุ่น คนร่วมวัยเข้าใจปัญหาของกันและกัน เห็นอกเห็นใจกันมากกว่ารู้สึกเป็นกันเองและซื่อซื่อกันมากกว่า การมีเพื่อนทำให้รู้สึกว่ามิกลุ่มของตนไม่ว่าเหว่ โดดเดี่ยวหรือไร้ความหมาย

3.6 สถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุถือเป็นชนกลุ่มน้อยของสังคมที่ได้รับการปฏิบัติจากสังคมแตกต่างไปจากบุคคลอื่น สังคมที่มองว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงมักจะเป็นสังคมแบบดั้งเดิม สังคมที่ให้การเคารพนับถือบูชาบรรพบุรุษ สังคมที่มีผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนต่อประชากรไม่สูงนัก สังคมแบบเกษตรกรรม และสังคมที่นิยมครอบครัวแบบขยาย ผู้สูงอายุในสังคมไทย จึงมีสถานภาพสูงในสังคมและได้รับความเคารพนับถือจากบุตรหลานภายในครอบครัวเป็นอย่างดี มีสถานภาพในครอบครัวค่อนข้างสูง แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข

## 2. มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์

งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ไว้ดังนี้

2.1 มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจดีตามประสงค์ ดังนี้ มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์ คือปราศจากประวัติและอาการของโรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เช่น หัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคข้อเสื่อม โรคเอดส์ วัณโรค โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เช่น โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mmHg โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 150 mg

2.2 สุขภาพจิต เกณฑ์สุขภาพด้านจิตใจดี คือ

2.2.1 เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว และ/หรือเพื่อนบ้านเป็นประจำ ไม่มีหรือมีปัญหาด้านอารมณ์ที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รู้สึกว่าตนเองมีค่า (รู้ด้วยตนเอง) รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง โดยตั้งเกณฑ์ (ไม่จำกัดว่าจะขาดข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อ) ดังนี้ 4 ดีมาก 3 ดี 2 พอใช้ 1 ไม่พอใช้ โดยถ้าผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ ถือว่ามีสุขภาพจิตดี

2.2.2 มีฟันถาวรที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ฟันถาวรที่ใช้งานได้ คือฟันที่อยู่ในสภาพดีสามารถใช้งานได้ และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถเก็บรักษาได้ ได้แก่ ตัวฟันต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้งานได้ ฟันต้องไม่ผุลุกลามทะลุโพรงประสาทฟัน จนไม่สามารถรักษาคาลองรากฟันได้ ฟันต้องไม่ผุจนเหลือแต่ราก ฟันต้องไม่โยกจากโรคปริทันต์จนเก็บรักษาไว้ไม่ได้

2.2.3 ดัชนีมวลกาย เป็นมาตรการที่ใช้วัดในผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกคนสามารถกระทำได้ด้วยตนเองโดย การชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและวัดส่วนสูงเป็นเมตร และ

นำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย โดยพบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.0 กก./ม<sup>2</sup> หรือต่ำกว่า 18.5 กก./ม<sup>2</sup> มีอัตราตาย สูงกว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5 – 24.9 กก./ม<sup>2</sup>

2.2.4 ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้องสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

### 3. การแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ADL

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อจำแนกให้เหมาะสมสำหรับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละประเภท ผู้สูงอายุแบ่งตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรสามารถแบ่งได้ (ชนันท คุรุฑกุล, 2558) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (well elder) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ มีการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมอย่างต่อเนื่องในด้านสุขภาพ เป็นผู้มีสุขภาพดีทั่วไป ไม่มีโรคเรื้อรัง หรืออาจเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงแต่สามารถควบคุมและดูแลได้ดี สามารถช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home-bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน บางอย่าง หรือบางกิจกรรม แต่อาจมีข้อจำกัดบางอย่างในการใช้ชีวิต ด้านสังคมผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักมีภาวะทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อน โรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed-bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้เกิดภาวะเปราะบางทางสุขภาพ

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างมาก ทั้งทางด้านกายภาพ ภาวะทางด้านจิตใจ ภาวะโรคและภัยสุขภาพที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายในกลุ่มวัยนี้ ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำกลุ่มวัยผู้สูงอายุมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป



## ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ จะพบปัญหาด้านการรับรู้ การทำความเข้าใจ การปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จากการทบทวน พบนิยามของความรอบรู้ทางสุขภาพ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก, 1998 อ้างอิงใน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้นิยามว่า เป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

กรมอนามัย (2560) ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบโต้ซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับ บริการเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541 อ้างอิงใน อรรถวรรณ นามมนตรี (2561) ได้อธิบายว่า health literacy คือ ทักษะทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุน, ม.ป.ป. อ้างอิงใน ชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) นิยามว่า “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพ

Nutbeam, 2000 อ้างอิงใน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้นิยามความรอบรู้ทางสุขภาพว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมถึงการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสมด้วยตนเอง ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 ได้ให้คำนิยามเพิ่มเติมไว้ว่า สมรรถนะของบุคคลที่สามารถ เข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและ

รักษาสุขภาพที่ดีที่สุดตลอดชีวิต และในปี ค.ศ.2009 ได้ให้คำนิยามเพิ่มเติมไว้ว่า ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ

Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2005) ได้ให้คำนิยามความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิต

Kickbusch & Maag (2008) ได้ให้คำนิยาม ความรอบรู้ทางสุขภาพว่า เป็นความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน และเป็นความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง

Ishikawa, Takeuchi & Yano (2008) ได้ให้คำนิยาม ความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ชินตา เตชะวิจิตรจากรู (2561) ได้ให้คำนิยามความรอบรู้ทางสุขภาพว่า หมายถึงระดับความสามารถและทักษะของบุคคลในการรับรู้เข้าใจคิดวิเคราะห์และเลือกรับ ปรับใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนและจัดการตนเองด้านสุขภาพอันส่งผลไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการธำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเผยแพร่แนวปฏิบัตินั้นไปสู่สังคม

อรวรรณ นามมนตรี (2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขภาพศึกษาร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสูงช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ

จากคำนิยามข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ Health literacy คือความสามารถของบุคคลที่เข้าถึงข้อมูล เข้าใจในข้อมูลสุขภาพนั้น จนนำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ Health literacy ของกรมอนามัย คือ การเข้าถึง เข้าใจ ตอบโต้ซักถาม ตัดสินใจ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ หรือที่เรียกว่า V-Shape เนื่องจากเป็นรูปแบบที่จำง่าย ฟังติดหูประชาชน

### 1. ระดับและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ

จากบทความวิจัยเรื่อง “Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century” ของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้จำแนกระดับความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น (กองสุขศึกษา, 2554) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/Functional literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจเนื้อหา และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการใช้ทักษะด้านการอ่านและเขียนให้เกิดความเข้าใจสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent form) ฉลากยา (Medical label) การเขียนข้อมูล การดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อมูลเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communication/interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานในการใช้ความรู้ การสื่อสาร และการมีพหุปัญญาหรือรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รู้จักเลือกใช้อุปกรณ์ข่าวสาร แยกแยะลักษณะสื่อที่แตกต่างกัน รวมทั้งเลือกใช้อุปกรณ์ข่าวสารใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มพูนทักษะและความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น เป็นการใช้สมรรถนะในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ ประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อสามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ ควบคุม จัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจรรณญาณจะเน้น การกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) ร่วมกับการผลักดันสังคมไปพร้อมกัน

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) พบว่า คุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชน เพื่อเตรียมพร้อมรับมือ และปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยยึดหลักการของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) ที่ได้จำแนกคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งคณะทำงานของกองสุขศึกษา ได้ยกร่าง

แนวทางการจำแนกระดับการพัฒนาตามคุณลักษณะที่มาจากการสังเคราะห์คำนิยามและความหมายที่กำหนดขึ้นจากหน่วยงานระดับชาติและรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยกำหนดคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 6 คุณลักษณะ ประกอบด้วย

1. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์ โดยคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ ตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อแก้ปัญหาลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. การเข้าถึงข้อมูล (Access) หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง การนำเสนอเผยแพร่ ชักชวน ต่อรองและรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบ ตามหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิหน้าที่ กฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมเพื่อกระตุ้นชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชนและสังคม

4. การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง วิธีการ ทักษะ กลยุทธ์ระดับบุคคล ที่ส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง เช่น วัตถุประสงค์ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การ มุ่งเน้น การวางแผน กำหนดการ การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเอง และอื่น ๆ ที่นำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ

5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะในการคิดทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอ และสามารถตีความเนื้อหาที่แฝงอยู่ในสื่อ รวมถึงสามารถประเมินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้

6. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง กระบวนการคิดในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่ สำหรับการจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพ 6 ด้าน

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ซินดา เตชะวิจิตรจารุ (2561) กล่าวว่าความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มี

ความรอบรู้ทางสุขภาพสูง เนื่องจากขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบกับทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ส่วนด้านทักษะการจัดการตนเองและด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จากผลการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-60 ปี ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะมีภาวะสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ของร่างกายพื้นฐานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะรายงานความยากลำบากในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพราะภาวะสุขภาพที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายและจิตที่ไม่ดีในกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือการควบคุมโรคแม้แต่ในบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นหัวใจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนยังพบผลการศึกษที่สอดคล้องกันที่แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูงกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและผิดปกติ

สรุปว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่าซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่า บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำกว่าในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำความรอบรู้ทางสุขภาพมาเป็นตัวแปรในการศึกษา ปัจจัยทำนาย ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

### แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ไพศาล แยมวงษ์ (2555) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่างๆกับแหล่งเชื้ออำนาจทางสังคมของตน เช่น ครอบครัวเพื่อน ครูอาจารย์หรือหน่วยงาน ทางสังคมอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และสามารถตัดสินคุณค่าในเชิงปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ความรัก เคารพให้เกียรติ รวมถึงข่าวสารข้อมูลทั้งหมดที่บุคคลได้รับเหล่านั้นได้

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2561) ได้กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (Source of social support) ว่ามาจาก 2 แหล่งใหญ่ๆ คือ คนผู้ซึ่งผู้สูงอายุให้กำเนิดมา และคนผู้ซึ่งดูแลผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (Source of social support) ประกอบไปด้วยแรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์

Cobb (1976) อธิบายความหมายของคำว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นตลอดช่วงชีวิตทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเป็นการสื่อสารที่ให้ผลในทางบวก ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ ตนเองมีคุณค่า

Kahn (1979) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า การแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง การรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่น ๆ

Thoits (1982) ได้ให้ความหมายว่า การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้นและเห็นว่าเป็นมนโฑทัศน์หลายมิติ ซึ่งพิจารณาเพียงมิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ต้องพิจารณารวมกับทุกคน

Tilden & Weinert (1987) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมทำให้มีการถ้อยที่ถ้อยอาศัยกัน

Pender (1996) ให้คำนิยาม การสนับสนุนทางสังคมว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้มีผลทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของการเป็นที่ยอมรับ การได้รับความรักและรู้สึกมีคุณค่าซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับทุกคน

จากแนวคิดและความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมา จึงสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้นอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือหลายบุคคลร่วมกัน ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (social support) ของสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2561) เนื่องจากเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

### 1. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (Source of social support)

1.1 คนผู้ซึ่งผู้สูงอายุให้กำเนิดมา (people who have bonds by nature) บุตร ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญของผู้สูงอายุและเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด หรืออีกนัยหนึ่งคือ บุตร ถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุ ในขณะที่สะใภ้ บุตรเขย หรือบุคคลอื่น รวมถึงหน่วยงานของรัฐและเอกชน คือแหล่งสนับสนุนอย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุ

1.2 คนผู้ซึ่งดูแลผู้สูงอายุ (other people who can give care for the elderly) คนผู้ซึ่งดูแลผู้สูงอายุในที่นี้หมายถึง บุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ คู่ครอง สะใภ้ บุตรเขย หลาน หลาน ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรด้านสุขภาพ หรือบุคคลอื่น ๆ รวมถึงหน่วยงานของรัฐและเอกชน เป็นต้น

### 2. ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Types of social support)

สภาพร่างกายของผู้สูงอายุนับวันยิ่งถดถอย อีกทั้งสภาพจิตใจจากการพลัดพลากสูญเสียจากบุคคลที่รัก ย่อมส่งผลต่อจิตใจผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ จึงแบ่งออกเป็น 4 ประเภท เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครบทุกมิติ

2.1 แรงสนับสนุนด้านการเงิน (Financial support) คือการให้ความช่วยเหลือดูแลด้วยเงินเท่านั้น ซึ่งถือเป็นการสนับสนุนที่สำคัญ เพราะถือว่าเงินเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการรักษาพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย โดยเงินที่ได้รับจากบุตร หลาน หรือจากหน่วยงานภาครัฐ

2.2 แรงสนับสนุนด้านร่างกาย (Instrumental support) คือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยร่างกาย เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด หรือการดูแลด้านอื่นๆ ด้วยร่างกาย ผู้ที่ให้การสนับสนุน เช่น บุตร หลาน คู่ครอง บุตรเขย บุตรสะใภ้ เป็นต้น

2.3 แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support) คือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ด้านอาหาร เสื้อผ้า หรือสิ่งของอื่น ๆ เป็นต้น ผู้ที่สนับสนุนด้านสิ่งของแก่ผู้สูงอายุสามารถเป็นได้ ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐ

2.4 แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุด้าน จิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การปลอบใจ เป็นต้น แรงสนับสนุนด้านนี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการให้แรงสนับสนุน คือ บุตรของผู้สูงอายุ และสมาชิกใน ครอบครัว นอกจากนี้เพื่อนบ้าน และตัวแทนจากหน่วยงานรัฐและเอกชนก็สามารถให้แรงสนับสนุน นี้ได้

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุน ด้านอารมณ์ ซึ่งแหล่งที่มาอาจเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ทั้งที่ให้กำเนิดมาหรือเป็นผู้ดูแลก็ได้ งานวิจัยครั้งนี้ จึงสนใจนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ มาเป็นหนึ่งในตัวแปรที่จะศึกษา

#### การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)

คอฟกา (ไชยวสิกาล ญาณสาร, 2550 อ้างอิงใน ทศนีย์ สุริยะ, 2554) กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเองมีความหมายเหมือนกับความสำนึกซึ่งเป็นภาวะทางจิตที่เกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด และความปรารถนาต่าง ๆ เกิดการรับรู้และความสำนึก เป็นสภาวะที่บุคคล ได้รับรู้หรือได้ประสบการณ์ต่าง ๆ และมีการประเมินค่า และตระหนักถึงความสำคัญที่ตนเองมีสิ่ง นั้น ๆ ซึ่งเป็นสภาวะตื่นตัวของจิตใจต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ หมายความว่า ระยะเวลา หรือประสบการณ์และสภาพแวดล้อม หรือสิ่งเร้าภายนอกเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิด ความตระหนักรู้ในตนเองขึ้น

ซาโลเวย์และสเติร์นเบิร์ก (กรมสุขภาพจิต, 2544 อ้างอิงใน ทศนีย์ สุริยะ, 2554) ให้ความหมายว่า การตระหนักรู้ในตนเอง คือ การเข้าใจความรู้สึกที่เกิดขึ้น สามารถแสดงอารมณ์ ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเข้าใจตนเองในด้านจิตใจ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2545) ได้ให้ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเอง ว่าหมายถึง รู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง สามารถควบคุม จัดการและแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีสติที่สามารถรับรู้และตระหนักได้ว่าขณะนี้กำลังทำ อะไร รู้สึกอย่างไร ตลอดจนสามารถรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ไมนัส บุญประกอบ และสาธิตา เมธานาวิน, 2544 อ้างอิงใน ทศนีย์ สุริยะ (2554) กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเองเป็นทักษะภายในของตนเองเป็นการหยั่งรู้ความเป็นไปได้ของตน



มองตนเองภายในได้ วิเคราะห์ตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเอง มีสติ รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองในขณะนั้นได้ รู้ว่ากำลังอยู่ในอารมณ์ใด และรู้สาเหตุของการเกิดอารมณ์นั้น รู้จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง มีความมั่นใจในคุณค่าและความสามารถของตน

ชอลัดดา ขวัญเมือง, 2542 อ้างอิงใน ทศนีย์ สุริยะ (2554) อธิบายความหมายของการตระหนักรู้ตนเองว่า หมายถึงความฉลาดทางอารมณ์ที่มีอยู่ภายในตนเอง เป็นความสามารถในการมีสติ รู้เท่าทันว่าตนเองมีอารมณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไรสามารถบอกและจำแนกอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

ทศนีย์ สุริยะ (2554) การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ รู้สาเหตุและผลของการแสดงออกทางอารมณ์ สามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง มีความมั่นใจในคุณค่าและความสามารถของตนเอง

### 1. องค์ประกอบของการตระหนักรู้ตนเอง

โกลแมน (Gloeman, 1998 อ้างอิงใน ทศนีย์ สุริยะ, 2554) ได้แบ่งองค์ประกอบของการตระหนักรู้ตนเองไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1.1 การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง (Emotional awareness) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงผลของอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และสามารถใช้อารมณ์เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจได้ ประกอบด้วย รู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองและสาเหตุของการเกิดอารมณ์นั้น ๆ ตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และความคิด การกระทำ และคำพูดยอมรับได้ว่าอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมแสดงออก และมีแนวทางในการตระหนักถึงคุณค่าและเป้าหมาย

1.2 การประเมินตนเองตามความเป็นจริง (Accurate self-assessment) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์จุดแข็งและข้อจำกัดของตนเองได้อย่างตรงไปตรงมา มีความต้องการปรับปรุงตัวเอง และสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ได้ ประกอบด้วย รู้จุดเด่นจุดด้อยของตัวเอง สามารถไตร่ตรองและเรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ เปิดใจรับข้อมูลสะท้อนกลับ มุมมองความคิดใหม่ๆ เรียนรู้อย่างต่อเนื่องและมีการพัฒนาตนเอง และสามารถมีอารมณ์ขันต่อตนเองได้

1.3 ความมั่นใจในตนเอง (self-confident) หมายถึง การมีความกล้าและมีความเชื่อมั่นในความสามารถ ความมีคุณค่า และจุดมุ่งหมายของตัวเอง ประกอบด้วยแสดงตนได้อย่างมั่นใจ ด้วยการมี “ตัวตน” ของตัวเอง สามารถแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่และ

ยืนยงในสิ่งที่ถูกต้อง มีความเด็ดขาด สามารถที่จะตัดสินใจได้อย่างเด็ดเดี่ยวแม้จะรู้สึกไม่มั่นใจ และอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ที่กดดันและไม่แน่นอน

## 2. การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง

นิตยา ศรีจางง (2558; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556) กล่าวว่าผลของการพัฒนาตนเอง การเปิดใจกว้างรับฟังข้อมูลทั้งด้านบวกและลบ แล้วพิจารณาด้วยเหตุผลอย่างเป็นกลางตามความจริง หาแนวทางปรับปรุงและพัฒนาตนเองตามเป้าหมายแล้วจะทำให้ขอบเขตการรับรู้ตนเอง จะขยายกว้างออกการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง มี 3 ขั้นตอน คือ

2.1 การฟังตนเอง (listening to oneself) คือการสำรวจความรู้สึกของตนเองในขณะนั้นว่า เรามีความรู้สึกอะไรเกิดขึ้น และค้นหาสาเหตุของความรู้สึกว่าเกิดจากอะไร ทำได้โดยใช้คำถาม ดังนี้ “ขณะนี้ฉันมีความรู้สึกอย่างไร” “เพราะอะไรฉันจึงรู้สึกเช่นนี้ มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นจึงทำให้ฉันมีความรู้สึกอย่างนี้” “เมื่อฉันมีความรู้สึกเหล่านี้ฉันแสดงอะไรออกไปบ้าง”

2.2 การฟังคนอื่นวิจารณ์ตนเอง (listening to others) คือการเปิดโอกาสให้คนอื่น บอกรับ (Feed back) หรือให้คำติชม

2.3 การบอกคนอื่นเกี่ยวกับตนเอง เป็นการเปิดเผยตนเอง ขณะที่เราเปิดเผยตนเอง เราจะรับรู้ความรู้สึกของเราว่ามีความเข้มแข็งหรือความอ่อนแออย่างไร การเปิดเผยตนเองได้แค่ไหนขึ้นอยู่กับความซื่อสัตย์ที่มีต่อตนเอง และการที่บุคคลไว้วางใจในคนอื่น

## 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตระหนักรู้ในตนเอง

ทัศนีย์ สุริยะ (2554) การตระหนักรู้ในตนเองของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไป เนื่องจากมีปัจจัยที่มีผลต่อการตระหนักรู้ในตนเองหลายประการ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปโดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.1 ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายในที่มีผลต่อการตระหนักรู้ในตนเอง ได้แก่ อิทธิพลของความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ และความสามารถทางสมอง

3.2 ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการตระหนักรู้ในตนเอง ได้แก่ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมอันประกอบด้วยวิธีการเลี้ยงดูและประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล

สรุปว่าการตระหนักรู้ในตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้ถึงควมมีคุณค่า และจุดมุ่งหมายของตัวเอง และหาแนวทางปรับปรุงพัฒนาตนเองตามเป้าหมาย ซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง การประเมินตนเองตามความเป็นจริง และความมั่นใจในตนเอง งานวิจัยครั้งนี้จึงสนใจนำทฤษฎีการตระหนักรู้ในตนเอง มาเป็นหนึ่งในตัวแปรที่จะศึกษา

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. งานวิจัยภายในประเทศ

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี (2558) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และระดับความรู้เรื่องโรค และการรักษาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.2 58.9 และ 43.3 ตามลำดับและ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.6) มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 80 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้เรื่องโรคและการรักษา และความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางด้านสุขภาพ

ณิชารัตน์ นฤมลดี (2558) ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรค อ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกันทางสุขภาพอยู่ใน ระดับสูง หากพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจ การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการจัดการตนเอง อยู่ใน ระดับปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอาหาร และด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ส่วน ด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิทยา จันทรท่า (2559) ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท พบว่า ผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชัยนาท มีความฉลาดทางสุขภาพระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ ร้อย ละ 94.0 และมีเพียง ร้อยละ 6.0 ที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับเพียงพอ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การ ประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่ไม่มี ความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ในขณะที่พฤติกรรมดูแลตนเองมี ความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อ พิจารณา องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรม การ ดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท พบว่า มีเพียง 3 องค์ประกอบเท่านั้น ที่

เป็นตัวแปรที่ดีที่สุดและส่งผลกระทบต่อความแตกต่าง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย การจัดการเงื่อนไขทาง สุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 17.1 ( $R^2 = .179$ ,  $p < 0.001$ ) โดย องค์ประกอบด้านการจัดการเงื่อนไข ทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายได้สูงสุด ( $\beta = .170$ ,  $p < 0.001$ )

ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวราภรณ์ ทิพย์รัตน์ (2561) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ. 2ส.อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 โดยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .508$ ,  $p = .000$ )

อานนท์ สังขะพงษ์, ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และวราภรณ์ ลาวัณ (2562) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวมอยู่ระดับไม่ดี ( $M = 61.37$ ,  $SD = 12.72$ ) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การศึกษา ( $\beta = .564$ ) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .211$ ) และอายุ ( $\beta = -.187$ ) โดยสามารถ ร่วมกันทำนายความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ร้อยละ 58.6 ( $R^2 = .586$ ,  $p < .001$ ) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรม/ โปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้ทางสุขภาพมากขึ้น โดยเน้นการให้ความรู้ และการสนับสนุนทาง สังคม

ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2559) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามปัจจัย ต่าง ๆ ดังนี้ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การศึกษา สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ และความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประชากร กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.5 มีอายุเฉลี่ย 41.29 ปี มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่สมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 60.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 66.1 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง

50,000-100,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.6 2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุด จำนวน 714 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 รองลงมา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง จำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แรงจูงใจภายในตัวบุคคล การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัว ญาติและเพื่อน ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูดีพัฒนะ และอิสระ ทองสามสี (2562) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 84.9 กลุ่มตัวอย่างที่เรียนอยู่ในระดับชั้นเรียนต่างกันและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และชาตินัย หวานวาจา (2563) ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 69.3 อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.8 และระดับดีร้อยละ 13.0 ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้าน ที่ดีที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรค คือ อยู่ในระดับดีร้อยละ 86.0 และระดับพอใช้ร้อยละ 14.0 ส่วนด้านที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 52.0 รองลงมาคือด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 36.0 ทักษะการสื่อสารข้อมูลอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 30.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 25.5 นอกจากนี้สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการตนเองที่ระดับควร

ปรับปรุงร้อยละ 33.3 นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร คือ อายุ และ ระดับการศึกษา

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ไสภิต สุวรรณเวลา และญันท์ วอลเตอร์ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม อยู่ในระดับพื้นฐานร้อยละ 88.55 ระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 11.45 ไม่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้ คือ ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และรายได้ ร้อยละ 33.2 ( $R^2 = .332$ )

## 2. งานวิจัยต่างประเทศ

Gazmararian et al. (1999) ศึกษา เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการสวัสดิการสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำแตกต่างกันตามตัวแปร เชื้อชาติ ภาษาหลักที่ใช้ และสถานะเศรษฐกิจ สังคม และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ สปีว อายุ ระดับการศึกษา ในระดับที่ต่ำ

Kim (2009) ศึกษา เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพและสถานะทางสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีอัตราการป่วยเป็นโรคปวดข้อและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีข้อจำกัดสูงในการทำกิจกรรมและมีสุขภาพส่วนบุคคลที่ต่ำกว่า

Li, Lee, Shin & Li (2009) ศึกษา เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพและสถานะทางสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีเชื้อสายเกาหลี ในเมือง Yanbian ในประเทศจีน พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.7 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปกับสถานะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ครอบครัว การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เมื่อวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ พบปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ อายุ และเพศ

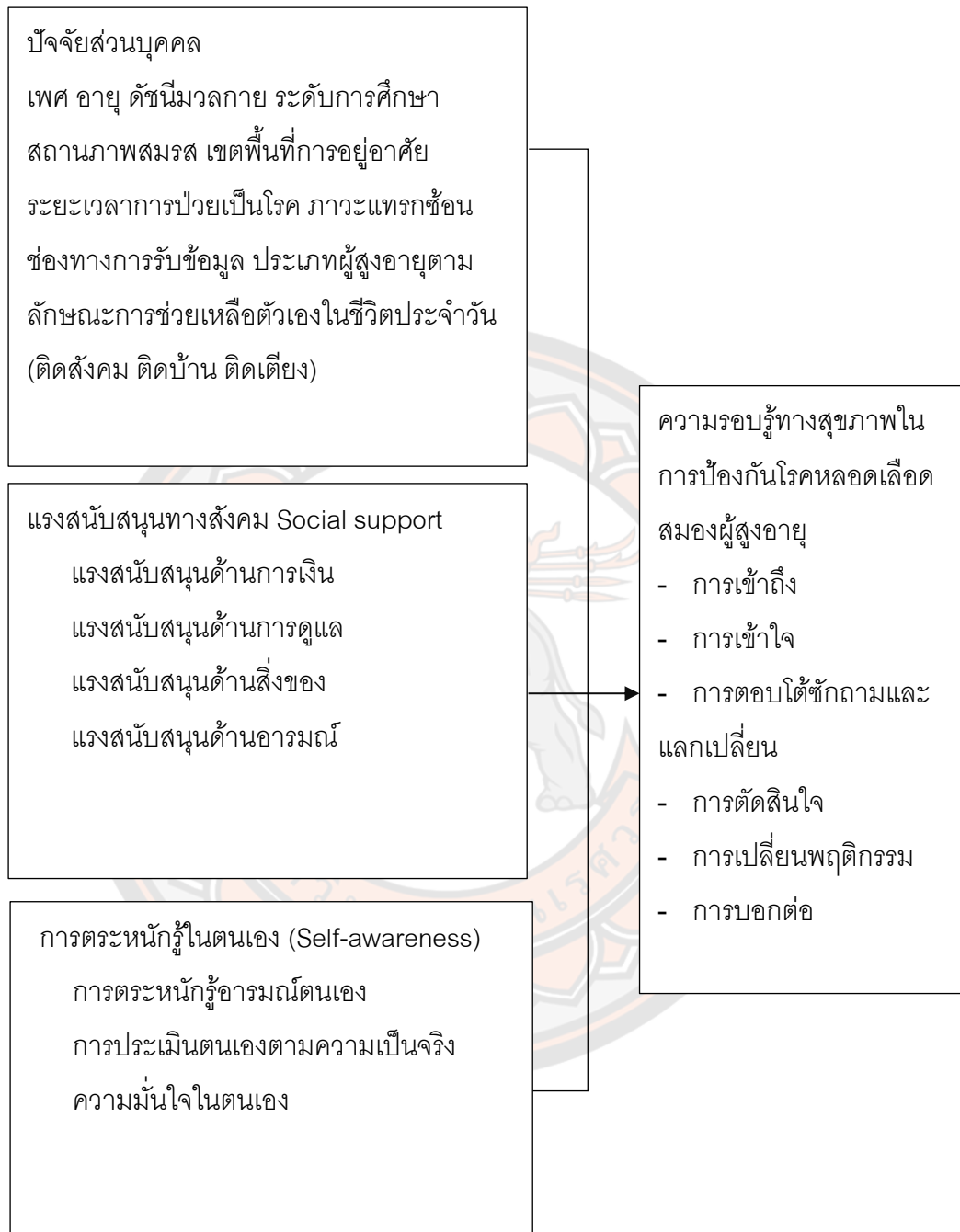
Bostock & Steptoe (2012) ศึกษา เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ พบว่า สาเหตุหนึ่งในสามของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ คือ ความอยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียน ข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chen, Hsu, Tung & Pan (2013) ศึกษา เรื่อง ผลของความฉลาดทางสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้หวั่น พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง และส่งผลด้านบวกเล็กน้อยในการการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค

Aaby, Friis, Christensen, Rowlands & Maindal (2017) ศึกษา เรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการรายงานสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 'มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับการไม่ออกกำลังกาย (OR) 0.48 (0.39; 0.59), อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (OR) 0.64 (0.47; 0.88), น้ำหนักน้อย (OR) 0.43 (0.21; 0.89) (0.63; 0.99) 'การมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการไม่ออกกำลังกาย (หรือ 0.64 (0.53; 0.77)) น้อยกว่าอาหารสุขภาพ (0.79 (0.64; 0.96)) และการสูบบุหรี่ทุกวัน (0.81 (0.66) ; 1.0)) การเพิ่มขึ้นของการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเช่นเดียวกับการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของสถานะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Nazar, Khan, Kumar & Hafeez (2019) ศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดของเด็กนักเรียนในปากีสถาน พบว่าอายุเฉลี่ยของนักเรียนที่เข้าร่วมคือ 21.2 ปี (SD ± 1.34) ประกอบด้วยนักเรียนหญิงร้อยละ 53 มาจากชนบทร้อยละ 57 เมื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าก่อนทดสอบคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 30.53 คะแนน (SD ± 7.61) และหลังการทดสอบ 40.65 คะแนน (SD ± 4.34) ( $p < 0.00$ ) คะแนนเฉลี่ยของการใช้แนวปฏิบัติป้องกันก่อนการทดสอบคือ 13.02 คะแนน (SD ± 2.97) หลังการทดสอบเป็น 14.09 คะแนน (SD ± 2.90) ( $p < 0.00$ ) ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง ( $p < 0.000$ ) ได้แก่ อาการของโรคหัวใจ ( $p < 0.000$ ), อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ( $p < 0.000$ ) และการปฏิบัติป้องกัน ( $p < 0.00$ )

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ และศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 88,819 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิงที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ มีจำนวน 371 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างประชากร เพื่อหาจำนวนตัวอย่างที่น้อยที่สุด ซึ่งจะเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ได้ใช้สูตรคำนวณ (Wayne, 1995) และเพิ่มอีกร้อยละ 7.5 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลที่มีการสูญหาย (Sathian et al., 2010) ได้เท่ากับ 410 คน โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

$N$  = ขนาดของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาเข้ารับบริการสถานพยาบาล ในจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2562 จำนวน 88,819 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

$\sigma$  = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาจาก ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 38.225 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.487 (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2563)

$Z_{1-\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ )

$$\text{แทนค่า } n = \frac{88,819 \times (1.487^2)(1.96^2)}{[(0.149^2)(88,819-1)] + [(1.487^2)(1.96^2)]}$$

$$n = 381$$

เพิ่มอีกร้อยละ 7.5n = 409  $\approx$  410 คน

#### คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า** (Inclusion criteria) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยมีการรับรู้สมบุรณ์ และสื่อสารภาษาไทย และให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ได้
3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ต้องได้รับยาเป็นประจำทุก

เดือน

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง
5. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ
6. อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

**เกณฑ์การคัดออก** (Exclusion Criteria) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดออก ดังนี้

1. มีความบกพร่องด้านความจำ
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคอื่นร่วม ที่ส่งผลให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เส้นเลือดสมองตีบ/แตก หลอดเลือดแดงเสื่อม เป็นต้น
3. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

**เกณฑ์การถอดถอน (Withdraw criteria)** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ถอดถอน ดังนี้

1. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลและผู้ที่ไม่ยินยอมให้บันทึกข้อมูล
2. มีความประสงค์ขอออกจากการศึกษาระหว่างดำเนินการวิจัย
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

#### **การสุ่มตัวอย่าง**

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เพื่อหาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ในจังหวัดนครสวรรค์ทั้งหมด 15 เครือข่าย โดยแบ่งตามจำนวนของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายฯ แบ่งออกได้ 2 กลุ่มประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 เครือข่ายฯ ที่มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  $\geq 10$  แห่ง จำนวน 8 เครือข่าย ได้แก่ เมืองนครสวรรค์ ชุมแสง ตาคลี ท่าตะโก บรรพตพิสัย พยุหะคีรี แม่่วงก์ และลาดยาว

กลุ่มที่ 2 เครือข่ายฯ ที่มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  $< 10$  แห่ง จำนวน 7 เครือข่าย ได้แก่ แก้วเจ็ว โกรกพระ ชุมตาบง ตากฟ้า ไผ่ศาลี แม่เปิน และหนองบัว

**ขั้นตอนที่ 2** ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) กับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) แต่ละกลุ่มเพื่อหาตัวแทนเครือข่ายบริการตามสัดส่วน 2:1 โดยการจับฉลาก ได้ทั้งสิ้น 7 แห่ง ประกอบด้วย กลุ่มที่มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  $\geq 10$  แห่ง 4 เครือข่าย และกลุ่มที่มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  $< 10$  แห่ง จำนวน 3 เครือข่าย ดังนี้

กลุ่มที่มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  $\geq 10$  แห่ง ได้แก่ เมืองนครสวรรค์ พยุหะคีรี ลาดยาว บรรพตพิสัย

กลุ่มที่มีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ  $< 10$  แห่ง ได้แก่ แก้วเจ็ว ชุมตาบง ไผ่ศาลี

**ขั้นตอนที่ 3** ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) กับเครือข่ายบริการเพื่อหาตัวแทนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามสัดส่วน 5:1 โดยการจับฉลาก ได้ทั้งสิ้น 14 แห่ง ดังนี้

ตาราง 1 แสดงตัวแทนหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครือข่ายบริการ	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ	สัดส่วน 5:1
เมืองนครสวรรค์	17	3
พยุหะคีรี	11	2
ลาดยาว	12	2
บรรพตพิสัย	13	3
เก้าเลี้ยว	5	1
ชุมตาบง	3	1
ไพศาลี	8	2
รวม	69	14

โดยจับฉลากคัดเลือกตามสัดส่วน 5:1 ของจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ทั้งสิ้น 14 แห่ง ดังนี้

เมืองนครสวรรค์ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนสวรรคตประชารักษ์ รพ.สต. บ้านมะเกลือ รพ.สต.บ้านสันพิง

พยุหะคีรี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพยุหะคีรี รพ.สต. บ้านเขาไม้เดน

ลาดยาว จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลาดยาว รพ.สต. บ้านหนองนมวัว

บรรพตพิสัย จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. บ้านบางตาหงาย รพ.สต. บ้านตาขีด รพ.สต.

บ้านคลองสองหนอง

เก้าเลี้ยว จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว

ชุมตาบง จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. บ้านหนองจิกทรายมูล

ไพศาลี จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลไพศาลี รพ.สต. บ้านหนองไผ่

**ขั้นตอนที่ 4** การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) กับประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก ที่เดินทางเข้ามาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบ การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากขนาดของประชากรของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน จึงคำนวณตัวอย่างโดยการหาสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportional to size sampling) ตามสูตร ดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

เมื่อ  $n_i$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

$n$  = ขนาดตัวอย่าง

$N_i$  = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

$N$  = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

ตาราง 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามหน่วยบริการปฐมภูมิ

ที่	หน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวนผู้ป่วย(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	ศูนย์สุขภาพชุมชนสวรรคภ์ประชารักษ์	1,359	60
2	บ้านมะเกลือ	592	26
3	รพ.สต. บ้านสันพิง	432	19
4	โรงพยาบาลพยุหะคีรี	956	42
5	รพ.สต. บ้านเขาไม้เดน	243	11
6	รพ.สต. บ้านหนองนมวัว	574	25
7	โรงพยาบาลลาดยาว	1,189	52
8	รพ.สต. บ้านบางตาหงาย	597	26
9	รพ.สต. บ้านตาซัด	541	24
10	รพ.สต. บ้านคลองสองหนอง	654	29
11	โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว	557	25
12	รพ.สต. บ้านหนองจิกทรายมูล	337	15
13	บ้านหนองไผ่	429	19
14	โรงพยาบาลไพศาลี	827	37
	<b>รวม</b>	<b>9,287</b>	<b>410</b>

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส เขตพื้นที่การอยู่อาศัย ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ประเภทผู้สูงอายุตามลักษณะการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน (ผู้สูงอายุติดสังคม ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุติดเตียง)

แรงสนับสนุนทางสังคม Social support

สนับสนุนด้านการเงิน

แรงสนับสนุนด้านการดูแล

แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ

แรงสนับสนุนด้านอารมณ์

การตระหนักรู้ในตนเอง Self-awareness

การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง

การประเมินตนเองตามความเป็นจริง

ความมั่นใจในตนเอง

ความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์

การเข้าถึง

การเข้าใจ

การตอบโต้คำถามและ แลกเปลี่ยน

การตัดสินใจ

การเปลี่ยนพฤติกรรม

การบอกต่อ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส เขตพื้นที่การอยู่อาศัย ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และให้เติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ประยุกต์ใช้เครื่องมือของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์ธเอลดีแอด (Barthel ADL index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีมาตรฐานคะแนนตามระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนรวมที่ได้จะถูกจัดกลุ่มตามศักยภาพผู้สูงอายุ

การจัดกลุ่มจำแนกระดับ

ผลรวมคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม)

ผลรวมคะแนน 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)

ผลรวมคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง)

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ในด้านต่างๆ แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านการดูแล แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ประยุกต์เครื่องมือของ (สุภาภรณ์ สุธหนองบัว, 2554) จำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale (วาสนา เหมือนมี, 2557) มีแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามไว้ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามเชิงบวก (คะแนน)	ข้อคำถามเชิงลบ (คะแนน)
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
เล็กน้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม และแบ่งเป็นระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 20 - 100 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{100 - 20}{3} \\ &= 26.67 \end{aligned}$$

กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 20 – 46.66 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 46.67 – 73.34 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 73.35 ขึ้นไป หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) ประกอบไปด้วย การตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง การประเมินตนเองตามความเป็นจริง และความมั่นใจในตนเอง จำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale (วาสนา เหมือนมี, 2557) และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามไว้ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามเชิงบวก (คะแนน)	ข้อคำถามเชิงลบ (คะแนน)
จริงที่สุด	6	1
จริง	5	2
ค่อนข้างจริง	4	3
ค่อนข้างไม่จริง	3	4
ไม่จริง	2	5
ไม่จริงเลย	1	6

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนตระหนักรู้ในตนเอง โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม และแบ่งเป็นระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 20 - 100 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้



$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{108 - 18}{3} \\ &= 30 \end{aligned}$$

กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 18 – 48 หมายถึง ตระหนักรู้ในตนเอง อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 49 – 79 หมายถึง ตระหนักรู้ในตนเอง อยู่ในระดับปาน

กลาง

คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 80 ขึ้นไป หมายถึง ตระหนักรู้ในตนเอง อยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ประยุกต์เครื่องมือของกรมควบคุมโรค จำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale (วาสนา เหมือนมี, 2557) และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามไว้ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามเชิงบวก (คะแนน)	ข้อคำถามเชิงลบ (คะแนน)
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผล

แบ่งกลุ่มหาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ของ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ดังนี้

กลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับดีมาก	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
กลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับดี	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 – 80
กลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพอใช้	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60-70
กลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับไม่ดี	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีจำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีคะแนนสูงสุด 125 คะแนน ดังนี้

ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับดีมาก	ได้คะแนนตั้งแต่ 100 ขึ้นไป
ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับดี	ได้คะแนนระหว่าง $125 \times 0.8 = 88-100$
ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพอใช้	ได้คะแนนระหว่าง $125 \times 0.7 = 75-87$
ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับไม่ดี	ได้คะแนนน้อยกว่า 75

### การสร้างเครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามต่าง ๆ จากผู้ที่เคยนำไปใช้ซึ่งได้ดำเนินการขออนุญาตใช้แบบสอบถามแล้ว รวมถึงได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์วิชาการระดับกรม และเพิ่มเติมในบางส่วน โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสร้างเป็นแบบสอบถามโดยให้ครอบคลุมกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษาประกอบไปด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) และแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ

3. นำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาเพื่อหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและประเด็นที่ทำการวิจัย (Index of item – Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรคำนวณ (Hambleton, 1980) ดังนี้

$$IOC = \sum R/n$$

R คือ ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ

n คือจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ในการตรวจสอบ โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ (Hambleton, R. K. 1980 หน้า 80-123)

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 คือ มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 คือ ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

จากนั้นนำผลที่ได้จากการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบมาคัดเลือกข้อคำถามนั้นให้มีความสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ภาพรวม เท่ากับ 1.00

#### 4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง (Reliability)

จากการหาค่าความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขคำถามแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขต อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient)

โดยแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.84-0.94 จำแนกเป็นรายด้านได้ค่าความเชื่อมั่น ได้แก่ แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เท่ากับ 0.880 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เท่ากับ 0.839 แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) เท่ากับ 0.835 และแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.936

5. จัดพิมพ์เอกสารแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 คน ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P3-0120-2563 เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2564 ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระ ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีการให้คำชี้แจง (Information sheet) ก่อนเข้าร่วมโครงการ และมี Consent form ให้อาสาสมัครเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ และอธิบายถึงระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างดังนี้

#### ระยะเตรียมเอกสาร

1. ผู้วิจัยได้ยื่นขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยโครงการเป็นแบบยกเว้น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ในงานวิจัยจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความยินยอมการรวบรวมข้อมูล และการเสนอข้อมูลจะกระทำอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ดังนี้

1.1 การให้ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)

1.2 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 7 แห่ง (เมือง พยุหะคีรี ลาดยาว บรรพตพิสัย แก้วเลี้ยว ชุมตาบง และไพศาลี) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 14 แห่ง เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มอาสาสมัคร

### ระยะดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 14 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามวันที่ให้บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 14 แห่ง เพื่อคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัคร ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มอาสาสมัครดังนี้

2.1 ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้ โดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

2.2 เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยง undue influence ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทักทาย แนะนำตัวและเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ และการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาทีต่อคน อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร เวชระเบียน รวมทั้งมีระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร และขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร

2.3 เมื่อผู้ป่วยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครตามแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยใช้สถานที่เป็นห้องด้านข้างคลินิกโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยอยู่บริเวณที่อาสาสมัครสามารถสอบถามข้อสงสัยในแบบสอบถามได้

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็น ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ การวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การวิเคราะห์การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) และการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy)

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) และยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ โดยเน้นข้อความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการโดยที่ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถขอหยุดการให้ข้อมูลและสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ตามความต้องการ ซึ่งข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการวิจัยสิ้นสุด

### การสร้างความน่าเชื่อถืองานวิจัย

การศึกษานี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในการวิจัย และได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยหลายๆ แหล่ง เพื่อให้มีความเข้าใจถึงมุมมองของผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย วิธีการทั้งหมดนี้ถูกดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา (Advisor) ซึ่งในระหว่างกระบวนการทั้งหมด อาจารย์ที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและสอบถามรายละเอียดอยู่เสมอ

นอกจากนี้ แล้วผู้วิจัยได้วางแผนไว้ว่า หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลงจะได้นำผลการวิจัยเสนอในเวทีวิชาการ โดยการนำเสนอแบบ Poster, Oral Presentation หรือตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ เพื่อเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัยฉบับนี้

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 410 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 410)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	150	36.6
หญิง	260	63.4
รวม	410	100

## ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>2. อายุ</b>		
60 - 69 ปี	227	55.4
70 - 79 ปี	121	29.5
80 ปีขึ้นไป	62	15.1
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
$\bar{X} = 69.97$ S.D. = 8.03 Min = 60 Max = 93		
<b>3. ค่าดัชนีมวลกาย</b>		
น้อยกว่า 18.50 กิโลกรัม/ตารางเมตร	38	9.3
18.50 – 22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร	136	33.2
23.00 – 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร	95	23.2
25.00 – 29.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร	101	24.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร	40	9.8
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
$\bar{X} = 24.69$ S.D. = 10.16 Min = 13.33 Max = 45.92		
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	58	14.1
ประถมศึกษา	332	81.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	20	4.9
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
<b>5. สถานภาพ</b>		
ไม่มีคู่สมรส	137	33.4
มีคู่สมรส	273	66.6
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
<b>6. เขตที่อยู่อาศัย</b>		
เขตเมือง	35	8.4
กึ่งเมือง	30	7.2



## ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนบท	345	83.1
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
<b>7. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>		
1-5 ปี	125	30.5
มากกว่า 5 ปี	285	69.5
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
$\bar{X} = 9.83$ S.D. = 5.70 Min = 1 Max = 30		
<b>8. ภาวะแทรกซ้อน</b>		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	255	61.4
มีภาวะแทรกซ้อน	155	38.6
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
- เบาหวาน	102	65.8
- โรคหัวใจ	11	7.1
- โรคไต	35	22.6
- ไชมันในเส้นเลือด	57	36.8
<b>9. ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ</b>		
รับ 1 ช่องทาง	111	27.1
รับมากกว่า 2 ช่องทาง	299	72.9
<b>รวม</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
- โทรทัศน์	287	70.0
- วิทยุ	130	31.7
- หนังสือพิมพ์/นิตยสาร	56	13.7
- ป้ายประกาศ	45	11.0
- เสียงตามสาย	93	22.7
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	378	92.2
- โทรศัพท์/สื่อโซเชียล	6	1.5

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 36.6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.4 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 55.4 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.97 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.03 ส่วนมากมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-22.99 คิดเป็นร้อยละ 33.2 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.16 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 81.0 ปัจจุบันยังมีคู่สมรสร้อยละ 66.6 อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 83.1 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.5 มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.70 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 61.4 ส่วนกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนมักมีด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 65.8 ส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมากกว่า 2 ช่องทาง คิดเป็นร้อยละ 72.9

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) (n = 410)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ติดเตียง (0-4 คะแนน)	1	0.2
ติดบ้าน (5-11 คะแนน)	7	1.7
ติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	402	98.0
$\bar{x} = 19.31$ S.D. = 2.03 Min = 5 Max = 20		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในระดับติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 98.0 ติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.7 และติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 0.2

### ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ตาราง 5 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (n = 410)

แรงสนับสนุนทางสังคม	min	max	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การสนับสนุนด้านอารมณ์	5	25	17.12	3.26	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการเงิน	6	25	16.51	3.12	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	6	25	16.07	3.05	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านร่างกาย	6	25	15.95	3.02	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	27	93	65.65	10.46	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 65.65$ , S.D. = 10.46) เมื่อดูรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 17.12$ , S.D. = 3.26) การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 16.51$ , S.D. = 3.12) การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 16.07$ , S.D. = 3.05) การได้รับการสนับสนุนด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 15.95$ , S.D. = 3.02)

ตาราง 6 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อตามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (n = 410)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1. สามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเมื่อเบื่อ ท้อแท้หรือมีเรื่องทุกข์ใจ	1	5	3.54	0.89
2. เมื่อท่านมีปัญหาผู้รับฟังท่านเสมอโดยไม่แสดงความ เบื่อหน่าย	1	5	3.45	0.77
3. เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ/การ ปลอบใจจากสมาชิกในครอบครัว	1	5	3.64	0.88
4. เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจท่านมีเพื่อน คอยให้คำปรึกษา และให้ กำลังใจ	1	5	3.30	0.82
5. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำ	1	5	3.18	0.90
การสนับสนุนด้านการเงิน				
6. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้าน การเงิน ในยามที่เจ็บป่วย	1	5	3.69	0.82
7. สมาชิกในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในเรื่อง ค่าใช้จ่ายส่วนตัว	1	5	3.58	0.83
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล	1	5	2.70	0.96
9. ญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่าน ลำบาก	1	5	3.00	0.94
10. ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากคนในครอบครัวเพื่อ ใช้จ่ายยามฉุกเฉิน	1	5	3.56	0.89
การสนับสนุนด้านสิ่งของ				
11. ได้รับการสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เสื้อผ้า ของใช้จำเป็นจากคนในครอบครัว	1	5	3.56	0.88

ตาราง 6 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
12. ได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อประสบปัญหาหรือความเดือดร้อน	1	5	2.86	0.91
13. ท่านได้รับการสนับสนุน /ช่วยเหลือสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่ จากหน่วยงานของรัฐ	1	5	2.54	0.90
14. เมื่อถึงเทศกาลสำคัญ บุตรหลานของท่าน มักนำสิ่งของมามอบให้ท่าน	1	5	3.50	0.90
15. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่อง เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย จากคนในครอบครัว	1	5	3.60	0.82
16. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ดูแลท่านเมื่อยามเจ็บป่วย	1	5	3.78	0.87
17. ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือจากบุตร/หลาน ในด้านการเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน	1	5	3.46	0.89
18.ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น ยกของ พาไปโรงพยาบาล	1	5	3.05	0.92
19. หน่วยงานของรัฐให้การช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล	1	5	2.47	0.93
20. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. ให้การช่วยเหลือและดูแลท่านยามเจ็บป่วย	1	5	3.20	0.89

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 65.65$ , S.D.= 10.46) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการสนับสนุนด้านร่างกาย ในข้อสมาชิกในครอบครัวของท่าน ดูแลท่านเมื่อยามเจ็บป่วย ( $\bar{x} = 3.78$ , S.D.= 0.87) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านร่างกาย ในข้อหน่วยงานของรัฐให้การช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล ( $\bar{x} = 2.47$ , S.D.= 0.93)

#### ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)

ตาราง 7 แสดงแสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้าน การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) (n = 410)

การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)	min	max	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง	12	36	27.89	3.94	สูง
การประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง	14	36	28.00	3.85	สูง
ความมั่นใจในตนเอง	11	36	25.00	4.83	สูง
การตระหนักรู้ในตนเองโดยรวม	46	108	80.46	10.22	สูง

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ในตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 80.46$ , S.D. = 10.22) เมื่อดูรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 27.89$ , S.D. = 3.94) การประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 28.0$ , S.D. = 3.85) และความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 25.0$ , S.D. = 4.83)

ตาราง 8 แสดงแสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายข้อตามการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) (n = 410)

ตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง				
1. ท่านรู้ความรู้สึกของตนเองตลอดเวลาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ	2	6	4.79	0.68
2. ท่านรู้ว่าเวลาที่ท่านอารมณ์ดี ฉันจะคิดอะไรได้ดีขึ้น	2	6	4.81	0.71
3. ท่านรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ออกกำลังกาย ดื่มแอลกอฮอล์ อาหารที่มีไขมันสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	1	6	4.45	1.04
4. ท่านรู้สาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของท่านเปลี่ยนแปลง	1	6	4.56	0.89

ตาราง 8 (ต่อ)

ตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
5. ท่านหลีกเลี่ยงการทำงานในเวลาที่ย่ำแย่เพราะไม่ อยากให้งานเสียหาย	1	6	4.57	0.92
6. ท่านสามารถแสดงออกได้ตรงตามความรู้สึกของตนเอง การประเมินตนเองตามความเป็นจริง	1	6	4.71	0.88
7. ท่านรู้ว่าควรปรับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดบ้าง	2	6	4.51	0.82
8. ท่านรู้จุดด้อยของตนเอง และพร้อมที่จะพัฒนาตนเอง	1	6	4.53	0.78
9. ท่านทราบดีว่าเรื่องใดบ้างที่ควรขอความช่วยเหลือจาก คนอื่น	2	6	4.64	0.75
10. ท่านพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีคิดหรือพฤติกรรมของ ตัวเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2	6	4.61	0.85
11. ท่านยอมรับได้หากมีคนตำหนิตานเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม	1	6	4.60	0.84
12. ท่านมีความสามารถเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วย ตนเอง ความมั่นใจในตนเอง	1	6	4.67	0.87
13. ท่านมีความสามารถเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ เพื่อควบคุม พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้	1	6	4.55	0.84
14. ท่านไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม เพราะกลัวผู้อื่น ไม่ยอมรับ	1	6	4.00	1.32
15. ท่านไม่กล้าตัดสินใจอะไรด้วยตนเองตามลำพัง	1	6	3.94	1.37
16. แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่กดดัน แต่ท่านเชื่อว่าท่านสามารถ แก้ปัญหาต่างๆ ได้	1	6	4.44	0.88
17. ท่านเป็นคนที่ชอบคิดวอกไปมาและเปลี่ยนใจอะไร ง่ายๆ	1	6	3.81	1.33
18. ท่านคิดว่าตัวเองไม่ใช่คนที่น่าสนใจพอที่ใครจะอยากคุย ด้วย	1	6	4.27	1.23

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ในตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 80.46$ , S.D.= 10.22) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง ในข้อท่านรู้ว่าเวลาที่ท่านอารมณ์ดี ฉันจะคิดอะไรได้ดีขึ้น ( $\bar{x} = 4.81$ , S.D.= 0.71) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านร่างกาย ในข้อหน่วยงานของรัฐให้การช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล ( $\bar{x} = 2.47$ , S.D.= 0.93)

### ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy)

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy) (n = 410)

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (0 – 74.99 คะแนน)	169	41.2
พอใช้ (75.00 – 87.49 คะแนน)	154	37.6
ดี (85.00 – 99.99 คะแนน)	60	14.6
ดีมาก (100.00 – 125.00 คะแนน)	27	6.6
$\bar{x} = 76.57$ S.D. = 14.11 Min = 25 Max = 113		

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 41.2 ระดับพอใช้ ร้อยละ 37.6 ระดับดีร้อยละ 14.6 และระดับดีมาก ร้อยละ 6.6 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.11



ตาราง 10 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้านตามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy) (n = 410)

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy)	min	max	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การเข้าถึง	3	15	8.25	2.48	ไม่ดี
ความเข้าใจข้อมูล	6	30	18.35	4.32	พอใช้
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	4	20	13.23	2.43	พอใช้
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	4	20	12.28	2.90	พอใช้
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	4	20	13.19	2.87	พอใช้
การบอกต่อ	4	20	11.27	2.62	ไม่ดี
ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	25	113	76.57	14.11	พอใช้

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 76.57$ , s.d. = 14.11) เมื่อดูรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับไม่ดี ( $\bar{x} = 8.25$ , s.d. = 2.48) ความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 18.35$ , s.d. = 4.32) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 13.23$ , s.d. = 2.43) การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 12.28$ , s.d. = 2.90) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 13.19$ , s.d. = 2.87) และการบอกต่ออยู่ในระดับไม่ดี ( $\bar{x} = 11.27$ , s.d. = 2.62)

ตาราง 11 แสดงค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายรายข้อตามความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy) (n = 410)

ความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Health literacy)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
การเข้าถึง				
1. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้จากหลายแหล่ง เช่น ถามจากผู้รู้ ดูจากสื่อ เอกสาร สิ่งพิมพ์ สื่ออินเทอร์เน็ต มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น	1	5	2.91	0.96
2. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาใคร	1	5	2.59	0.90
3. ท่านสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาที่ท่านมีอยู่ได้	1	5	2.75	0.87
ความเข้าใจข้อมูล				
4. ท่านเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	1	5	3.08	0.85
5. ท่านอธิบายข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ ได้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ เป็นต้น	1	5	2.82	0.86
6. ท่านเข้าใจข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่นำเสนอในรูปแบบหรือสัญลักษณ์ กราฟ ตาราง แผนภาพ ตัวเลขคำศัพท์ หรือเครื่องหมายต่างๆ ในสถานพยาบาล หรือในสถานที่ต่างๆ ได้	1	5	2.68	0.90
7. ท่านอ่านและเข้าใจในคำอธิบายต่างๆ บนฉลากอาหาร หรือยา ถึงวิธีการกิน การใช้ส่วนผสม วันหมดอายุ และประโยชน์ที่ได้รับ	1	5	3.15	1.02

ตาราง 11 (ต่อ)

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง (Health literacy)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
8. ท่านเข้าใจเหตุผลของสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จากภาครัฐ เช่น การรณรงค์ไม่กินหวานมันเค็ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ ดื่มสุรา เป็นต้น	1	5	3.29	0.88
9. ท่านเข้าใจในคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการหรือ การดูแลสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโรค จากผู้หมอบหรือเจ้าหน้าที่ได้ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	1	5	3.34	0.86
10. ท่านสามารถบอกเล่าถึงข้อมูลสุขภาพของท่านให้หมอ พยาบาลหรือ คนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้	1	5	3.50	0.79
11. ท่านกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวล หรืออยากรู้กับ ผู้ให้บริการ สุขภาพ	1	5	3.53	0.70
12. ท่านสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์ ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้คนอื่นได้รับรู้และ ยอมรับวิธีการดูแลสุขภาพของท่านได้	1	5	3.02	0.76
13. ท่านสามารถเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการสุขภาพได้ เพื่อให้ท่านได้รับข้อมูลหรือการบริการที่เหมาะสมกับ ชีวิตประจำวันของท่าน การตัดสินใจด้านสุขภาพ	1	5	3.18	0.78
14. ท่านมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพที่รับรู้มาจากแหล่ง ต่างๆ นั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	1	5	3.04	0.80
15. เมื่อมีข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใหม่ๆ เข้ามา ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้นก่อน ตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	1	5	3.10	0.83

ตาราง 11 (ต่อ)

ความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง (Health literacy)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
16. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าและสนใจในสินค้านั้น ท่าน จะหาข้อมูล เพิ่มเติมเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อน ตัดสินใจซื้อ	1	5	3.09	0.87
17. ท่านสามารถใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อ เลือกรับ ข้อมูลสุขภาพจากสื่อ หรือจากคนอื่นๆ ก่อนที่จะ ปฏิบัติตาม การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	1	5	3.05	0.84
18. ท่านตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกายเพื่อ ป้องกันไม่ให้ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพร้อมทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้	1	5	3.06	0.85
19. ท่านประเมินอารมณ์ของตนเอง หากพบว่าเครียด ท่านจะ จัดการลดความเครียดด้วยวิธีที่ดีต่อการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หลอดเลือดสมอง	1	5	3.30	0.83
20. ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง โดยไม่ ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังจนเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1	5	3.45	0.86
21. ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้ท่านอยู่ในสถานที่ เหมาะสม ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง การบอกต่อ	1	5	3.39	0.85
22. ท่านชักชวนหรือเตือนให้ผู้อื่นลดการกระทำที่อาจ ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	1	5	2.88	0.76
23. ท่านชักชวนหรือเตือนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่มีผลดีต่อ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	1	5	2.84	0.79
24. ท่านสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะ คงดูแล สุขภาพร่างกายตนเองไม่ให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือด สมอง	1	5	2.85	0.77

ตาราง 11 (ต่อ)

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง (Health literacy)	min	max	$\bar{x}$	S.D.
25. ท่านสามารถเผยแพร่ประสบการณ์ของตนเอง หรือ นวัตกรรมของผู้อื่นที่ทำแล้วใช้ได้ผลดีในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง แก่ผู้อื่นได้	1	5	2.71	0.78

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 76.57$ , S.D.= 14.11) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ ในข้อท่านกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวล หรืออยากคุยกับผู้ให้บริการ สุขภาพ ( $\bar{x} = 3.53$ , S.D.= 0.70) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการเข้าถึง ในข้อท่านสามารถค้นหาข้อมูลความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาใคร ( $\bar{x} = 2.59$ , S.D.= 0.90)

#### ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การวิจัยนี้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้แก่

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน
3. ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่
4. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน
5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้ในตนเอง กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง

ตาราง 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และการตระหนักรู้  
ในตนเอง กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของ  
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคดันโลหิตสูง (n=410)

ตัวแปร	ความรอบรู้ทางสุขภาพในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p
อายุ	-0.288**	< 0.001
ดัชนีมวลกาย	0.242**	< 0.001
ระยะเวลาที่ป่วย	-0.052	0.294
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	0.249**	< 0.001
<b>การตระหนักรู้ในตนเอง</b>		
การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง	0.236**	< 0.001
การประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง	0.320**	< 0.001
ความมั่นใจในตนเอง	0.195**	< 0.001

\*\* p < 0.01

จากตาราง 12 สามารถแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัย  
ส่วนบุคคล และการตระหนักรู้ในตนเอง กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด  
สมอง ได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำมาก ( $r = -0.288$ ,  $p < 0.001$ ) ดัชนีมวลกายมี  
ความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ( $r = 0.242$ ,  $p < 0.001$ ) ระดับความสามารถใน  
การประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ( $r = 0.249$ ,  $p < 0.001$ )  
การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ( $r = 0.236$ ,  $p < 0.001$ )  
การประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ( $r = 0.320$ ,  
 $p < 0.001$ ) ความมั่นใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก ( $r = 0.195$ ,  $p < 0.001$ )

ปัจจัยที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด  
สมอง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย ( $r = -0.052$ ,  $p = 0.294$ )

ตาราง 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคดันโลหิตสูง (n=410)

ตัวแปร	ความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>		
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.151**	0.002
การสนับสนุนด้านการเงิน	- 0.064	0.198
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	- 0.073	0.141
การสนับสนุนด้านร่างกาย	- 0.023	0.637

\*\* p < 0.01

จากตาราง 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคดันโลหิตสูง การสนับสนุนด้านอารมณ์ (r = 0.151, p = 0.002) การสนับสนุนด้านการเงิน (r = -0.064, p = 0.198) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (r = -0.073, p = 0.141) การสนับสนุนด้านร่างกาย (r = -0.023, p = 0.637)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน และช่องทางการรับข้อมูล กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง

ตาราง 14 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ เขตที่อยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน และช่องทางการรับข้อมูล กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคดันโลหิตสูง (n=410)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรู้ทางสุขภาพในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	F	p
	Eta		
เพศ	0.028	0.312	0.577
ระดับการศึกษา	0.262	14.976	< 0.001
สถานภาพสมรส	0.039	0.636	0.426
เขตที่อยู่อาศัย	0.270	15.984	< 0.001
ภาวะแทรกซ้อน	0.022	0.201	0.654
ช่องทางการรับข้อมูล	0.122	6.139	0.014

\* p < 0.05

จากตาราง 14 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับการศึกษา (eta = 0.262, p < 0.001) เขตที่อยู่อาศัย (eta = 0.186, p < 0.001) และช่องทางการรับข้อมูล (eta = 0.122, p = 0.014) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ (eta = 0.028, p = 0.577) สถานภาพสมรส (eta = 0.039, p = 0.426) ภาวะแทรกซ้อน (eta = 0.022, p = 0.654)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยหาค่าสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix): ซึ่งแทนค่าปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้ในตนเอง ดังนี้



ตาราง 15 แสดงการแทนค่าปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้ในตนเอง

ปัจจัย	แทนค่า
เพศ	X1
อายุ	X2
ดัชนีมวลกาย	X3
ระดับการศึกษา	X4
สถานภาพสมรส	X5
ระยะเวลาที่ป่วย	X6
เขตที่อยู่อาศัย	X7
ภาวะแทรกซ้อน	X8
ช่องทางการรับข้อมูล	X9
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	X10
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>	
การสนับสนุนด้านอารมณ์	X11
การสนับสนุนด้านการเงิน	X12
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	X13
การสนับสนุนด้านร่างกาย	X14
<b>การตระหนักรู้ในตนเอง</b>	
การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง	X15
การประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง	X16
ความมั่นใจในตนเอง	X17

ตาราง 16 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยหาค่าความสัมพันธ์ (Correlation Matrix) (n=410)

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17
X1																
X2	0.030															
X3	0.094	-0.297**														
X4	-0.213**	-0.292**	0.121*													
X5	-0.227**	-0.309**	0.047	0.186**												
X6	0.174**	0.174**	-0.005	-0.065	-0.069											
X7	-0.081	0.007	-0.166**	-0.022	0.144**	-0.004										
X8	-0.091	-0.074	-0.066	0.055	-0.019	-0.274**	0.128**									
X9	-0.075	-0.117*	0.026	0.125*	0.045	-0.017	0.064	-0.124*								
X10	-0.105*	-0.277**	0.068	0.132**	0.128**	-0.136**	0.154**	0.211**	0.056							
X11	0.029	-0.082	-0.054	0.076	0.024	0.132**	-0.012	-0.114*	0.091	0.107*						
X12	0.024	0.044	-0.086	0.012	0.004	0.155**	0.052	-0.116**	0.128**	-0.045	0.557**					
X13	0.004	0.010	-0.043	0.054	0.063	0.115*	0.067	-0.111*	0.110*	0.032	0.494**	0.755**				
X14	0.017	0.050	-0.062	0.012	0.022	0.109*	-0.077	-0.166**	0.071	-0.106*	0.439**	0.703**	0.718**			
X15	-0.001	-0.133**	0.102*	0.081	-0.039	0.019	0.014	-0.042	0.042	0.191**	0.245**	0.018	-0.010	-0.093		
X16	-0.036	-0.128**	0.072	0.078	-0.039	-0.011	-0.065	-0.073	0.008	0.163**	0.316**	0.044	0.019	0.011	0.726**	
X17	-0.019	-0.153**	-0.004	0.136**	0.009	0.028	0.159**	-0.042	0.154*	0.194**	0.384**	0.273**	0.324**	0.140**	0.325**	0.443**

\*  $p \leq 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

จากตาราง 16 การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าความสัมพันธ์  $r$  ไม่ถึง 0.8 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน  
สูงเกินไป (Multicollinearity)

ตาราง 17 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 410)

ตัวแปรทำนาย	b	$\beta$	t	P-value
การตระหนักรู้ในตนเอง	0.294	0.213	4.901	< 0.001
อาศัยอยู่ในเขตเมือง	13.767	0.273	6.308	< 0.001
อายุ	-0.227	-0.129	-2.782	0.006
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	1.447	0.189	4.201	< 0.001
ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	9.841	0.150	3.510	< 0.001
ดัชนีมวลกาย	0.377	0.124	2.791	0.005
การรับข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง	3.650	0.115	2.690	0.007
Constant (a) = 27.391, R square = 0.296, Adjusted R <sup>2</sup> = 0.284, F =24.144, p-value< 0.001				

จากตาราง 17 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ทั้งหมด 7 ปัจจัย โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกำบังกันจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.213) อาศัยอยู่ในเขตเมือง (p-value < 0.001,  $\beta$  = -0.273) อายุ (p-value = 0.006,  $\beta$  = -0.227) ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.189) ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (p-value < 0.001,  $\beta$  = 0.150) ดัชนีมวลกาย (p-value = 0.005,  $\beta$  = 0.124) การรับข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง (p-value = 0.007,  $\beta$  = 0.115) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ร้อยละ 28.4 (Adjusted R<sup>2</sup> = 0.284) ดังนี้

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครสวรรค์ =  $27.391 + 0.213$  (การตระหนักรู้ในตนเอง) +  $0.273$  (อาศัยอยู่ในเขตเมือง) -  $0.129$  (อายุ) +  $0.189$  (ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) +  $0.150$  (ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป) +  $0.124$  (ดัชนีมวลกาย) +  $0.115$  (การรับข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง)



## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานบริการส่งเสริมสุขภาพในเขตจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 410 คน ได้มาจากรีการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.84-0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ( $\bar{x}$  = 69.97) ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.50-22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 24.6 ( $\bar{x}$  = 24.69) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.0 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 66.6 เขตที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท ร้อยละ 83.1 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.5 ( $\bar{x}$  = 9.83) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 61.4 ส่วนผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เป็นโรค เบาหวาน ร้อยละ 65.8

ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับมากกว่า 2 ช่องทาง ร้อยละ 72.9 ช่องทางส่วนใหญ่คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 92.2

## 2. ผลการศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้ในตนเอง และความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

### ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 98.0 ติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.7 และติดเตียง ร้อยละ 0.2

### แรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 65.65$ , S.D. = 10.46) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 17.12$ , S.D. = 3.26) การสนับสนุนด้านการเงิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 16.51$ , S.D. = 3.12) การสนับสนุนด้านสิ่งของ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 16.07$ , S.D. = 3.05) การสนับสนุนด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 15.95$ , S.D. = 3.02)

### การตระหนักรู้ในตนเอง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 80.46$ , S.D. = 10.22) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 27.89$ , S.D. = 3.94) การประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริงอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 28.00$ , S.D. = 3.85) ความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 25.00$ , S.D. = 4.83)

### ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 76.57$ , S.D. = 14.11) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับไม่ดี ( $\bar{x} = 8.25$ , S.D. = 14.11) ความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 18.35$ , S.D. = 4.32) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 13.32$ , S.D. = 2.43) การตัดสินใจด้านสุขภาพพู่อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 12.28$ , S.D. = 2.90) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 13.19$ , S.D. = 2.87) การบอกต่ออยู่ในระดับไม่ดี ( $\bar{x} = 11.27$ , S.D. = 2.62)

### 3. ผลการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ทั้งหมด 7 ปัจจัย โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง (p-value < 0.001,  $\beta = 0.213$ ) อาศัยอยู่ในเขตเมือง (p-value < 0.001,  $\beta = -0.273$ ) อายุ (p-value = 0.006,  $\beta = -0.227$ ) ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (p-value < 0.001,  $\beta = 0.189$ ) ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (p-value < 0.001,  $\beta = 0.150$ ) ดัชนีมวลกาย (p-value = 0.005,  $\beta = 0.124$ ) การรับข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง (p-value = 0.007,  $\beta = 0.115$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ร้อยละ 28.4 (Adjusted  $R^2 = 0.284$ ) ดังนี้

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครสวรรค์ =  $27.391 + 0.213$  (การตระหนักรู้ในตนเอง) +  $0.273$  (อาศัยอยู่ในเขตเมือง) -  $0.129$  (อายุ) +  $0.189$  (ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) +  $0.150$  (ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป) +  $0.124$  (ดัชนีมวลกาย) +  $0.115$  (การรับข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง)

#### อภิปรายผล

ผลการวิจัยปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

#### 1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 76.57$ , S.D. = 14.11) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับไม่ดี ( $\bar{x} = 8.25$ , S.D. = 14.11) ความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 18.35$ , S.D. = 4.32) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ที่อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 13.32$ , S.D. = 2.43) การตัดสินใจด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 12.28$ , S.D. = 2.90)

การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 13.19$ , S.D. = 2.87) การบอกต่ออยู่ในระดับไม่ดี ( $\bar{x} = 11.27$ , S.D. = 2.62) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นส่งผลต่อสภาพร่างกายที่เสื่อมลง โดยเฉพาะเรื่องการมองเห็นที่จะเริ่มพว่เร็วมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการมองเห็น อาจทำให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นตัวหนังสือ หรือข้อความได้ต่ำลง แต่เมื่อได้รับข้อมูลแล้วยังพอสามารถที่จะทำความเข้าใจกับข้อมูลนั้นได้ แต่ยังสามารถพูดคุยโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ตนเองสงสัย และอยากรู้ได้ ส่งผลต่อการการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง แต่ยังไม่ถึงกับที่จะสามารถส่งต่อข้อมูลที่ได้รับมาบอกต่อให้กับผู้อื่นปฏิบัติต่อได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 69.3 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gazmararian et al. (1999) ศึกษา เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการสวัสดิการสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำ และการศึกษาของ Li et al. (2009) ศึกษา เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพและสถานะทางสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีเชื้อสายเกาหลี ในเมือง Yanbian ในประเทศจีน พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.7

## 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์

จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 12 ตัวแปร พบปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบ 7 ตัวแปรซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง 2) เขตที่อยู่อาศัย 3) อายุ 4) ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 5) ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป 6) ดัชนีมวลกาย 7) การรับข้อมูลมากกว่า 2 แหล่ง สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. การตระหนักรู้ในตนเอง พบว่า การตระหนักรู้ในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีการตระหนักรู้ในตนเอง



ซึ่งประกอบด้วย การตระหนักรู้อารมณ์ของตนเอง การประเมินตนเองตามสภาพความเป็นจริง และความมั่นใจในตนเอง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ที่มีความสามารถที่จะรับรู้และเข้าใจความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการของตนเอง ตลอดจนผลที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการเหล่านั้นของตน และเข้าใจตนเองในด้านจุดแข็ง จุดที่ควรพัฒนา หากเรารับรู้ และเข้าใจความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการของตนเองอย่างเท่าทัน หรือหากเราสังเกตเห็นผล (จากที่เราแสดงออก) ว่าส่งผลต่อบุคคลอื่นอย่างไร ก็จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) โดยเมื่อตระหนักรู้แล้ว ก็จะนำไปสู่การบริหารตนเอง (Self-management) เพื่อให้เราเป็นเราคนใหม่ที่ควบคุมอารมณ์ได้ อารมณ์ดีมากขึ้น หรืออารมณ์คงที่มากขึ้น ในอีกมิติหนึ่งของการเข้าใจตนเอง หากเรารู้จุดแข็ง และจุดอ่อนที่ควรพัฒนา ก็จะช่วยให้เราเข้าใจตัวเองมากขึ้น และรู้ว่าจะบริหารตนเอง (หรือพัฒนาตนเอง) อย่างไร เช่น ฝึกในจุดอ่อน หากจุดอ่อนนั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อเป้าหมายของเรา หรือแค่อยอมรับ และให้คนอื่นทำในเรื่องที่เป็นจุดอ่อนหรือเราไม่ถนัดแทน (ธัญพร จารุไพศาล, 2564)

**2. เขตที่อยู่อาศัย** พบว่า เขตที่อยู่อาศัยในเขตเมืองมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง มีโอกาสการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากกว่าประชาชนที่อยู่ชนบท และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ สุขศรี และดาวิวรรณ เศรษฐธรรม (2560) ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลเมือง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง

**3. อายุ** พบว่า อายุมีอิทธิพลทางลบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.006$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีปัญหาด้านความจำ ส่งผลให้จำอดีตได้แม่นยำ แต่จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อย หรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดซ้ำ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งเกิดจากการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ดังนั้นผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูล

เกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) และคณะได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า อายุมีอิทธิพลทางลบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยลง

**4. ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน** พบว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี (กลุ่มติดสังคม) มีการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมและดูแลได้ดี สามารถช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่า เข้าถึงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านอย่างเดียวและต้องอาศัยการดูแลจากผู้อื่น (ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง) นำไปสู่ความสามารถที่จะดูแลตนเองและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย สรุปได้ว่า หากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มสามารถต้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุก็จะมีภูมิต้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และพึงพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง

**5. ระดับการศึกษา** พบว่า ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการสูงจะสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีการตอบโต้ซักถาม ตัดสินใจด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และบอกต่อ ผู้อื่นได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ นวลเนตร, 2557 อ้างอิงใน จิรา

พร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาต่ำกว่า หรือไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

**6. ดัชนีมวลกาย** พบว่า ดัชนีมวลกาย มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.005$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีสภาพทางร่างกายที่เปลี่ยนไปเสื่อมถอยลงตามกาลเวลา มีการเผาผลาญพลังงานที่น้อยลง หลอดเลือดมีความเสื่อมลงและมีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักมาก จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักมาก ค่าดัชนีมวลกายสูงจึงต้องใส่ใจ และตระหนักถึงโรคหลอดเลือดสมองที่อาจตามมาได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ (2562) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นน จังหวัดยะลา พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ( $p < .05$ )

**7. การรับข้อมูลมากกว่า 2 แหล่ง** พบว่า การรับข้อมูลมากกว่า 2 แหล่ง มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.007$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศนี้สามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว และหลากหลายช่องทาง ประกอบกับสื่อมีความน่าสนใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น การแสวงหาความรู้และเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ นวัตกรรมที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการรับรู้ข้อมูล ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่มากกว่า 1 ช่องทางไม่ว่าจะทางใดก็ตาม เช่น ทางโทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย การให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น จะ

สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เข้าใจข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการตอบโต้ซักถาม ตัดสินใจด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และบอกต่อผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า การใช้สื่อเรื่องการดูแลสุขภาพ ที่มีความหลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญอย่างมาก อาทิเช่น สื่อความรู้ต่างๆ ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ โปสเตอร์ ไลน์) สื่อกระจายเสียง (หอกระจายข่าว) สื่อนวัตกรรม และสื่อกิจกรรมพิเศษ จะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และนำไปสู่การปฏิบัติ จึงเป็นผลทำให้มีการปฏิบัติตามหลักได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ พบว่า ตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วย ภาวะแทรกซ้อน และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

1. **เพศ** ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสนใจความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้แตกต่างกัน มีความสามารถในเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีการตอบโต้ซักถาม ตัดสินใจด้านสุขภาพ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และบอกต่อ อย่างเท่าเทียมกันไม่ได้แบ่งเพศชายหรือเพศหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ตำบลป่าคลั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ

2. **สถานภาพ** ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 66.6 มีคู่สมรสคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี แต่ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า/แยก และโสด อาจได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัวช่วยให้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมอง ส่งผลมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีการตอบโต้ชักถาม ตัดสินใจด้านสุขภาพ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และบอกต่อ อย่างเท่าเทียมกับผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย ทำให้สถานภาพการสมรสในผู้สูงอายุไม่ได้ส่งผลต่อความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี ดันตรานนท์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ตำบลป่าคลั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**3. ระยะเวลาที่ป่วย** ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการป่วยน้อยกว่า 5 ปี หรือมากกว่า 5 ปี ไม่ได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีโอกาสเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ มักจะได้รับการให้ความรู้ การปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เสมอเมื่อเข้ารับการรักษา หรือไปรับยาที่โรคพยาบาล และเกิดช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ การดักเตือน การให้คำปรึกษาสิ่งเหล่านี้ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงสามารถค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง หรือได้รับข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว จนสามารถสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับตนเองได้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2563) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจังหวัดตรัง พบว่า ระยะเวลาเป็นโรคมีความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับต่ำ ( $r=.218, p=.030$ ) แต่ไม่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้

**4. ภาวะแทรกซ้อน** ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่ได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นความเสี่ยงลำดับต้น ๆ ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าใจในข้อมูล จึงเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงให้ความสนใจเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา

ประเสริฐศรี (2558) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า จำนวนโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ

**5. แรงสนับสนุนทางสังคม** ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 65.65$ , S.D. = 10.46) ทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านร่างกาย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{x} = 76.57$ , S.D. = 14.11) นั่นอาจเกิดจากการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ไม่ต้องการการสนับสนุนทางสังคมในด้านดังกล่าว หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่น ๆ เช่น การดูแลให้ข้อมูลจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารหลากหลายช่องทาง เช่น โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ แผ่นพับ เสียงตามสาย เป็นต้น ที่สามารถเข้าถึงได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอานนท์ สังขะพงษ์ และคณะ (2562) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ( $\beta = .211$ ,  $p < .01$ ) อธิบายได้ว่า หากเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติผู้ดูแลจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีมากกว่า การส่งเสริมการศึกษาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $M = 34.81$ ,  $SD = 8.79$ ) เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสุขภาพนำผลการศึกษาไปใช้จัดทำแผนงานในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง 2) เขตที่อยู่อาศัย 3) อายุ 4) ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 5) ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป 6) ดัชนีมวลกาย 7) การรับข้อมูลมากกว่า 2 แหล่ง

2. การจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพที่ดี ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมดังสมมติฐาน และในโปรแกรมที่จัดควรเน้นให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง

#### **ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีการตระหนักรู้ในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางการป้องกันโรคต่อไป

#### **ข้อจำกัดในงานวิจัย**

1. งานวิจัยนี้ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้สมรรถนะ และสื่อสารภาษาไทย และให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ได้

2. การสุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เดินทางเข้ามาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ส่วนใหญ่เป็นในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2560). *การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ*. สืบค้น 20 เมษายน 2563, จาก [http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL\\_DOH\\_drive.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศ ระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ประชากร*. สืบค้น 9 สิงหาคม 2562, จาก [http://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0](http://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0)
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศรรวมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศรรวมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิธนานนท์, วีระพร ศุทธากรณ์, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, แสวานีย์ คำปวน. (2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 16(2), 61-71.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- ชนัท ครุฑกุล. (2558). *คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการสร้างเสริมสมรรถภาพของผู้สูงอายุ (ฉบับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา. (2563). *ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 37-52.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). *ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์*



- สุขภาพที่ดี. *วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก*, 19(19), 1-11.
- นิชรัตน์ นฤมลต์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(1), 108-129.
- นิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เตือนใจ ทองคำ. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ทัศนีย์ สุริยะ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับการร่วมรู้ลึกในวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ธัญชนก ขุมทอง, วิภากรณ โปธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานี และอ่างทอง. *Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85.
- ธัญพร จารุไพศาล. (2564). การตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) คืออะไรและพัฒนาอย่างไร. สืบค้น 9 มกราคม 2563, จาก <https://shorturl.asia/7XrvF>
- ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูดีพัฒนนะ, และอิสระ ทองสามสี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. ใน การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10 (น. 1529-1545). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- นิตยา พันธุเวทย์, และลินดา จำปาแก้ว. (2561). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นิตยา ศรีจางง. (2558). เครื่องมือในการบำบัดรักษาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จาก [https://www.teacher.ssru.ac.th/nitaya\\_si/pluginfile.php](https://www.teacher.ssru.ac.th/nitaya_si/pluginfile.php)
- เนติมา คุณิย์. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2555*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- บุษรา อินเต็ง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการ*

มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 19(1), 122-134.

ประไพพิศ สิงหเสน, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวราภรณ์ ทิพย์รัตน์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 11(1), 37-51.

ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว: การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2545). การปรับพฤติกรรมเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ (ล.2). กรุงเทพฯ: ไอกรุป เพรส.

พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2560). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). พิษณุโลก: อายูรศาสตร์สาขาระสาพิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

พิมลพรรณ ดีเมฆ, และจารุณี จันธิยะ. (2558). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านใหม่เสรีธรรม ตำบลเชียงทอง อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก. ใน รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ครั้งที่ 2 (น. 612-619). กำแพงเพชร: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

ไพศาล แยมวงษ์. (2555). การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มัณฑุมาศ มัญจวงษ์. (2561). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: สาขาวิชาอายุรศาสตร์ ปัจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มันทนา ประทีปะเสน, และวงเดือน บัณฑิต. (2542). อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด: การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์.

เมตตา ธีระนิต. (2549). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบ้าน

- หนองกร่าง ตำบลราชกรูดพัฒนา อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต). วิทยานิพนธ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ไสภิต สุวรรณเวลา, และวราณี สัมฤทธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการ สร้างความ  
ตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต  
อ.เมือง จ.ตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 94-  
107.
- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ไสภิต สุวรรณเวลา, และณัฐ วอลเตอร์. (2563). ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้าน  
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ  
สาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 26-38.
- วิศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลา  
นครินทร์*, 38(4), 152-165.
- วาสนา เหมือนมี. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิทยา จันทร์ทา. (2559). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับ  
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธ์ สุขศรี, และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. (2560). ความรู้รอบด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มี  
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัด  
อำนาจเจริญ. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(4), 73-84.
- ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช. (2561). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือด  
สมอง. สืบค้น 10 เมษายน 2563, จาก [https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-  
pl/admin/article\\_files/1256\\_1.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1256_1.pdf)
- สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน สม  
จิต หนูเจริญกุล (บก.), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 15, ล. 2, น. 129-162).  
กรุงเทพฯ: วิเจ พรีนติ้ง.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2560). โรคความดันโลหิตสูง. สืบค้น 4 กันยายน 2563,  
จาก <http://www.thaihypertension.org/>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2561). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <http://www.thaihypertension.org/>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี 2559*.

กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.  
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (Situation on NCDs Prevention and Control in Thailand)*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ประเด็นสารวันอัมพาตโลก ปี 2560*. สืบค้น 9 มีนาคม 2563, จาก <http://www.thaincd.com/index.php>

สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค. (2562). *รณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562 ให้ประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงเป็นอัมพาต*. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2563, จาก <https://gnews.apps.go.th/news?news=49435>

สุพรชัย กองพัฒนานุกุล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์.

สุภาภรณ์ สูดหนองบัว. (2554). *เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (A Social Support Instrument)*. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุภาภรณ์ สูดหนองบัว. (2561). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: มิติสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โอ เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์.

แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(1), 3-13.

อรรรรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). *วารสารทันตภิ บาล*, 29(1), 122-128.

อานนท์ สังฆะพงษ์, ชัญญิชาดุษฎี ทุลศิริวรรณรัตน์ ลาวัง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 55-62.

Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-

- based study in individuals with cardiovascular disease. *European journal of preventive cardiology*, 24(17), 1880-1888.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.
- Bostock, S. Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*, 344. doi: 10.1136/bmj.e1602
- Chen, J.-Z., Hsu, H.-C., Tung, H.-J., & Pan, L.-Y. (2013). Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. *Geriatrics & gerontology international*, 13(1), 70-76.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo Jr, J. L., . . . Wright Jr, J. T. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *hypertension*, 42(6), 1206-1252.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(6), 890-994.
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., . . . Koplan, J. P. (1999). Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *Jama*, 281(6), 545-551.
- Hambleton, R. K. (1980). Test score validity and standard-setting methods. In R. A. Berk (ed.), *Criterion-referenced measurement: The state of the art* (pp. 80-123). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, 31(5), 874-879.
- Kahn, R. (1979). Aging and social support. In M. W Rily (ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (189-199). Denver, CO: Westview Press.
- Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). International Encyclopedia of Public Health. H. In Kris, & Stella, Q., *Health Literacy* (Vol. 3, pp. 204-211). San Diego: Academic Press.
- Kim, S. H. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of clinical nursing*, 18(16), 2337-2343.

- Li, C. Y., Lee, O., Shin, G. S., & Li, X. W. (2009). Health literacy and health status of Korean-Chinese elderly people living in Yanbian, China. *Journal of Korean Academy of Nursing, 39*(3), 386-392.
- Nazar, M., Khan, S. A., Kumar, R., & Hafeez, A. (2019). Effectiveness of health literacy intervention on cardiovascular diseases among university students of Pakistan. *BMC health services research, 19*(1), 1-5.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international, 15*(3), 259-267.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion innursing practice* (3rd ed.). Stamford, Conn: Appleton and Lange.
- Sathian, B., Sreedharan, J., Baboo, S. N., Sharan, K., Abhilash, E., & Rajesh, E. (2010). Relevance of sample size determination in medical research. *Nepal Journal of Epidemiology, 1*(1), 4-10.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*(2), 145-159. doi: 10.2307/2136511
- Tilden, V. P., & Weinert, C. (1987). Social support and the chronically ill individual. *The Nursing Clinics of North America, 22*(3), 613-620.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international, 20*(2), 195-203.



## ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิเศษ ดร.สุพัฒนา คำสอน  
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. นายชินทร์ ห่วงมิตร นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ  
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
3. นายเกรียงกมล เหมือนกรุด นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ  
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์





## ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 010/2021  
IRB No. P3-0120/2563



AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปฎิบัติการวิจัยความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุชาดา อึ้งชาย

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

### เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ตุลาคม 2563
4. สรุปรายงานเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 ธันวาคม 2563
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 ธันวาคม 2563
6. AF 04-10 สำหรับกลุ่มอาสาสมัครที่ใช้ในโครงการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 มกราคม 2564
7. AF 04-10 สำหรับกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 มกราคม 2564
8. AF 05-10 สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 ธันวาคม 2563
9. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 ธันวาคม 2563
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 ธันวาคม 2563
11. จบประมาณที่ใช้โดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 กรกฎาคม 2563

ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 08 มกราคม 2564

วันหมดอายุ : 08 มกราคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขตั้งแต่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



## ภาคผนวก ค ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

## แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศชาย (ชาย = 1, หญิง = 0)
อายุ	อัตราส่วน
ค่าดัชนีมวลกาย	อัตราส่วน
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ได้เรียน (อ้างอิง) ประถมศึกษา (ประถมศึกษา = 1, อื่น = 0) มัธยมศึกษาขึ้นไป (มัธยมศึกษาขึ้นไป = 1, อื่น = 0)
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มีคู่สมรส (ไม่มีคู่สมรส = 1, มีคู่สมรส = 0)
เขตที่อยู่อาศัย	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ชนบท (อ้างอิง) กึ่งเมือง (กึ่งเมือง = 1, อื่น = 0) เขตเมือง (เขตเมือง = 1, อื่น = 0)
ระยะเวลาการป่วย	อัตราส่วน
ภาวะแทรกซ้อน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) มีภาวะแทรกซ้อน (มีภาวะแทรกซ้อน = 1, ไม่มีภาวะแทรกซ้อน = 0)
ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) รับมากกว่า 2 ช่องทาง (รับมากกว่า 2 ช่องทาง = 1, รับ 1 ช่องทาง = 0)
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	อัตราส่วน
การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)	อัตราส่วน
ความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)	อัตราส่วน

## ภาคผนวก ง แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

รหัสแบบสอบถาม □□□□

### แบบสอบถาม

**เรื่อง:** ปัจจัยทำนายความรู้ทางสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ทางสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำแนวทางการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุต่อไป ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน รวม 82 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

จำนวน 10 ข้อ

(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)

จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความรู้ทางสุขภาพในการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 25 ข้อ

สุชาดา ธงชาย

(นิสิตสาธิตสาธิตสาธิตมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปีเต็มบริบูรณ์
3. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
4. ระดับการศึกษาสูงสุด  
 ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพ  
 โสด  คู่  แยกกันอยู่  
 หย่าร้าง  หม้าย (คู่เสียชีวิต)
6. พื้นที่อยู่อาศัย  
 ในเมือง  กึ่งเมือง  ชนบท
7. ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี
8. ภาวะแทรกซ้อน  
 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน  
 มีภาวะแทรกซ้อนระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 เบาหวาน  โรคหัวใจ  โรคไต  
 ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง  อื่นๆ ระบุ.....
9. ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 โทรทัศน์  วิทยุ  หนังสือพิมพ์/นิตยสาร  
 บัญชีประกาศ  เสียงตามสาย  เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.  
 อื่นๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2:** ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

**คำชี้แจง:** ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ตรงกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของท่านมากที่สุด

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กลง

ไว้ล่วงหน้า

ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ต้องการความช่วยเหลือ

ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1

คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแล

เพื่อความปลอดภัย

ทำได้เอง

4. การใช้ห้องน้ำ

ช่วยตัวเองไม่ได้

ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการ

ความช่วยเหลือในบางสิ่ง

ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย

หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุม

ห้องหรือประตูได้

เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

ไม่สามารถทำได้

ต้องการคนช่วย

ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

อาบน้ำเองได้

9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

กลั่นไม่ได้บางครั้ง

กลั่นได้เป็นปกติ

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

กลั่นไม่ได้บางครั้ง

กลั่นได้เป็นปกติ

### ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

**คำชี้แจง :** ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่าน แล้ว  
ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับ				
		ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>						
1	เมื่อท่านรู้สึกเบื่อท้อแท้หรือมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนของท่านได้					
2	เมื่อท่านมีปัญหาท่านมีผู้รับฟัง โดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย					
3	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ / การปลอบใจจากสมาชิกในครอบครัว					
4	เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านมีเพื่อนคอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ					
5	เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำ					
<b>การสนับสนุนด้านการเงิน</b>						
6	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านเจ็บป่วย					
7	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว					
8	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล					
9	ญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านลำบาก					
10	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากคนในครอบครัวเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉิน					
<b>การสนับสนุนด้านสิ่งของ</b>						
11	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เสื้อผ้า ของใช้จำเป็น จากคนในครอบครัว					



ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับ				
		ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
12	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่านประสบปัญหาหรือความเดือดร้อน					
13	ท่านได้รับการสนับสนุน /ช่วยเหลือสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่ จากหน่วยงานของรัฐ					
14	เมื่อถึงเทศกาลสำคัญ บุตรหลานของท่าน มักนำสิ่งของมามอบให้ท่าน					
15	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเครื่องนุ่งห่มจากคนในครอบครัว					
<b>การสนับสนุนด้านร่างกาย(การดูแล)</b>						
16	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ดูแลท่านเมื่อยามเจ็บป่วย					
17	ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือจากบุตร/หลาน ในการเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน					
18	ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ เช่น ยกของ พาไปโรงพยาบาล เป็นต้น					
19	หน่วยงานของรัฐให้การช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล					
20	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม. ให้การช่วยเหลือและดูแลท่านเมื่อยามเจ็บป่วย					

#### ส่วนที่ 4 การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)

คำชี้แจง เลือกระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นตัวของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง ข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
1. ท่านรู้ความรู้สึกของตนเองตลอดเวลาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ						
2. ท่านรู้ว่าเวลาที่ท่านอารมณ์ดี ฉันจะคิดอะไรได้ดีขึ้น						
3. ท่านรู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ออกกำลังกาย ต่อมแอลกอฮอล์ อาหารที่มีไขมันสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง						
4. ท่านรู้สาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของท่านเปลี่ยนแปลง						
5. ท่านหลีกเลี่ยงการทำงานในเวลาที่อารมณ์ไม่ดี เพราะไม่อยากให้งานเสียหาย						
6. ท่านสามารถแสดงออกได้ตรงตามความรู้สึกของตนเอง						
7. ท่านรู้ว่าควรปรับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดบ้าง						
8. ท่านรู้จุดด้อยของตนเอง และพร้อมที่จะพัฒนาตนเอง						
9. ท่านทราบดีว่าเรื่องใดบ้างที่ควรขอความช่วยเหลือจากคนอื่น						
10. ท่านพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีคิดหรือพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
11. ท่านยอมรับได้หากมีคนตำหนิตำหนัเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม						
12. ท่านมีความสามารถเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง						
13. ท่านมีความสามารถเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ เพื่อควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้						

#### ส่วนที่ 4 การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) (ต่อ)

คำชี้แจง เลือกระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นตัวของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					
	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง ข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง เลย
14. ท่านไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม เพราะกลัว ผู้อื่นไม่ยอมรับ						
15. ท่านไม่กล้าตัดสินใจอะไรด้วยตนเองตามลำพัง						
16. แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่กดดัน แต่ท่านเชื่อว่าท่าน สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้						
17. ท่านเป็นคนที่ชอบคิดวอกไปมาและเปลี่ยนใจอะไร ง่ายๆ						
18. ท่านคิดว่าตัวเองไม่ใช่คนที่น่าสนใจพอที่ใครจะ อยากคุยด้วย						

## ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง เลือกระดับความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ที่	การรับรู้/ความเชื่อมั่น/ความสามารถ/ การกระทำด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การเข้าถึง</b>						
1	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้จากหลายแหล่ง เช่น ถามจากผู้รู้ ดูจากสื่อ เอกสารสิ่งพิมพ์ สื่ออินเทอร์เน็ต มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น					
2	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาใคร					
3	ท่านสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาที่ท่านมีอยู่ได้					
<b>ความเข้าใจข้อมูล</b>						
4	ท่านเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสาร หรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้					
5	ท่านอธิบายข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ ได้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ โบรชัวร์ หนังสือนิตยสาร เป็นต้น					
6	ท่านเข้าใจข้อมูลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่นำเสนอในรูปแบบหรือสัญลักษณ์ กราฟ ตาราง แผนภาพ ตัวเลข คำศัพท์ หรือเครื่องหมายต่างๆ ในสถานพยาบาล หรือในสถานที่ต่างๆ ได้					
7	ท่านอ่านและเข้าใจในคำอธิบายต่างๆ บนฉลากอาหารหรือยา ถึงวิธีการกิน การใช้ส่วนผสม วันหมดอายุ และประโยชน์ที่ได้รับ					
8	ท่านเข้าใจเหตุผลของสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองจากภาครัฐ เช่น การรณรงค์ไม่กินหวานมันเค็ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เป็นต้น					

ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ที่	การรับรู้/ความเชื่อมั่น/ความสามารถ/ การกระทำด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9	ท่านเข้าใจในคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการหรือการดูแลสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโรค จากผู้หมอมหรือเจ้าหน้าที่ได้					
<b>การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้</b>						
10	ท่านสามารถบอกเล่าถึงข้อมูลสุขภาพของท่านให้หมอมพยาบาลหรือ คนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้					
11	ท่านกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวล หรืออยากรู้กับผู้ให้บริการ สุขภาพ					
12	ท่านสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้คนอื่นได้รับรู้และยอมรับวิธีการดูแลสุขภาพของท่านได้					
13	ท่านสามารถเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการสุขภาพได้ เพื่อให้ท่านได้รับข้อมูลหรือการบริการที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของท่าน					
<b>การตัดสินใจด้านสุขภาพ</b>						
14	ท่านมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพที่รับรู้มาจากแหล่งต่างๆ นั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
15	เมื่อมีข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใหม่ๆ เข้ามา ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
16	เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าและสนใจในสินค้านั้น ท่านจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ					
17	ท่านสามารถใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อเลือกรับ ข้อมูลสุขภาพจากสื่อ หรือจากคนอื่นๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
<b>การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง</b>						
18	ท่านตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกายเพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพร้อมทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้					

ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)


ที่	การรับรู้/ความเชื่อมั่น/ความสามารถ/ การกระทำด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19	ท่านประเมินอารมณ์ของตนเอง หากพบว่าเครียด ท่านจะจัดการลดความเครียดด้วยวิธีที่ดีต่อการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
20	ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง โดยไม่ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังจนเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
21	ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้ท่านอยู่ในสถานที่เหมาะสม ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง					
<b>การบอกต่อ</b>						
22	ท่านชักชวนหรือเตือนให้ผู้อื่นลดการกระทำที่อาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
23	ท่านชักชวนหรือเตือนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่มีผลดีต่อการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้					
24	ท่านสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะคงดูแล สุขภาพร่างกายตนเองไม่ให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
25	ท่านสามารถเผยแพร่ประสบการณ์ของตนเอง หรือนวัตกรรมของผู้อื่นที่ทำแล้วใช้ได้ดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แก่ผู้อื่นได้					

\*\*\*\*\*

ขอขอบคุณที่ให้ข้อมูลค่ะ

## ภาคผนวก จ แบบตอบรับการตีพิมพ์

ที่ สธ ๐๔๔๓.๓(๑)/ ๗๒๖



กองนวัตกรรมการและวิจัย กรมควบคุมโรค  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ตอบรับบทความ

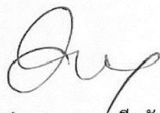
เรียน คุณสุชาดา ธงชาย (คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร)

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิชาการเรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครสวรรค์” นั้น

กองบรรณาธิการได้รับไว้เพื่อพิจารณานำลงตีพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ปีที่ ๔๘ ฉบับเพิ่มเติมที่ 1 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕) โดยบรรณาธิการขอถือสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ก่อนนำลงตีพิมพ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายอรุณพล ชีพสัตยากร)  
บรรณาธิการวารสารควบคุมโรค

กลุ่มวิจัยและประเมินเทคโนโลยี  
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๔๔

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	สุชาดา ธงชาย
วัน เดือน ปี เกิด	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
ที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2561 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2558 นักวิชาการสาธารณสุข สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย พ.ศ. 2558 เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม Minor Dairy Ltd. & Minor Cheese Ltd. พ.ศ. 2557 นักวิชาการสิ่งแวดล้อม Air Save Consultant Co., Ltd. พ.ศ. 2556 นักวิชาการสิ่งแวดล้อม United Analyst and Engineering Consultant Co., Ltd.
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2561 กษ.บ. (การจัดการป่าไม้ และสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2555 วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยนเรศวร