



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร



วิชา จันทรกระจ่าง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร"
ของ วัชรวิภา จันทน์กระจำจาง
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.นิภา มหาราชพงศ์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนาช กนกเทศ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | |
|-----------------|--|
| ชื่อเรื่อง | ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร |
| ผู้วิจัย | วัชรรา จันทร์กระจ่าง |
| สถานที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ |
| ประเภทสารนิพนธ์ | วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565 |
| คำสำคัญ | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, โรคความดันโลหิตสูง |

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมีค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 286 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจในการทำนายด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.3 และปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข ($\beta = 0.408, p < 0.001$) รองลงมาคือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = 0.217, p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.203, p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($\beta = -0.140, p < 0.001$) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล ($\beta = 0.168, p < 0.001$) เพศ ($\beta = 0.094, p = 0.006$) และอาชีพ ($\beta = -0.072, p = 0.041$) ตามลำดับ โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 69.6

| | |
|-----------------------|--|
| Title | FACTORS INFLUENCING HEALTH LITERACY AMONG PEOPLE AT RISK GROUP OF HYPERTENSION IN ONE DISTRICT OF PHICHIT PROVINCE |
| Author | Watchara Chankrachang |
| Advisor | Assistant Professor Thanach Kanokthet, Ph.D. |
| Academic Paper | M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2022 |
| Keywords | Health Literacy, Risk group of Hypertension, Hypertension |

ABSTRACT

The purposes of this predictive research were to study 1) to study health literacy among people at risk of hypertension; 2) to study factors influencing health literacy among people at risk of hypertension. The sample consisted of people aged 35 years and over, both male and female Passed the risk screening for high blood pressure. and is a risk group with systolic blood pressure ranging from 120-139 mm of mercury and/or systolic blood pressure ranging from 80-89 mmHg, 286 people. The tool used to collect data is a questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation. Analyzing predictive power with stepwise multiple regression statistics.

The results of the study revealed that the sample had a good level of health literacy at 42.3%, and the factors that had the power to predict health literacy in people at risk of hypertension were: social support from the health care system ($\beta = 0.408$, $p < 0.001$), followed by social support from friends ($\beta = 0.217$, $p < 0.001$), family social support ($\beta = 0.203$, $p < 0.001$), personal motivation ($\beta = -0.140$, $p < 0.001$), marital status ($\beta = 0.168$, $p < 0.001$) intrinsic motivation ($\beta = 0.112$, $p = 0.010$), gender ($\beta = 0.094$, $p = 0.006$) and occupation ($\beta = -0.072$, $p = 0.041$), respectively, being able to forecast 69.6 percent.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาใช้เวลาให้คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์และมีค่ายิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์เพื่อทำให้นื่องานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ นายเกรียงกมล เหมือนกรุด และนายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธาณสุข อาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอเป้าหมาย ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เป็นพื้นที่สำหรับศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้ และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อในพื้นที่ยุทธศาสตร์สุขภาพที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณบิดา มารดา สมาชิกในครอบครัวที่เป็นแรงผลักดันให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนประสบความสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนในการช่วยเหลือ แนะนำและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

วัชรวิภา จันทร์กระจ่าง

สารบัญ

หน้า

| | |
|--|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ก |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ข |
| ประกาศคุณูปการ | ค |
| สารบัญ | ง |
| สารบัญตาราง | ฉ |
| สารบัญภาพ | ช |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 5 |
| สมมติฐานของการวิจัย | 5 |
| ขอบเขตของงานวิจัย | 5 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 6 |
| ประโยชน์ของการวิจัย | 8 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 9 |
| โรคความดันโลหิตสูง | 10 |
| แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย | 17 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 33 |
| กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย | 35 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 36 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 36 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 39 |

| | |
|--|-----|
| การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | 44 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 45 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 46 |
| การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง | 46 |
| | |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย | 47 |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล | 47 |
| ส่วนที่ 2 แรงจูงใจภายในตัวบุคคล..... | 49 |
| ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว | 51 |
| ส่วนที่ 4 ข้อมูลการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 53 |
| ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพความเข้าใจ ข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความ เข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การบอก ต่อข้อมูลด้านสุขภาพ..... | 57 |
| ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูง ด้วยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise Multiple Regression) | 62 |
| | |
| บทที่ 5 บทสรุป | 65 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 65 |
| อภิปรายผลการวิจัย | 68 |
| ข้อเสนอแนะ | 75 |
| | |
| บรรณานุกรม | 76 |
| | |
| ภาคผนวก..... | 84 |
| | |
| ประวัติผู้วิจัย | 101 |

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|----|
| ตาราง 1 แสดงความดันโลหิตในระดับต่างๆในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป | 10 |
| ตาราง 2 แสดงการแบ่งระดับความดันโลหิตสูง(มม.ปรอท) จำแนกตามความแรงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป | 11 |
| ตาราง 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 38 |
| ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 286) | 47 |
| ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคล (n = 286)..... | 49 |
| ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคล จำแนกตามรายชื่อ (n = 286) | 50 |
| ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับด้านครอบครัว (n = 286)..... | 51 |
| ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ (n = 286) | 51 |
| ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 286) | 53 |
| ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามรายชื่อ (n = 286) | 54 |
| ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 286) | 57 |

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ต่อความรอบรู้ด้าน
 สุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่
 เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้าน
 สุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ
 จำแนกตามรายข้อ (n = 286)58

ตาราง 13 แสดงร้อยละ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต
 สูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร (n=286)..... 61

ตาราง 14 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค
 ความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น
 พหุคูณแบบขั้นตอน (n = 286) 63



สารบัญภาพ

หน้า

| | |
|--|----|
| ภาพ 1 แสดงโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) | |
| | 22 |
| ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิด Health Literacy ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข | 23 |
| ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย | 35 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็น 1 ในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง จะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลก สูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,000 ล้านคน ทั่วโลก ซึ่ง 2 ใน 3 จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ(International Society of Hypertension) จึงได้ให้ความสำคัญในการเพิ่มการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างความตระหนักต่อสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และช่วยให้บรรลุ 9 เป้าหมายขององค์การสหประชาชาติ ที่ว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

ในประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปีพ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงใน

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) และมีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกือบ 80,000 ล้านบาท ต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (วิชัย เอกพลากร, 2557)

จังหวัดพิจิตร พบว่า อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 5.67 เป็น 8.12 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปี (2557-2561) ดังนี้ 1,623.28, 1,834.76, 1,799.69, 1,677.33, 1,505.35, ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2562) อำเภอแห่งหนึ่งซึ่งเป็นอำเภอเป้าหมายของจังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 11 ตำบล มีสถานบริการสาธารณสุขให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคเบื้องต้น โดยดำเนินการให้บริการสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเป้าหมาย อย่างต่อเนื่องทุกปีตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ส่งต่อการรักษาในระยะเริ่มแรก และค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งหมด จากการคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี 2557-2561 ที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 15,154, 16,303 17,537, 18,600 และ 18,140 ราย ตามลำดับ พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6,424, 6,303, 4,853, 4,898 และ 5,259 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 42.39, 38.66, 27.67, 26.33 และ 28.99 ของประชาชนที่ได้รับการคัดกรองในแต่ละปี และพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปี (2557-2561) ดังนี้ 2,053.98, 1,621.98, 1,405.39, 1,726.89, 1,471.28, ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่มีผู้ป่วยรายใหม่นั้นมีอัตราผู้ป่วยเกิดขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง (ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2561) ซึ่งหากไม่เร่งดำเนินการ ก็จะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงจะเป็นโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ปัญหาเหล่านี้สาเหตุหนึ่งมาจากประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การไม่สามารถดูแลด้านสุขภาพพื้นฐานของตนเองขาดการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น (ธัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2559) และจากรายงานผลสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 (วิมล โรมา และคณะ, 2562) พบว่าคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ที่ร้อยละ 65 (88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม

136 คะแนน) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.09 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุดพบในประชาชนช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมา คือ ช่วงอายุ 46-59 ปี ส่วนด้านการศึกษาจะพบผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุดรองลงมา คือ ประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาตามลำดับ ด้านรายได้พบว่า ผู้ที่มีรายได้ชัดเจน และพอใช้บางเดือนจะมีระดับความรอบรู้สุขภาพต่ำ และผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งใดเลย รองลงมาได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงตามสาย/หอกระจายเสียงตามลำดับ ซึ่งจากรายงานการสำรวจดังกล่าวได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย อายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และการมีปัญหาทางการได้ยิน เขตสุขภาพที่ 3 พบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 88.48 คะแนน มีประชาชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.32 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาด้านความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพ และต่อระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ไม่ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมถึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการรักษาพยาบาล ขาดความสามารถในการวิเคราะห์ผลดีผลเสีย ประสบความยากลำบากในการตัดสินใจ เกี่ยวกับทางเลือกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และขาดทักษะในการเลือกรับสื่อ รวมถึงการประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ในสังคม ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว ตลอดจนภาระที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งนี้ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข จึงได้มีการกำหนดความรู้และการสื่อสารสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และได้มีการกำหนดเป้าหมายระยะ 5 ปี ประกอบด้วย ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ สังคมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข, 2561) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้ระบุสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมให้ทุกคนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม สิทธิในการได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องอย่างเพียงพอและทันสถานการณ์ และการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย เพื่อลดการพึ่งพิงบริการไว้ โดยกรมอนามัยได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และได้มีการจัดตั้ง “สำนักงานโครงการขับเคลื่อน กรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.)” ขึ้นเพื่อรองรับการดำเนินงานนโยบายในเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข) Health Literacy มีการใช้คำที่แตกต่างกันออกไป เช่น ความแตกฉาน ด้านสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยงานวิจัยฉบับนี้ จะใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากมีการกำหนดขึ้นโดยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) นักวิชาการด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายท่าน ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบ V shape model ไว้ 6 ด้าน คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

และจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและกำกวม ($p < .01$) (นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และขวัญเมืองแก้วดำเกิง, 2557) ผลการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูง อายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ในระดับปานกลาง ($r = .46, p < .01$) และผลการศึกษาของหทัยกานต์ ห่องกระจก และนฤมล ปทุมรักษ์ (2559) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีสามารถ ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ ($\beta = .31, p < .01$) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดำเนินชีวิตของประชากรโลกต้องประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพตนเองจากการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว กว้างขวาง และต่อเนื่องทั้ง

โรคติดต่อ เช่นโรคเอดส์ โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยและตายเพิ่มขึ้น ทำให้ประเทศต้องสูญเสียประโยชน์เชิงเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (ฉัญชนก ชุมทอง, 2559)

ดังนั้น จากการศึกษาสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะทางปัญญาและสังคมให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แรงจูงใจภายในตัวบุคคล ทักษะการรู้หนังสือ ความสามารถแห่งตน มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร
2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่จริงในอำเภอเป้าหมายแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร โดยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมีค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการคัดกรองเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ทักษะการรู้หนังสือ แรงจูงใจภายในตัวบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ, การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ, การตัดสินใจด้านสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลจากช่องทางการเผยแพร่ต่างๆได้ จนสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริง ข้อมูลที่เป็นจริงบางส่วนหรือข้อมูลที่ลวงได้ และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลที่เป็นจริงสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองไปประกอบการตัดสินใจวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้ให้บริการจนสำเร็จผลดังตั้งใจ และสามารถบอกเล่าความสำเร็จให้ผู้อื่นได้ โดยปรับและอ้างอิงจากแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร ได้แก่ การปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. การเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการลด ละ เลิกบุหรี่สุรา

การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

การตัดสินใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตาม เป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้องทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดพิจิตร

การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเผยแพร่ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความรู้ หรือการจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งสามารถเสนอ ทางเลือกด้านสุขภาพให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้ และการเป็นแบบอย่างให้กับประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดพิจิตร

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอเป้าหมายแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจาก บุคลากรสาธารณสุข และมีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมีค่า ความดันโลหิตตัวล่าง ตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท

แรงจูงใจภายในตัวบุคคล หมายถึง แรงขับที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ความอิสระ ในการกำหนดตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางที่ดี ซึ่งแรงจูงใจภายในตัวบุคคล ส่งผลให้เกิดการกระทำของบุคคล จากความพึงพอใจของตนเองใน การเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ไม่ได้เกิดจากการบังคับ และไม่ต้องการสิ่งรางวัลใดๆ ทำให้เกิด ความคงทนของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เช่นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน ความตั้งใจในการดูแล ตนเอง และความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อในความสามารถของตนที่พิจารณา จากความรู้สึกรู้สึก ความคิด การจูงใจและพฤติกรรม การเข้าใจความสามารถของตนเอง ว่าปฏิบัติได้ หรือปฏิบัติไม่ได้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการลดพฤติกรรมเสี่ยง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดพิจิตร ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และรวมไปถึงระบบบริการสาธารณสุข

ประโยชน์ของการวิจัย

ระดับปฏิบัติการ หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์พัฒนาการดูแลสุขภาพและการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมต่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

ระดับวิชาการ หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาในการทำวิจัยประเภทกึ่งทดลอง เพื่อกำหนดเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

ระดับนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบาย การดำเนินงานการกำหนดกลวิธีและรูปแบบที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการป้องกันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยตัวแปรต้น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส แรงจูงใจภายในตัวบุคคล ทักษะการรู้หนังสือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ, การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ, การตัดสินใจด้านสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเป็นลำดับ ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง

- 1.1 นิยามโรคความดันโลหิตสูง
- 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
- 1.3 แนวทางป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไป

2. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

- 2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.1.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.1.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.1.3 เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ
 - 2.1.4 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูง

1. นิยามโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง ค่าของระดับแรงดันเลือดที่กระทำต่อผนังของหลอดเลือดแดง ค่าของระดับความดันโลหิตต่อผนังหลอดเลือดแดงทั้งในขณะที่หัวใจบีบตัวจากห้องล่างซ้ายเพื่อให้เลือดได้ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และในขณะที่หัวใจมีการคลายตัวเพื่อรองรับเลือดที่ไหลกลับคืนจากทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงสามารถอ่านเป็น 2 ค่า คือ ค่าความดันตัวบนหรือค่าขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Pressure) และค่าความดันตัวล่าง หรือค่าขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Pressure) (เรณู ชุมคช, 2554 อ้างถึงใน กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2562)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (ธาริณี โหมขุนทด, 2551)

ดังนั้น ภาวะของความดันโลหิตสูง จึงควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง และทันเวลา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งการแบ่งระดับของความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้หลากหลายแนวคิด ดังนี้

1. Joint Nation Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure ZJNC-7) (ธาริณี โหมขุนทด, 2551) กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความดันโลหิต ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงความดันโลหิตในระดับต่างๆในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

| ระดับ | ระดับความดันโลหิตค่าบน (มิลลิเมตรปรอท) | ระดับความดันโลหิตค่าล่าง (มิลลิเมตรปรอท) |
|----------------------|---|---|
| Normal | <120 | และ <80 |
| Pre hypertension | 120-139 | หรือ 80-89 |
| Stage 1 hypertension | 140-159 | หรือ 90-99 |
| Stage 2 hypertension | >160 | หรือ >100 |

ที่มา: Chobanian et al., 2003

2. จำแนกโดยอาศัยข้อมูลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถจำแนกความรุนแรงของ ความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ เป็น 3 ระดับ คือ

ความรุนแรงระดับ 1 เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะเป้าหมาย คือ หัวใจ สมอง ตา ไต เป็นต้น

ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. หัวใจห้องล่างซ้ายโต โดยการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ทรวงอก หรือผลการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2. หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบแคบทั่วๆไปหรือบางส่วน

3. อัลบูมินในปัสสาวะหรือครีเอตินิน ในเลือดสูงผิดปกติ

ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการ และสิ่งตรวจพบบ่งบอกว่ามีสมรรถภาพของอวัยวะ เป้าหมายเสื่อมเป็นผลสืบเนื่องจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. ภาวะหัวใจวาย

2. อัมพาตจากเลือดออกในเนื้อสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว หรือมีภาวะ สมองบวม (hypertensive encephalopathy)

3. เรตินามีเลือดออกโดยอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม (pupil edema)

4. ไตมีการเสื่อมสมรรถภาพตรวจพบครีเอตินินมากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

5. มีการฉีกของกล้ามเนื้อเรียบภายในหลอดเลือดที่โป่งพอง (dissecting aneurysm) หรือมีอาการของโรคหลอดเลือดอุดตัน

3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้แบ่งระดับของความดันโลหิตสูง ดังนี้

ตาราง 2 แสดงการแบ่งระดับความดันโลหิตสูง(มม.ปรอท) จำแนกตามความแรงใน ผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใน เวชปฏิบัติทั่วไป

| Category | Systolic blood pressure | Diastolic blood pressure |
|-------------|-------------------------|--------------------------|
| Optimal | <120 | และ <80 |
| Normal | 120-129 | และ/หรือ 80-84 |
| High normal | 130-139 | และ/หรือ 85-89 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| Category | Systolic blood pressure | Diastolic blood pressure | |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------|
| Grade 1 hypertension (mild) | 140-159 | และ/หรือ | 90-99 |
| Grade 2 hypertension (moderate) | 160-179 | และ/หรือ | 100-109 |
| Grade 3 hypertension (severe) | > 180 | และ/หรือ | > 110 |
| Isolated Systolic hypertension | > 140 | และ | > 90 |

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

เมื่อความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตัวบนและตัวล่างอยู่ต่างระดับกัน ให้ถือว่าระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ แต่สำหรับ Isolated Systolic hypertension ได้แบ่งระดับความรุนแรงโดยพิจารณาจากค่าความดันโลหิต systolic ระดับเป้าหมายของการลดระดับความดันโลหิต ทั้งค่าความดันตัวบนและค่าความดันตัวล่าง ควรลดความดันโลหิตลงมาต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การจำแนกชนิดของภาวะความดันโลหิตสูง

1. จำแนกตามสาเหตุสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดนี้มาจากปัจจัยหลายประการของตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ เป็นต้น

1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะของโรคไต และความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อไทรอยด์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ หรือความผิดปกติของระบบประสาท หรือการได้รับยาบางชนิด ความเครียดอย่างเฉียบพลัน เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำจำกัดความของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre hypertension) คือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกหรือค่าความดันตัวบน ตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกหรือค่าความดันตัวล่าง ตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท

2. ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตาม WHO-ISH (วาสนา มากผาสุข และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2551) คือ

2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ มากกว่าร้อยละ 90 ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มีปัจจัยเสริมทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ อาหารรสเค็มจัด ความอ้วน ความเครียด และการสูบบุหรี่

2.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ มีน้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีสาเหตุมาจากสิ่งต่างๆ ได้แก่ ภาวะความผิดปกติของไต ฮอร์โมน

นอกจากนั้น ความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกชนิด ได้หลายชนิด ดังนี้ (วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรัตนกุล และชลิดา โสภิตภักดีพงษ์, 2554 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552, น. 214-215)

1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension or essential hypertension or hypertension) เป็นชนิดของความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยสาเหตุร่วมกันมากกว่า 1 สาเหตุแต่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะพบมากในคนที่มีความอายุในช่วง 25-55 ปี โดยจะมีค่าความดันสูงทั้งตัวบนและตัวล่าง

2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) เป็นชนิดของความดันโลหิตสูงที่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจน ซึ่งสาเหตุหลักๆที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ใช้ยาบางชนิด หญิงตั้งครรภ์ ภาวะความเครียด ซึ่งหากสามารถหาสาเหตุได้อย่างชัดเจนจะสามารถดำเนินการรักษาได้อย่างถูกต้อง

3. White coat hypertension เป็นความดันโลหิตสูงที่พบในบุคคลที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่จะมีค่าความดันที่สูงกว่าปกติเมื่อต้องมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจำเป็นที่ต้องแยกผู้ที่มีภาวะนี้ออกจากกลุ่มของผู้ป่วยชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อการบำบัดที่ถูกต้องต่อไป

4. ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก

ในชนิดที่มีค่าความดันสูงเฉพาะค่าความดันตัวบนหรือค่าความดันซิสโตลิก แต่ค่าความดันไดแอสโตลิกยังปกติที่ค่าต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เชื่อว่าเกิดจากการมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้น หรือจากการที่ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดที่น้อยลง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

5. ความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง เป็นความดันโลหิตสูงที่มีความดันตัวล่างมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลา เป็นผลทำให้เกิดการทำลายอวัยวะภายในร่างกายจนสูญเสียสมดุหลหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสรุปชนิดของโรคความดันโลหิตสูงคือ

1. ความดันโลหิตชนิดปฐมภูมิ หรือชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) ซึ่งเป็นชนิดที่พบในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และเป็นชนิดที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน อาจมีการเกิดจากปัจจัยร่วมต่างๆหลายปัจจัย

2. ความดันโลหิตชนิดทุติยภูมิ หรือชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) ซึ่งเป็นชนิดที่พบในผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคมักเกิดจากความผิดปกติของร่างกายเป็นสาเหตุที่ชัดเจน

อย่างไรก็ตามโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มักจะไม่มีอาการแสดงภายนอก แต่กลับมีการทำลายอวัยวะต่างๆจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ชนิกานต์ สมจารี (2550) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นปัจจัยที่มากจากตัวบุคคล ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมให้เป็นไปได้ ซึ่งจะประกอบ ด้วย

1.1 ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ เมื่อมีบิดา หรือมารดาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สูงกว่าผู้ที่ไม่มีบิดา หรือมารดาป่วยด้วยโรคนี้

1.2 ปัจจัยด้านอายุ พบว่า ค่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

1.3 ปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่มากกว่าผู้หญิงในกรณีที่อายุยังไม่เกิน 65 ปี

1.4 ปัจจัยด้านเชื้อชาติ พบว่า ผู้มีผิวดำจะมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่มากกว่าผิวขาว

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มาจากพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ อันได้แก่

1. น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งประเมินได้จากค่า BMI โดยพบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน คือในช่วง BMI มากกว่า 25 ขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้มากกว่ากว่าคนที่ BMI ปกติถึง 2 เท่า

2. การรับประทานอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็มจัด มีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่สามารถระบุกลไกการเกิดที่ชัดเจนได้

3. การขาดการออกกำลังกาย พบว่า ผลจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือดทำให้หัวใจต้องมีการบีบตัวที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้เลือดสามารถไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเป็นปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตที่สูงมากมา เมื่อมีการออกกำลังกายร่างกายจะมีการใช้พลังงานที่สะสมในรูปของไขมันมากขึ้น ลดการสะสมของไขมันส่วนเกินตามร่างกายและไขมันที่อยู่ในหลอดเลือดได้ ซึ่งการออกกำลังกายที่จะได้ผลดีต้องเป็นการออกกำลังกายที่มีทั้งความต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนให้กับร่างกาย

4. การดื่มสุรา มีผลต่อค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้น ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพราะเมื่อมีการดื่มสุราเข้าร่างกายจะมีการกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งสารในเลือดที่จะทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดหดตัว เลือดที่ไหลออกจากหัวใจก็เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อค่าความดันตามมา

5. การสูบบุหรี่ มีผลต่อค่าความดันโลหิต เพราะสารที่อยู่ในบุหรี่ ได้แก่ นิโคติน มีผลทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ค่าความดันโลหิตจึงสูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่มีผลที่ชัดเจน

6. ภาวะความเครียด มีผลต่อระบบประสาท ทำให้เกิดการบีบตัวของหลอดเลือดแดง เป็นผลให้ความดันสูงขึ้น หากไม่มีการจัดการความเครียด อาจส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้

สมบัติ แก้วจันทร์ฉาย (2551) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. อายุ มีผลต่อปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งในเพศชายและเพศหญิง
2. ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรง พบว่า มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีผลต่อเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชาย (อนงค์นาฏ เสียมใหม่, 2553) ศึกษาการทำนายระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า

1. อายุ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิตสูงค่าบนของผู้ป่วย
2. อายุและพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันเลือด

3. แคลอรีที่ถูกลดลงจากการออกกำลังกายและการใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันเลือด

Tshering (2010) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในพระภิกษุ ประเทศภูฏาน พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย

จากปัจจัยที่สาเหตุของโรคความดันโลหิตในส่วนที่ควบคุมได้นี้ ทำให้สามารถที่จะบอกแนวทางในการป้องกันโรคได้ โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าวคือ หากมีการป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ก็จะสามารถลดการเกิดโรคได้

กล่าวต่อถึงแนวทางในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

3. แนวทางป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป

การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

1. การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ควรหมั่นตรวจคัดกรองโรคด้วยการวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น ควรปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อการป้องกันโรค ดังนี้

1.1 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ให้น้ำหนักเกินหรืออ้วนลงพุง

1.2 งดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่จากคนใกล้ชิดและจากสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่

1.3 จำกัดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัดหวานจัด และอาหารที่มีไขมันสูง

1.4 อาหารที่ควรระมัดระวังในการกินและไม่ควรปรุงรสก่อนชิม ได้แก่

1. อาหารที่ใจทำให้เค็ม อาหารดองรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ปูเค็ม ผักดองเค็ม อาหารหมัก เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ กะปิ

2. อาหารปรุงรสให้เค็ม เช่น ซุปก้อน ซุปผงปรุงรสต่างๆที่มีเกลือและผงชูรส ผริกกับเกลือจิ้มผลไม้ หรือเกลือโรยในผลไม้ เติมเกลือในอาหาร เช่นน้ำกะทิ ก๋วยเตี๋ยว ซอส ซ้ำวโปดต้ม เป็นต้น

3. อาหารที่มีรสเค็มโดยคิดไม่ถึง เช่น ขนมปัง ซาลาเปา ผงฟู ขนมเค้ก กะทิ ทั้งในอาหารคาวและหวาน ขนมหวานไทย ๆ ทั่วไปจะมีเกลือเป็นส่วนผสม

1.5 ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 30 นาที

1.6 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เหลือในปริมาณที่ น้อยที่สุด ผู้ชายไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 แก้ว (เท่ากับเบียร์ 2 กระป๋อง ปริมาณ 660 มิลลิลิตร) และผู้หญิงไม่ควรดื่มเกินวันละ 1 แก้ว (เท่ากับเบียร์ 1 กระป๋อง ปริมาณ 330 มิลลิลิตร)

1.7 รับประทานผักและผลไม้สดให้หลากหลายในปริมาณที่มากพอเพียงพอต่อ การป้องกันโรค

1.8 กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ และควร รับประทานชนิดของอาหารให้หลากหลายในปริมาณที่เหมาะสม โดยพยายามกินให้ครบทั้ง 5 หมู่

1.9 ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัยเพื่อให้ร่างกายได้รับแคลเซียมในปริมาณที่เหมาะสม และควรเป็นนมที่ขาดมันเนย

1.10 กินเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง จาพวก ถั่วเมล็ด ดแห้งและน้ำเต้าหู้เป็นประจำ

1.11 หลีกเลียงจากภาวะเครียด ผักตนเองให้มีการผ่อนคลาย และควรจัดทักษะ การจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันให้ได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกใน เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso, 2009) และเริ่ม แพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้ คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกัน พัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำ ว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน (Smith, Edwards, Robinson & Dworkin, 2004)

ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2552 มีบทความวิจัยและรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ (adult) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (elder) กลุ่มเด็ก (child/ children) และกลุ่มวัยรุ่น (adolescent) ตามลำดับ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2552) รวมทั้ง มีการนำเสนอกรอบแนวคิดจากนักวิจัยและ

นักการศึกษาที่หลากหลาย กระนั้นก็ตาม ยังมีการอธิบายความหมายในมุมมองที่ต่างกันอย่าง อยู่บ้างตามประสบการณ์และทัศนะของนักวิชาการค่านิยมและความหมาย

1.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ค่านิยมที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1. องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางการ รับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

ความฉลาดทางสุขภาพ จึงเป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผล การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา แสดงว่า คนที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (limited health literacy) หรือมีสภาวะที่ยังไม่ฉลาดเพียงพอ เช่น การอ่านฉลากยาไม่ออกการอ่านใบนัด แพทย์ไม่เข้าใจการปฏิบัติตัวตามแพทย์สั่งไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และหากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวมองค์การอนามัยโลก เห็นถึงความสำคัญในเรื่องนี้จึงประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนา ให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น (World Health Organization, 2009)

2. คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของ อเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs & American Medical Association AD Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs (1999, p. 553) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถ พื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ”

3. สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยาม Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ”

4. โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People 2010) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

5. สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (Institute of Medicine, 2004) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการ ได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

6. ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้ 1) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ปี ค.ศ.2000) 2) “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต”(ปี ค.ศ.2008) และ 3) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (ปี ค.ศ.2009)

7. ซาร์คาโดลาส พลีเซนต์ และเกียร์ (Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2005, pp. 96-97) นิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสาร สาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

8. คิกบุชช และแม็ก (Kickbusch & Maag, n.d. อ้างถึงใน Pleasant & Kuruvilla, 2008) นิยามว่า “ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน และมี ความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง”

9. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (Manganello, 2008; Nutbeam, 2000)

โดยสรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลจากช่องทางการเผยแพร่ต่างๆได้ จนสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริง ข้อมูลที่เป็นจริงบางส่วนหรือข้อมูลที่ลวงได้ และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลที่เป็นจริงสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองไปประกอบการตัดสินใจ วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้ให้บริการจนสำเร็จผลดังตั้งใจ และสามารถบอกเล่าความสำเร็จให้ผู้อื่นได้

1.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

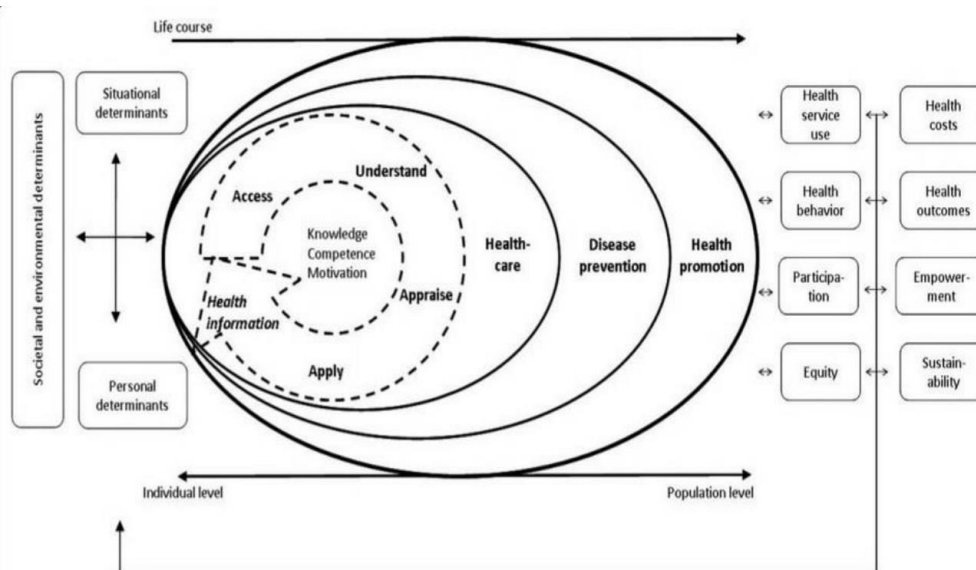
จากบทความวิจัยเรื่อง “Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century” ของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) เสนอหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล ความสามารถในการค้นหาและการรับรู้ข้อมูลสารสนเทศ 2) ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการทำความเข้าใจและอธิบายข้อมูลสารสนเทศนั้นได้ถูกต้อง 3) ทักษะการสื่อสาร ความสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด การอ่าน เขียน เพื่อให้บุคคลอื่นเข้าใจ 4) การจัดการตนเอง ความสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 5) การรู้เท่าทันสื่อ ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอได้ 6) ทักษะการตัดสินใจ ความสามารถในการกำหนดทางเลือก ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกโดยแนวคิดนี้ จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/Functional literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง พูด อ่านและเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจเนื้อหา และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการใช้ทักษะด้านการอ่านและเขียนให้เกิดความเข้าใจสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent form) ฉลากยา (Medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์พยาบาล เกสซ์กร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communication/ interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน ในการใช้ความรู้ การสื่อสาร และการมี พุทธิปัญญาหรือรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) เพื่อให้ สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รู้จักเลือกใช้อำนาจข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่ แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มพูนทักษะและ ความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น เป็นการใช้สมรรถนะในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ ประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อสามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ ควบคุม จัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณจะเน้น การกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) ร่วมกับการผลักดันสังคมไปพร้อมกัน

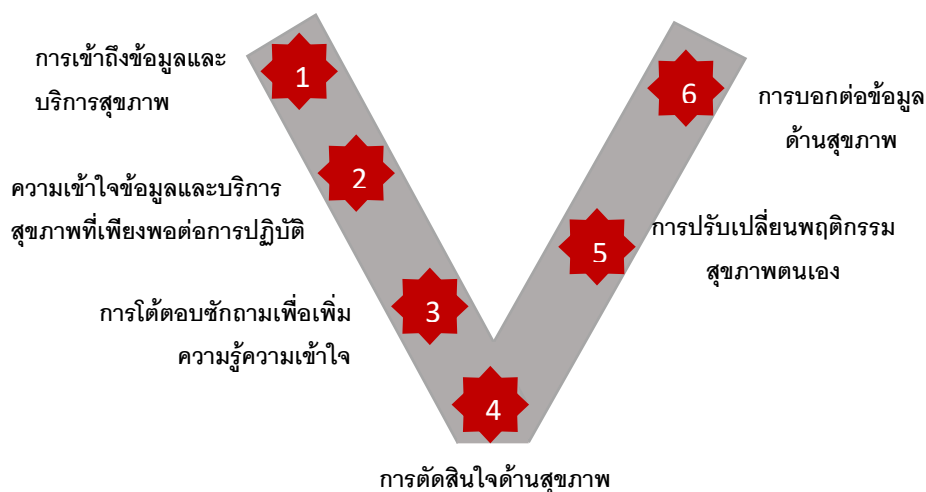
แนวคิดของ Sorensen et al. (2013) ซึ่งเป็นโมเดลที่มีการผสมผสาน องค์ประกอบทั้งทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจากโมเดลของ Nutbeam (2000) และโมเดลของ Manganello (2008) ซึ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นอยู่ใน มิติของทักษะทางปัญญาในด้านความรอบรู้ทางการแพทย์ (Medical health literacy) เป็นพื้นฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพทางสาธารณสุข (Public health literacy) ที่ถูกพัฒนาขึ้น มาจาก แนวคิดทฤษฎีทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion theory and model) โดยชี้ให้เห็น ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น เป็นพลวัตและเป็นกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและการนำ ข้อมูลสุขภาพไปใช้ (The process of accessing, understanding, appraising and applying health-related information) ที่เริ่มต้นจาก 1) การเข้าถึง (Access) หมายถึง ความสามารถในการ ค้นหาและรับข้อมูลสารสนเทศ 2) การเข้าใจ (Understand) หมายถึง ความสามารถในการทำ ความเข้าใจและอธิบายข้อมูลสารสนเทศนั้นได้ถูกต้อง 3) การประเมิน (Appraise) หมายถึง ความสามารถในการตีความ กลั่นกรอง ตัดสินข้อมูลที่รับมา และ 4) การนำข้อมูลสารสนเทศ ด้านสุขภาพไปใช้ (Apply) ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy)

ที่มา: Sorensen et al., 2013 อ้างถึงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560

จากกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยของกรมอนามัย ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Nutbeam (2000) และ Sorensen et al. (2013) โดยแบ่งมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 มิติ (V shape) ได้แก่ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ เชื่อมโยงกับ 4 ระบบที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงประยุกต์จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 6 ด้าน (V shape) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิด Health Literacy ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560

นอกจากนี้กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย โมเดล V shape 6 องค์ประกอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) มาพัฒนาในการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการดำเนินงานการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกกลุ่มวัยและทุกมิติของการดำเนินงานด้านสุขภาพนั้น จำแนกองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร ได้แก่ การปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. การเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการลด ละ เลิกบุหรี่สุรา

3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพ

5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

6. การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเผยแพร่ประสบการณ์ ข้อมูลความรู้ หรือการจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งสามารถเสนอทางเลือกด้านสุขภาพให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้ และการเป็นแบบอย่างให้กับประชาชน

1.3 เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ

การวัดความฉลาดทางสุขภาพ เป็นการวัดเพื่อที่จะให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดจากการรับรู้ เข้าใจต่อข้อมูลสุขภาพของประชาชน ข้อจำกัด อุปสรรค รวมถึงการสื่อสารและช่องว่างจากการให้สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์โดยแบบประเมินที่ถูกพัฒนาเพื่อวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ มีการศึกษาและพัฒนาไว้จากต่างประเทศ (Wallace, 2010) มีดังนี้

1. แบบทดสอบการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM) พัฒนาขึ้นโดยเดวิส และคณะ (Davis et al., 1993) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อวัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้สุขภาพ และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ โดยประเมินการอ่านศัพท์หรือคำศัพท์พื้นฐานทาง การแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจะจำได้ ช่วยจำแนกผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการอ่าน นำมาประเมินและ ปรับปรุงสื่อหรือคำแนะนำให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยแบบประเมิน REALM นี้จะประกอบไปด้วย คำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย จำนวน 125 คำ วางเรียงต่อกันเป็น 4 คอลัมน์ ทดสอบโดยการให้ผู้ป่วย อ่านออกเสียงดัง ๆ ให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 3-5 นาที

2. แบบทดสอบการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: S-REALM)

พัฒนาขึ้นโดยเดวิส และคณะ (Davis et al., 1993) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมิน การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วแบบสั้น ลักษณะและวิธีใช้เครื่องมือคล้ายกับ REALM ต่างกันที่จำนวนคำศัพท์จะลดลงเหลือ 66 คำ วางเรียงต่อกัน 3 คอลัมน์ จะใช้เวลาในการทดสอบ ประมาณ 1-2 นาที

3. แบบทดสอบความฉลาดทางด้านสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย ปาร์คเกอร์และคณะ (Parker, Baker, Williams & Nurss, 1995) เพื่อใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลข โดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์ ที่มีอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพ เช่น สมุดประจำตัว ใบนัด ฉลากยา เป็นต้น โดยแบบทดสอบจะแบ่ง ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จะเป็นแบบทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยหรือหน้าที่รับผิดชอบ ทดสอบโดยการอ่านเป็นความเรียงร้อยแก้ว โดยเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัวเลือก ใส่ในช่องว่างของประโยค รวม 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที และในส่วนที่ 2 เป็นส่วนของการทดสอบ ด้านตัวเลข ประกอบไปด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับ ฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมายและ ความช่วยเหลือทางการเงินที่ได้รับ มีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีรวมเวลาที่ใช้ในการทดสอบทั้ง 2 ส่วน ประมาณ 22 นาที แบบทดสอบนี้จะสามารถจำแนกความฉลาดทางสุขภาพโดย การจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีค่าคะแนน 0-59 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอหรือระดับต่ำ (Inadequate health literacy) ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 60-74คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพก้ำกึ่งหรือปานกลาง (Marginal health literacy) และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 75-100 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอหรือสูง (Adequate health literacy)

4. แบบทดสอบความฉลาดทางด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHLA) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยปรับแบบทดสอบ TOFHLA ให้มีข้อคำถามลดลงเพื่อใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วย ที่ประกอบด้วยความสามารถด้านการอ่านในสถานการณ์หรือสื่อต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องทางการแพทย์และระบบสุขภาพ โดยบาเกอร์ และคณะ (Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss, 1999) เนื่องจากแบบวัด TOFHLA มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการทดสอบที่ใช้เวลาค่อนข้างนาน องค์ประกอบของ S-TOFHLA มีจำนวน 2 องค์ประกอบ คือ ความเข้าใจในการ อ่านและการคำนวณ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ สำหรับความ

เข้าใจในการอ่านและการคำนวณ 4 ข้อ ใช้เวลาในการทดสอบน้อยกว่า 10 นาทีโดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 0–100 คะแนน และมีการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยมีการจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 0–53 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีทักษะไม่พอเพียงหรือระดับต่ำ (Inadequate health literacy) ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 54–66 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีทักษะก้ำกึ่ง (Marginal health literacy) และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 67–100 คะแนนกลุ่มที่มีทักษะเพียงพอหรือสูง (Adequate health literacy)

5. แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Numeracy Test: DNT) ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข พัฒนาขึ้นโดยฮุยซิงก์ และคณะ (Huizinga et al, 2008) มีข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านการรับประทานอาหาร 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 4 ข้อ ด้านการใช้ยารับประทาน 5 ข้อและด้านการใช้ยาฉีด 21 ข้อ ใช้เวลาในการทำ 30 นาที

6. แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบสั้น (Diabetes Numeracy Test: DNT) ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข พัฒนาขึ้นโดยฮุยซิงก์และคณะโดยลดจำนวนข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านการรับประทานอาหาร 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 1 ข้อ ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3 ข้อ และด้านการใช้ยา 8 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 10-15 นาที

7. แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Functional Communicative and Critical Health Literacy Scales: FCCHL) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาเพื่อใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008)

พัฒนาโดย อิชิคาวา และคณะ (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) และเผยแพร่เป็นบทความ “Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients” ในวารสาร Diabetes Care ฉบับที่ 5 ปีที่ 31 ค.ศ. 2008 โดยแบบสอบถามดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความสามารถของผู้ป่วยในการสกัด ทำความเข้าใจ และการใช้สารสนเทศที่มีอยู่ในระบบสุขภาพหรือโรงพยาบาลเพื่อการใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลและการจัดการกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน (Functional) จำนวน 5 ข้อ ระดับปฏิสัมพันธ์ (communicative) จำนวน 5 ข้อ และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical) จำนวน 4 ข้อ มีการให้คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน และคำนวณคะแนนตามองค์ประกอบโดยใช้ค่าเฉลี่ย

ของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ อย่างไรก็ตามเครื่องมือดังกล่าวไม่มีการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพไว้ชัดเจน (Ishikawa et al., 2008)

จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่าในประเทศไทยได้มีการสร้างเครื่องมือการประเมินความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานขั้นพื้นฐานโดยใช้แนวคิดจาก TOFHLA และ DNT 15 พัฒนาโดย ชลธิรา เรียงคำ (สมฤทัย เพชรประยูร, 2555) โดยปรับให้มีความเฉพาะกับผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย เป็นการวัดการอ่านและประเมินความเข้าใจโดยการอ่านร้อยแก้ว และวัดความสามารถด้านตัวเลข แบบ 4 ตัวเลือก ทั้งสิ้น จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้านการเข้ารับบริการตรวจรักษา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้จ่าย และด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และคณะที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1) พบว่า โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดยมี 4 องค์ประกอบจาก 6 องค์ประกอบที่มีความสำคัญสูง คือ 1) ทักษะด้านการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเที่ยงตรงสูง ($r=.86$) (นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดชา เกตุฉ่ำ, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2560) ทำการศึกษาเรื่องการสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสูราและสูบบุหรี่ โดยจากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและดัชนีวัดองค์ประกอบ พบว่า เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ซึ่งมีอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง .151-.847 ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคอยู่ระหว่าง .611- .912 (อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2560)

8. การประเมินระดับชาติเรื่องการเรียนรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) NAAL เป็นเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยประเมินจากความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอ่านตารางรถโดยสารหรือหนังสือพิมพ์บทบรรณาธิการ) รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม

ลักษณะและวิธีการใช้จำนวนข้อคำถามทางด้านความฉลาดทางสุขภาพมีทั้งสิ้น 28 ข้อจาก 152 ข้อ และกำหนดให้มีคะแนนตั้งแต่ 0-500 คะแนนเครื่องมือและการวัดความฉลาดทางสุขภาพมีการพัฒนาไปตามการให้คำนิยามและความหมาย รวมทั้งการกำหนดคุณลักษณะ

ที่ชัดเจนสามารถสะท้อนถึงความฉลาดทางสุขภาพและมีความเฉพาะเจาะจงมากพอที่สามารถวัดได้ ดังนั้น จึงยังคงต้องมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับ กลุ่มวัยต่างๆ ต่อไปในอนาคต

1.4 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

“ความรู้” มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรงและการเรียนรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพโดยศึกษาพัฒนาการ คำนิยามและความหมาย ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพชัดเจนขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยคุณลักษณะเหล่านี้ ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (intervention) และสร้างแนวทางพัฒนาในด้านต่างๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อลดข้อจำกัดหรือ อุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนา “ความรู้” ให้เกิดขึ้นซึ่งอาจจำแนกกลุ่ม เป้าหมายที่จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ทางสุขภาพได้ดังนี้

1. กลุ่ม ประชาชนที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่ บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้หรือพูดไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติรวมทั้งที่มีปัญหาในการใช้ภาษาหลักและภาษาท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เช่น คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติ คนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2. กลุ่มประชาชนที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำ (low-literacy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ข้อจำกัดและอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้มีน้อย แต่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการเรียนรู้ทำให้การดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดหลังล้มง่าย คนที่ไม่ชอบถาม คนขี้อาย คนพูดเสียงเบา คนที่บอกอะไรไม่ค่อยได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก คนที่ไม่ช่างสังเกต กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มตกหล่นไม่ครบถ้วน เป็นต้น

3. กลุ่ม ประชาชนทั่วไป (general populations)

ประชาชนกลุ่มนี้เป็นประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความสามารถและสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาทิ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด ระวังอารมณ์รุนแรงไม่ได้ เมื่อดื่มน้ำหรือกินอาหารตามใจปาก เพี้ยวหญิงขายบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรค ฯลฯ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups)

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่ง ในระบบสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ บุคคลกลุ่มนี้ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียนครูสุขศึกษา รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุข ด้านต่างๆ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ อาทิ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะอ่านคำแนะนำ ที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจคำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย ฯลฯ

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้จำแนกองค์ประกอบ 6 ด้าน (V-shape) ซึ่งประกอบด้วย

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร ได้แก่ การปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. การเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการลด ละ เลิกบุหรี่สุรา

3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หลีกเลียงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลียง พร้อมแสดงการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องทางสุขภาพ

5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

6. การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเผยแพร่ประสบการณ์ ข้อมูลความรู้ หรือการจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งสามารถเสนอทางเลือกด้านสุขภาพให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้ และการเป็นแบบอย่างให้กับประชาชน

2. แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

House, Kahn, McLeod & Williams (1985) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982, p. 20) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ใจ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเฮาส์ (House et al., 1985, p. 201) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ และการแสดงถึงความห่วงใย

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผล ถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4. Instrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมนักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb & Kalay, 1985, pp. 5-12) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของของความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman & Syme, 1979, pp. 186-204 อ้างถึงใน Minkler, 1981, p. 150) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัยและสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่า ผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจการศึกษาของ คอบบี้ (Cobb, 1976, pp. 300-314) พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการรักษาโรค (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กเลอร์ (Burgler, n.d. อ้างถึงใน Pilisuk & Minkler, 1985, p. 94) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบี้ (Cobb, 1976) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. ผลต่อสุขภาพจิตผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียด และช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore, 1977 อ้างถึงใน Minkler, 1981, p. 151) ศึกษาในผู้ชายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974, p. 7) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและ

โรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม ต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 2) การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ครอบครัว ญาติและเพื่อน ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ธัญชนก ชุมทอง (2559) ศึกษารูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เขตที่อาศัย และรายได้ และปัจจัยตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และ 2) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเชิงรุก และแรงเสริมจากครอบครัว ญาติ และเพื่อน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีผลบวกต่อสภาวะสุขภาพ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆในแบบจำลอง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เขตที่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพพร้อมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ถึงร้อยละ 54.00

ภมร ตรุณ, ณรงค์วิทย์ ชุนพิจารย์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก โดยองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีระดับคะแนนมากที่สุด ผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนที่ต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับ

ปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับทุกผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพ

ศิริรักษา วรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาเพ็ญ จันทขัมมา (2562) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อานนท์ สังฆะพงษ์, ชัญญชิตา ดุษฎี และวรรณรัตน์ ลาวัง (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวมอยู่ระดับไม่ดี ($M = 61.37, S.D. = 12.72$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การศึกษา ($\beta = .564$) การได้ รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .211$) และอายุ ($\beta = -.187$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ร้อยละ 58.6 ($R^2 = .586, p < .001$)

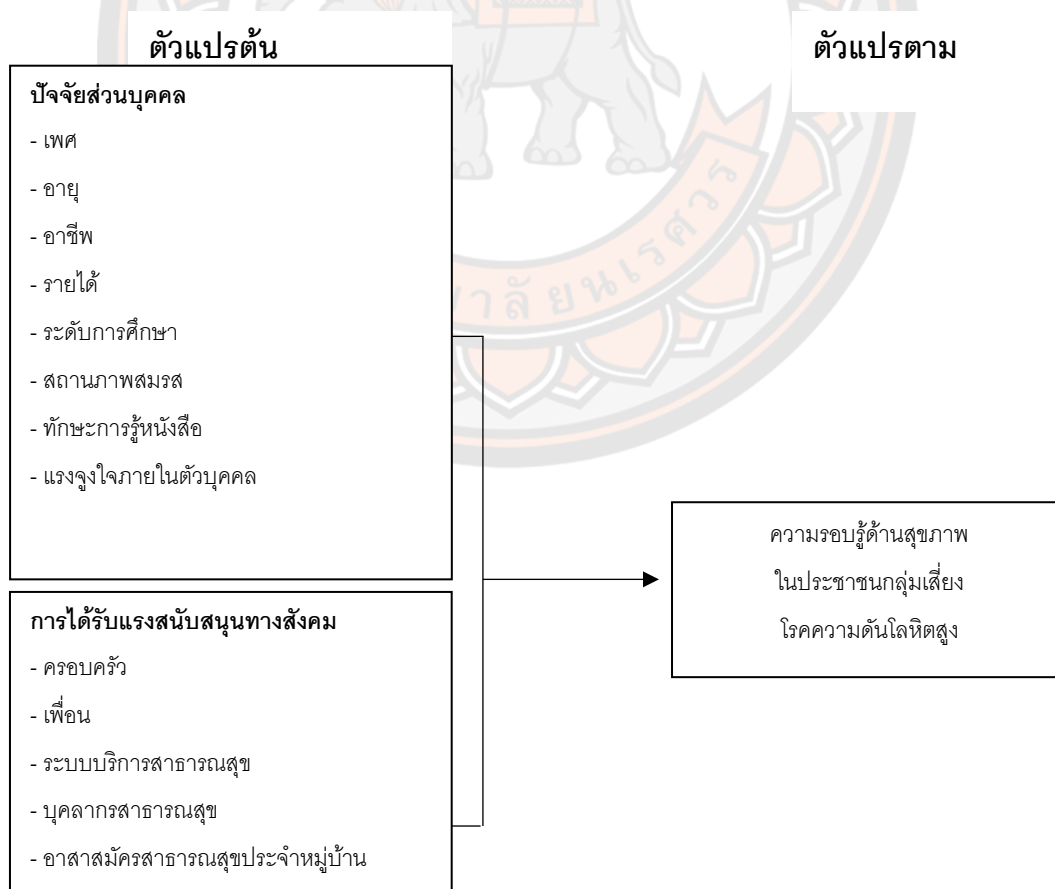
Williams, Baker & Parker (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องสุขภาพตามหน้าที่กับความรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ที่น้อยและขาดความรู้ที่มีอายุมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอทั้งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ($P < .001$) ระยะเวลาของความดันโลหิตสูง ($P < .001$), ปีที่เรียนจบ ($P < 0.01$), และอายุ ($P < 0.01$)

Chenli Wang, Juntao Lang, Lixia Xuan & Zhang (2017) ศึกษาผลของความรู้ด้านสุขภาพและประสิทธิภาพในการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตชนบททางตะวันตกของประเทศจีน : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พบว่าลักษณะทางประชากรศาสตร์ความรู้เรื่องสุขภาพและประสิทธิภาพในการจัดการตนเองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อายุระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการจัดการตนเองและความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ แบบจำลองที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมสำหรับข้อมูลตามดัชนีแบบจำลองที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับรูปแบบความรู้เรื่องสุขภาพ ($r = 0.604, p = 0.029$) และประสิทธิภาพการจัดการตนเอง ($r = 0.714, p = 0.018$) มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับคุณภาพชีวิตที่

เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ($r = -0.419, p = 0.007$) แต่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการรู้หนังสือสุขภาพ ($r = 0.675, p = 0.029$) และประสิทธิภาพการจัดการตนเอง ($r = 0.379, p = 0.029$) ในขณะที่เดียวกันประสิทธิภาพการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.413, p < 0.01$)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบตัวแปรที่นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 13 ตัวแปร จำแนกเป็นตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส ทักษะการรู้หนังสือ แรงจูงใจภายในตัวบุคคล ปัจจัยการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย รายละเอียดดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 3 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร โดยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยดังนี้

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีค่าความดันโลหิตตัวล่าง ตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท ที่อาศัยอยู่ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการคัดกรองระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564 และเป็นกลุ่มเสี่ยงมีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีค่าความดันโลหิตตัวล่าง ตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเป้าหมายแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยเลือกคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Estimating a finite population proportion (กิตติพิศ วงศ์นิศานาถกุล, 2561) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 257 คน และเพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลที่มีการสูญหาย (Sathian et al., 2010) ได้เท่ากับ 286 คน รายละเอียดดังนี้

$$n = \left(\frac{Z}{2}\right)^2 \frac{P(1-P)}{W^2}$$

กำหนดให้

n = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

Z = ระดับความเชื่อมั่น Z ที่ต้องการ = 1.96

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนด $p = 0.62$) โดยผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง et al. (2559) พบว่า ร้อยละ 62.7 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอายุ 45 ปีและอ้างทองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุด

W = ความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น 95%

และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$\begin{aligned} n_{\text{adjusted}} &= n/1-r \\ &= 257/1-0.1 \\ &= 285.55 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 286 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เพื่อให้ได้ ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทุกตำบลในอำเภอเป้าหมาย โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร แต่ละตำบลโดยใช้สูตรกำหนดสัดส่วน ดังนี้

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

เมื่อ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข ตามสัดส่วนของประชากรผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตำบล ภายในอำเภอเป้าหมาย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของประชากรผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อ ในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนได้ตัวอย่างครบทุกรายตำบล รวมทั้งสิ้น 286 ราย ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

| รหัสสถานบริการ | จำนวน ประชากร (คน) | จำนวน กลุ่มตัวอย่าง (คน) |
|----------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1. 07665 | 2,480 | 28 |
| 2. 07666 | 2,968 | 33 |
| 3. 07667 | 2,718 | 30 |
| 4. 07668 | 1,880 | 21 |
| 5. 07669 | 2,256 | 25 |
| 6. 07670 | 2,298 | 25 |
| 7. 07671 | 1,977 | 22 |
| 8. 07672 | 1,805 | 20 |
| 9. 07673 | 2,077 | 23 |
| 10. 07674 | 2,398 | 27 |
| 11. 11261 | 2,927 | 32 |
| รวม | 25,784 | 286 |

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มี อายุ 35 ปีขึ้นไป
2. อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีค่าความดันโลหิตตัวล่าง ตั้งแต่ 80-89 มิลลิเมตรปรอท
3. เป็นผู้ได้รับการศึกษา สามารถ อ่าน เขียน พัง ภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในเอกสารการให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

5. อาศัยอยู่ในอำเภอเป้าหมายแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีความบกพร่องด้านความจำ
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. อาสาสมัคร อ่าน-เขียน ไม่ได้

เกณฑ์ถอนออก (withdrawal criteria)

1. อาสาสมัครย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล
2. อาสาสมัครถอนการให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ
3. อาสาสมัครไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยการศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้าง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามแรงงูใจภายในตัวบุคคล แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และทักษะการรู้หนังสือ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงงูใจภายในตัวบุคคล

แบบสอบถามแรงงูใจภายในตัวบุคคล มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนน 1-5 'ได้แก่' ไม่จริง จริงน้อย จริงปานกลาง จริงมาก และจริงมากที่สุด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

| | ข้อคำถามทางบวก | | | ข้อคำถามทางลบ | |
|---------------|----------------|---|-------|---------------|-------|
| จริงมากที่สุด | ให้ | 5 | คะแนน | 1 | คะแนน |
| จริงมาก | ให้ | 4 | คะแนน | 2 | คะแนน |
| จริงปานกลาง | ให้ | 3 | คะแนน | 3 | คะแนน |
| จริงน้อย | ให้ | 2 | คะแนน | 4 | คะแนน |
| ไม่จริง | ให้ | 1 | คะแนน | 5 | คะแนน |

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนแรงจูงใจภายในตัวบุคคล โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจภายในตัวบุคคล และแบ่งเป็นระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคล ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| แรงจูงใจภายในตัวบุคคลระดับมาก | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00 |
| แรงจูงใจภายในตัวบุคคลระดับปานกลาง | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67 |
| แรงจูงใจภายในตัวบุคคลระดับน้อย | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.00 |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่จริง จริงน้อย จริงปานกลาง จริงมาก และจริงมากที่สุด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

| | ข้อคำถามทางบวก | | | ข้อคำถามทางลบ | |
|---------------|----------------|---|-------|---------------|-------|
| จริงมากที่สุด | ให้ | 5 | คะแนน | 1 | คะแนน |
| จริงมาก | ให้ | 4 | คะแนน | 2 | คะแนน |
| จริงปานกลาง | ให้ | 3 | คะแนน | 3 | คะแนน |

| | | | | | |
|----------|-----|---|-------|---|-------|
| จริงน้อย | ให้ | 2 | คะแนน | 4 | คะแนน |
| ไม่จริง | ให้ | 1 | คะแนน | 5 | คะแนน |

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแบ่งเป็นระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ใช้แบบค่าพิสัยโดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

| | |
|--|--------------------------------------|
| แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับมาก | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับปานกลาง | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับน้อย | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.00 |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่จริง จริงน้อย จริงปานกลาง จริงมาก และจริงมากที่สุด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

| | ข้อคำถามทางบวก | ข้อคำถามทางลบ |
|---------------|----------------|---------------|
| จริงมากที่สุด | ให้ 5 คะแนน | 1 คะแนน |
| จริงมาก | ให้ 4 คะแนน | 2 คะแนน |
| จริงปานกลาง | ให้ 3 คะแนน | 3 คะแนน |
| จริงน้อย | ให้ 2 คะแนน | 4 คะแนน |
| ไม่จริง | ให้ 1 คะแนน | 5 คะแนน |

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแบ่งเป็นระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบค่าพิสัยโดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

| | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย | มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.00 |

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย โมเดล V shape 6 องค์ประกอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

| | ข้อคำถามทางบวก | | | ข้อคำถามทางลบ | |
|------------------|----------------|---|-------|---------------|-------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ให้ | 5 | คะแนน | 1 | คะแนน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ให้ | 4 | คะแนน | 2 | คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | ให้ | 3 | คะแนน | 3 | คะแนน |
| ปฏิบัตินานๆครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน | 4 | คะแนน |
| ไม่ได้ปฏิบัติ | ให้ | 1 | คะแนน | 5 | คะแนน |

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบ่งเป็นระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบค่าพิสัยโดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67

ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.00

ทั้งนี้ การแปลผลคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม 24 ข้อ (องค์ประกอบที่ 1-6 ข้างต้น) คะแนนรวมเต็ม 120 คะแนน พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน < 72 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 72-83.99 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70$ % ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง

ระดับดี ช่วงคะแนน 84-95.99 คะแนน หรือ ≥ 70 - <80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 96-120 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสาร งานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างแบบสอบถาม โดยครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในงานวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลของผู้ตอบแบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และข้อเสนอแนะ

3. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอกรรมการที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อขอคำแนะนำและนำมาแก้ไขให้สมบูรณ์

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- 4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดความถูกต้องและชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น นำค่าคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของโรวินลลี และแฮมเบิลตัน มีสูตรการคำนวณ (Rovinelli & Hambleton, 1977) ดังนี้

$$IOC = \sum R/N$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไข ปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

- 4.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ และมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นให้ค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงถือว่าแบบสอบถามมีคุณภาพ

5. จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือราชการถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพทะเลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานโรคความดันโลหิตสูง
3. ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นพิจารณาคคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทักทาย และแนะนำตัว พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
5. พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาข้อสงสัยและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมกับลงลายมือชื่อกำกับเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีลงนามเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยขอหมายเลขโทรศัพท์เพื่อใช้ติดต่อ
6. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ที่แจ้งวัตถุประสงค์และเนื้อหาของ การวิจัยครั้งนี้ สร้างความเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15-20 นาทีต่อคน ซึ่งตอบแบบสอบถามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ตำบล ที่กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่
7. มีการชดเชยค่าเดินทางให้แก่อาสาสมัคร ในกรณีอาสาสมัครต้องเดินทางระยะทางไกล กิโลเมตรละ 4 บาท
8. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ แล้วนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ทักษะการรู้หนังสือ โดยใช้สถิติจำนวนและร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ทักษะการรู้หนังสือ แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นรายชื่อ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ จำนวนและร้อยละ และนำเสนอคะแนนในภาพรวมรายตัวแปรด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง โดยส่งโครงการวิจัย เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร รหัส IRB No. P3-0088/2564 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอเป้าหมาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการขออนุมัติผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ในการให้ข้อมูล สามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการพิทักษ์สิทธิ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมได้ จะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร จำนวน 286 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยนำเสนอแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจภายในตัวบุคคล

ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ส่วนที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 286)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 113 | 39.5 |
| หญิง | 173 | 60.5 |

ตาราง 4 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| อายุ | | |
| อายุไม่เกิน 50 ปี | 164 | 57.3 |
| 50 - 59 ปี | 92 | 32.2 |
| 60 ปี ขึ้นไป | 30 | 10.5 |
| $\bar{x} = 48.44$ S.D. = 8.28 Min = 35 Max = 76 | | |
| อาชีพ | | |
| ว่างงาน | 11 | 3.8 |
| เกษตรกรรม | 134 | 46.9 |
| รับจ้าง | 80 | 28 |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 6 | 2.1 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 45 | 15.7 |
| พ่อบ้าน/แม่บ้าน | 10 | 3.5 |
| การศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 3 | 1.0 |
| ระดับประถมศึกษา | 107 | 37.4 |
| ระดับมัธยมศึกษา | 143 | 50.0 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 18 | 6.3 |
| ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 15 | 5.2 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 123 | 43.0 |
| 5,000 – 10,000 บาท | 132 | 46.2 |
| 10,001 – 15,000 บาท | 15 | 5.2 |
| 15,001 บาทขึ้นไป | 16 | 5.6 |
| $\bar{x} = 7,500$ S.D. = 7642.62 Min = 0 Max = 60,000 | | |

ตาราง 4 (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------|------------|--------|
| สถานภาพ | | |
| โสด | 57 | 19.9 |
| สมรส | 197 | 68.9 |
| หม้าย | 15 | 5.2 |
| หย่า/แยกกันอยู่ | 17 | 5.9 |
| ทักษะการรู้หนังสือ | | |
| สามารถอ่านออก เขียนได้ | 284 | 99.3 |
| ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ | 2 | 7 |

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 39.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.5 มีอายุไม่เกิน 50 ปี ร้อยละ 57.3 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.44 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.28 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.9 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทบาทต่อเดือน ร้อยละ 51.4 มีทักษะการรู้หนังสือ สามารถอ่านออก เขียนได้ ร้อยละ 99.3

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจภายในตัวบุคคล

ตาราง 5 แสดงจำนวน และร้อยละของของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคล (n = 286)

| แรงจูงใจภายในตัวบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------------------|------------|--------|
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 192 | 67.1 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 93 | 32.5 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | 1 | 0.3 |

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคลอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแรงงูใจภายในตัวบุคคล
จำแนกตาม รายข้อ (n = 286)

| แรงงูใจภายในตัวบุคคล | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|--|-------------|-------------|------------|
| 1. ท่านมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี | 3.70 | 0.81 | มาก |
| 2. ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงดี | 3.80 | 0.79 | มาก |
| 3. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของตนเองในอนาคต | 3.83 | 0.83 | มาก |
| 4. ท่านรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวดี ท่านจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านได้ สุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นกว่าเดิม | 3.91 | 0.79 | มาก |
| 5. ท่านรับรู้ว่าการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายจะส่งผลให้ท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต | 4.02 | 0.87 | มาก |
| 6. จากผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ท่านเข้าใจว่าท่านเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง | 3.48 | 1.06 | ปานกลาง |
| 7. ท่านรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น | 4.09 | 0.76 | มาก |
| 8. ท่านคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอื่น ๆ | 3.22 | 1.00 | ปานกลาง |
| 9. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพอาหาร ออกกำลังกาย การลดความเครียด ทำให้ระดับความดันโลหิตของท่านกลับมาปกติ | 3.98 | 0.78 | มาก |
| 10. ท่านคิดว่าการงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิต | 4.10 | 0.88 | มาก |
| 11. ท่านคิดอยู่เสมอว่าต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีตลอดเวลา | 4.14 | 0.80 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.86 | 0.53 | มาก |

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, S.D.= 0.53) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 11. ท่านคิด อยู่เสมอว่าต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีตลอดเวลา ($\bar{X} = 4.14$, S.D.= 0.80) และข้อที่มี ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 8.ท่านคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า คนอื่นๆ ($\bar{X} = 3.22$, S.D.= 1.00)

ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอ แห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับด้านครอบครัว (n = 286)

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 185 | 64.7 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 91 | 31.8 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | 10 | 3.5 |

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.7 รองลงมาคือ มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.8

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมจากครอบครัว จำแนกตามรายข้อ (n = 286)

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
|--|-----------|------|-------|
| 1. สมาชิกในครอบครัวห่วงใย โดยการสอบถามผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง หรือผลการตรวจวัดความดันโลหิตของท่าน | 3.79 | 0.79 | มาก |
| 2. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพ | 3.94 | 0.82 | มาก |
| 3. ท่านได้รับความช่วยเหลือดูแลและเอาใจใส่ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จากสมาชิกในครอบครัว | 3.86 | 0.83 | มาก |

ตาราง 8 (ต่อ)

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|---|-------------|-------------|------------|
| 4. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือค่าใช้จ่าย/ วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้อายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 3.77 | 0.91 | มาก |
| 5. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการให้พาไปรับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ | 3.81 | 0.90 | มาก |
| 6. ท่านได้รับข้อมูลการตรวจวัดความดันโลหิตสูงจากสมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง เพื่อให้ท่านทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้อายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 3.74 | 0.88 | มาก |
| 7. สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือนท่านเมื่อท่านเผลอไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ | 3.66 | 0.93 | ปานกลาง |
| 8. ครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง หรือมีปัญหากันในครอบครัว | 3.97 | 0.86 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.82 | 0.64 | มาก |

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.82$, S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 8. ครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งหรือมีปัญหากันในครอบครัว ($\bar{x} = 3.97$, S.D.= 0.86) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 7.สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือนท่านเมื่อท่านเผลอไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x} = 3.66$, S.D.= 0.93)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 286)

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| เพื่อน | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 151 | 52.8 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 117 | 40.9 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | 18 | 6.3 |
| บุคลากรสาธารณสุข | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 212 | 74.1 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 74 | 25.9 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | - | - |
| ระบบบริการสาธารณสุข | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 215 | 75.2 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 71 | 24.8 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | - | - |
| อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 215 | 75.2 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 68 | 23.8 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | 3 | 1.0 |

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.8 จากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.1 จากระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.2 จากอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.2

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามรายชื่อ (n = 286)

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|--|-------------|-------------|----------------|
| เพื่อน | | | |
| 1. เพื่อนของท่านแสดงความห่วงใย โดยการสอบถามผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง หรือผลการตรวจวัดความดันโลหิตของท่าน | 3.63 | 0.86 | ปานกลาง |
| 2. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือท่านค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพ | 3.71 | 0.92 | มาก |
| 3. เพื่อนของท่านพาท่านไปรับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง | 3.62 | 0.85 | ปานกลาง |
| 4. เพื่อนของท่านช่วยเตือนท่านเมื่อท่านเผลอไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ | 3.63 | 0.90 | ปานกลาง |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.65 | 0.75 | ปานกลาง |
| บุคลากรสาธารณสุข | | | |
| 5. บุคลากรสาธารณสุข อาทิ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ รับฟังเวลาท่านพูดหรืออธิบายอย่างตั้งใจ | 3.89 | 0.78 | มาก |
| 6. ท่านได้รับการแจ้งผลการตรวจโรคความดันโลหิตสูง จากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้ท่านปรับปรุงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เรื่องการป้องกันการป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง | 4.09 | 0.74 | มาก |
| 7. หลังจากอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพให้ท่านทราบ บุคลากรสาธารณสุขจะมีการทบทวนให้แน่ใจว่าท่านเข้าใจ | 4.05 | 0.81 | มาก |
| 8. บุคลากรสาธารณสุขเปิดโอกาสให้ท่านได้อธิบายหรือทบทวนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง | 4.01 | 0.79 | มาก |

ตาราง 10 (ต่อ)

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|---|-------------|-------------|------------|
| 9. บุคลากรสาธารณสุขจัดหาเอกสาร คู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงให้กับท่าน | 4.14 | 0.76 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 4.04 | 0.63 | มาก |
| ระบบบริการสาธารณสุข | | | |
| 10. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการมีสื่อสำหรับให้ความรู้เรื่องการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น บ้ายบอร์ดให้ความรู้ หนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์หรือวีดิทัศน์ที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการนำไปปรับใช้ | 4.01 | 0.73 | มาก |
| 11. ท่านได้รับสื่อกลับไปทบทวนการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น แผ่นพับ คู่มือการดูแลตนเอง เป็นต้น | 3.84 | 0.83 | มาก |
| 12. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการมีการจัดระบบที่ง่ายต่อการรับบริการ ไม่ซับซ้อน และไม่รอคอยนาน | 4.00 | 0.83 | มาก |
| 13. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการ มีช่องทางการติดต่อที่สะดวกเมื่อท่านต้องการติดต่อ เช่น เบอร์โทรศัพท์ไลน์ เฟซบุ๊ก เป็นต้น | 4.09 | 0.80 | มาก |
| 14. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการ มีทีมสุขภาพที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ฯลฯ คอยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ เป็นต้น | 4.14 | 0.76 | มาก |
| 15. ท่านได้รับการสอนความรู้ที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข เช่น การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. | 4.07 | 0.72 | มาก |
| 16. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการ มีความสะอาดปลอดภัย | 3.96 | 0.71 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 4.02 | 0.57 | มาก |

ตาราง 10 (ต่อ)

| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|--|-------------|-------------|------------|
| 17. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน | 4.15 | 0.75 | มาก |
| 18. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้คำแนะนำและช่วยท่านค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพ | 3.94 | 0.74 | มาก |
| 19. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพ | 3.99 | 0.77 | มาก |
| 20. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพร้อมด้านอุปกรณ์สำหรับปฏิบัติหน้าที่ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต สมุดจดบันทึก | 4.05 | 0.77 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 4.03 | 0.65 | มาก |
| ค่าเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม | 3.95 | 0.54 | มาก |

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.95$, S.D. = 0.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคลากรสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เพื่อน ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.75) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 17. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = 0.75) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. เพื่อนของท่านให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 0.85)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 286)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 214 | 74.8 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 72 | 25.2 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | - | - |
| ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 198 | 69.2 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 88 | 30.8 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | - | - |
| การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 201 | 70.3 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 85 | 29.7 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | - | - |
| การตัดสินใจด้านสุขภาพ | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 173 | 60.5 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 105 | 36.7 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | 8 | 2.8 |

ตาราง 11 (ต่อ)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 181 | 63.3 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 97 | 33.9 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | 8 | 2.8 |
| การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ | | |
| มาก (3.68 – 5.00 คะแนน) | 178 | 62.2 |
| ปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) | 95 | 33.2 |
| น้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) | 13 | 4.5 |

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.8 มีความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.2 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.3 การตัดสินใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.3 และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.2

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อ (n = 286)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|---|-----------|------|-------|
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | | | |
| 1. ท่านสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ | 4.16 | 0.70 | มาก |
| 2. ท่านสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวของท่านเป็นอยู่ | 3.95 | 0.70 | มาก |

ตาราง 12 (ต่อ)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|---|-------------|-------------|------------|
| 3. ท่านมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน | 4.02 | 0.69 | มาก |
| 4. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ | 3.89 | 0.71 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 4.01 | 0.55 | มาก |
| ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ | | | |
| 5. ท่านสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้ | 3.85 | 0.75 | มาก |
| 6. ท่านรู้และเข้าใจคำอธิบายต่างๆที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการ หรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้ | 3.90 | 0.70 | มาก |
| 7. ท่านอ่านด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับ โปสเตอร์ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ | 3.83 | 0.68 | มาก |
| 8. ท่านอ่านและเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย, ระดับความดันโลหิตสูง, ระดับรอบเอว เป็นต้น | 3.92 | 0.73 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.88 | 0.58 | มาก |
| การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ | | | |
| 9. ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของท่านให้หมอ พยาบาล หรือคนอื่น รับรู้และเข้าใจสุขภาพของท่านได้ | 3.98 | 0.68 | มาก |
| 10. ท่านซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อนำมาดูแล สุขภาพของท่านให้ดียิ่งขึ้น | 3.94 | 0.62 | มาก |
| 11. ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้หายสงสัยได้ | 3.92 | 0.66 | มาก |
| 12. ท่านแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ | 3.79 | 0.71 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.91 | 0.56 | มาก |

ตาราง 12 (ต่อ)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|--|-------------|-------------|------------|
| การตัดสินใจด้านสุขภาพ | | | |
| 13. ท่านมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่งนั้นก่อนตัดสินใจทำตาม | 3.66 | 0.82 | ปานกลาง |
| 14. ท่านนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ที่น่าเชื่อถือมาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจทำตาม | 3.61 | 0.78 | ปานกลาง |
| 15. ท่านไตร่ตรองถึงเหตุผลความเป็นจริงของประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจใช้ตาม | 3.85 | 0.71 | มาก |
| 16. ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล ก่อนที่จะนำมาใช้ตาม | 3.90 | 0.80 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.75 | 0.65 | มาก |
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง | | | |
| 17. ท่านควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นต้น | 3.85 | 0.83 | มาก |
| 18. ท่านวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของท่าน | 3.76 | 0.79 | มาก |
| 19. ถึงแม้จะมีงานเยอะ ท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้ | 3.75 | 0.75 | มาก |
| 20. ท่านเตือนตนเองให้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัว คนในชุมชนหรือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ | 3.81 | 0.81 | มาก |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.79 | 0.67 | มาก |
| การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ | | | |
| 21. ท่านชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขาได้ | 3.64 | 0.80 | ปานกลาง |
| 22. ท่านกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นต้น | 3.69 | 0.82 | มาก |

ตาราง 12 (ต่อ)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | \bar{x} | S.D. | แปลผล |
|---|-------------|-------------|----------------|
| 23. ท่านเสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับผู้อื่น เช่น เพิ่มผักผลไม้ เลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น | 3.69 | 0.83 | มาก |
| 24. ท่านเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น | 3.64 | 0.85 | ปานกลาง |
| รวมค่าเฉลี่ย | 3.67 | 0.69 | ปานกลาง |
| รวมค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 3.83 | 0.50 | มาก |

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$, S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{x} = 4.01$, S.D.= 0.55) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 3.67$, S.D.= 0.69) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1. ท่านสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 4.16$, S.D.= 0.70) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 14.ท่านนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ที่น่าเชื่อถือมาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจทำตาม ($\bar{x} = 3.61$, S.D.= 0.78)

ตาราง 13 แสดงร้อยละ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร (n=286)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ระดับไม่ดี | ระดับพอใช้ | ระดับดี | ระดับดีมาก |
|---|------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | - | 15.7 | 18.2 | 66.1 |
| 2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ | 5.6 | 15.4 | 23.8 | 55.2 |
| 3. การได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ | 2.4 | 14.0 | 22.7 | 60.8 |
| 4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ | 5.6 | 20.3 | 25.5 | 48.6 |
| 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง | 6.3 | 20.6 | 22.7 | 50.3 |
| 6. การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ | 9.4 | 23.8 | 23.1 | 43.7 |
| โดยรวม | 4.2 | 18.2 | 42.3 | 35.3 |

จากตาราง 13 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือระดับดีมาก พอใช้และไม่ดี ร้อยละ 35.5, 18.2 และ 4.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 66.1 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 55.2 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.8 การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.3 และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 43.7

ส่วนที่ 6 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร

a = ค่าคงที่

b₁ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศหญิง

b₂ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b₃ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกรรม

b₄ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้าง

b₅ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

b₆ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

b₇ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพพ่อแม่บ้าน

b₈ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้

b₉ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาประถมศึกษา

b₁₀ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช/อนุปริญญา/ปวส

b₁₁ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า

b₁₂ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b₁₃ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

b₁₄ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของทักษะการรู้หนังสือสามารถอ่านออกเขียนได้

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจภายในตัวบุคคล

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากร

สาธารณสุข

b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบ

บริการสุขภาพ

b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยนี้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 14

ตาราง 14 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 286)

| ตัวแปรทำนาย | b | β | t | P-value |
|--|--------|---------|--------|---------|
| แรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสุขภาพ | 0.358 | 0.408 | 9.034 | <0.001 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน | 0.143 | 0.217 | 4.854 | <0.001 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว | 0.158 | 0.203 | 4.643 | <0.001 |
| สถานภาพสมรส | -0.150 | -0.140 | -4.055 | <0.001 |
| แรงจูงใจภายในตัวบุคคล | 0.157 | 0.168 | 3.829 | <0.001 |
| เพศ | 0.095 | 0.094 | 2.795 | 0.006 |
| อาชีพ | -0.249 | -0.072 | -2.048 | 0.041 |

Constant (a) = 0.714 R square = 0.696 Adjust R square = 0.689 F = 91.077 P-value < 0.001

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร ได้ทั้งหมด 7 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ด้านครอบครัว สถานภาพ แรงงูใจภายในตัวบุคคล เพศ และอาชีพ โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 69.6 ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข ($\beta = 0.408, p < 0.001$) รองลงมาคือการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = 0.217, p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.203, p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($\beta = -0.140, p < 0.001$) แรงงูใจภายในตัวบุคคล ($\beta = 0.168, p < 0.001$) เพศ ($\beta = 0.094, p = 0.006$) และอาชีพ ($\beta = -0.072, p = 0.041$) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง = $0.714 + 0.358$ (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสุขภาพ) + 0.143 (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) + 0.158 (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว) - 0.150 (สถานภาพสมรส) + 0.157 (แรงงูใจภายในตัวบุคคล) + 0.0975 (เพศ) - 0.249 (อาชีพ)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 286 คน ได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.75 - 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 39.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.5 มีอายุไม่เกิน 50 ปี ร้อยละ 57.3 (\bar{X} = 48.44, S.D. = 8.28) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.44 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.28 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.9 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน (\bar{X} = 7,500, S.D. = 7,642.62) ร้อยละ 51.4 มีทักษะการรู้หนังสือ สามารถอ่านออก เขียนได้ ร้อยละ 99.3

แรงจูงใจภายในตัวบุคคล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคลอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจภายในตัวบุคคล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, S.D.= 0.53) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 11. ท่านคิดอยู่เสมอว่าต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีตลอดเวลา ($\bar{X} = 4.14$, S.D.= 0.80) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 8. ท่านคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.22$, S.D.= 1.00)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

1. กลุ่มตัวอย่างมีระดับของแรงสนับสนุนด้านครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.7 รองลงมา คือ มีระดับของแรงสนับสนุนด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.8

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนด้านครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$, S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 8. ครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้งหรือมีปัญหาภายในครอบครัว ($\bar{X} = 3.97$, S.D.= 0.86) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 7. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือท่านเมื่อท่านเพลอไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.66$, S.D.= 0.93)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.8 จากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.1 จากระบบบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.2 จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.2

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, S.D.= 0.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.04$, S.D.= 0.63) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เพื่อน ($\bar{X} = 3.65$, S.D.= 0.75) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 17. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน ($\bar{X} = 4.15$, S.D.= 0.75) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ 3. เพื่อนของท่านให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.62$, S.D.= 0.85)

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.8 มีความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.2 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.3 การตัดสินใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.3 และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือระดับดีมาก พอใช้และไม่ดี ร้อยละ 35.5, 18.2 และ 4.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 66.1 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 55.2 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.8 การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.3 และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 43.7

2. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple Regression)

พบว่า ปัจจัยที่ทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สถานภาพ แรงภูมิใจภายในตัวบุคคล เพศ และอาชีพ โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 69.6 ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข ($\beta = 0.408, p < 0.001$) รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = 0.217, p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.203, p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($\beta = -0.140, p < 0.001$) แรงภูมิใจภายในตัวบุคคล ($\beta = 0.168, p < 0.001$) เพศ ($\beta = 0.094, p = 0.006$) และอาชีพ ($\beta = -0.072, p = 0.041$) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง = $0.714 + 0.358$ (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข) + 0.143 (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) + 0.158 (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว) - 0.150 (สถานภาพ) + 0.157 (แรงจูงใจภายในตัวบุคคล) + 0.0975 (เพศ) - 0.249 (อาชีพ)

ทั้งนี้ ตัวแปรทำนายดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 69.6

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ด้านครอบครัว สถานภาพ แรงจูงใจภายในตัวบุคคล เพศ และอาชีพ สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 69.6 อภิปรายผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.8 มีความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.2 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.3 การตัดสินใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.3 และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือระดับดีมาก พอใช้และไม่ดี ร้อยละ 35.5, 18.2 และ 4.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 66.1 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 55.2 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.8 การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.3 และการบอกต่อ

ข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 43.7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ทั้งบริการสุขภาพ จนสามารถนำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วันวิสา ยะเก็งงำ, ณิชารีย์ ใจคำวัง และพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย (2563) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส.ได้ถูกต้อง ทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, ลินดา คล้ายปักษ์, จีราพร ทองดี และกฤษฎณา สังขมณีจินดา (2563) พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ของความรู้ความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เข้าใจถูกต้องบ้าง (คะแนนอยู่ระหว่าง 12-16) สามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ แก้วทอง et al. (2557) พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ที่ระดับกำกวมและไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร

จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 13 ตัวแปร พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบ 7 ตัวแปร ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสุขภาพ 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 4) สถานภาพ 5) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 6) เพศ 7) อาชีพ สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

1. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข มีอิทธิพลทางบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากระบบบริการในพื้นที่ที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็สถานบริการสาธารณสุขมีสื่อสำหรับการให้ความรู้ มีการจัดระบบการที่ง่ายต่อการรับบริการ รวมทั้งมีการให้ความรู้ที่จำเป็นผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ รวมทั้งมีทีมสุขภาพที่คอยดูแลประชาชนเชิงรุก จึง

ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณา แต่อารักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการจัดบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร มงคลหมู่, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.242$, $P\text{-value} < 0.01$)

2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนในการให้คำแนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือและค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งคอยตักเตือนเมื่อกลุ่มตัวอย่างเผลอไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญชชนก ชุมทอง et al. (2559) พบว่า เพื่อน เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทั้งยังเป็นไปตามการศึกษาของ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ellis, Mullan, Worsley & Pai (2012) ครอบครัว เพื่อน และชุมชน มีส่วนช่วยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ กล่าวสื่อสารพูดคุยและถ่ายทอดประสบการณ์ด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน

3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีบทบาทเกื้อหนุน สนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน จนสามารถนำข้อมูลนั้นมาถ่วงถอยและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart & Shamdasani (2014) ได้กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสื่อกลางที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะครอบครัวนั้นเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของวินัย ไตรนาทวัฒน์,

วิระพรรณ วิโรจน์รัตน์ และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2562) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสื่อกลางให้คนในครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์กัน มีความรู้ด้านสุขภาพ และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

4. สถานภาพ พบว่า สถานภาพ มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.9 การมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัวช่วยให้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของทรรชนี บุญมัน (2564) ที่พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ซึ่งอาจเนื่องมาจากสถานภาพส่วนใหญ่ของ อสม. มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน รวมทั้งได้รับการดูแลจากครอบครัวไม่ต่างกัน และสอดคล้องกับ Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic & Marinkovic (2009) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับ ซินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ถึงแม้ว่าสถานภาพสมรสคู่ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรสจัดเป็นอิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลทางอ้อมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5. แรงจูงใจภายในตัวบุคคล พบว่า แรงจูงใจภายในตัวบุคคล มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของธัญชนก ชุมทอง et al. (2559) ที่พบว่า แรงจูงใจภายในตัวบุคคลจากการรับรู้อาการเตือนและความตระหนักด้านผลลัพธ์สุขภาพ มีผลทำให้เกิดการพัฒนา แสวงหาความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการที่ต้องหาความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นนั้นก็เพิ่มลดความกังวลในปัญหาสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ที่พบว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บป่วย และค้นหาข้อมูลเพื่อให้เข้าใจว่าขณะนี้ตนเองป่วยเป็นอะไร ซึ่งเมื่อทราบถึงข้อมูลดังกล่าว ก็จะลดความกังวลลงเมื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ดังกล่าว

6. **เพศ** พบว่า เพศ มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.006$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.5 ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วเพศหญิงนั้นมักจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าเพศชาย มีการศึกษาหาความรู้สนใจในเรื่องของการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพในเพศหญิงมีระดับการดูแลตนเอง ($\bar{x} = 3.09$) สูงกว่าเพศชาย ($\bar{x} = 2.97$) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจามจุรี แซ่หลู่ และนภาวรรณ วิริยะศิริกุล (2563) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเนื่องจากความแตกต่างทางเพศไม่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

7. **อาชีพ** พบว่า อาชีพ มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.041$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีวิถีการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน อีกทั้งในปัจจุบันมีการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพผ่านสื่อหลายช่องทางทำให้บุคคลทุกสาขาอาชีพให้ความสำคัญและใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัญญา สุขขำ และเพชรน้อย ศรีผุดผ่อง (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อาชีพเกษตรกร มีความรอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรงทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=1.00$, $p=0.000$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นัชชา เรื่องเกียรติกุล (2565) ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรอายุ รายได้ ระดับการศึกษา ทักษะการรู้หนังสือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดพิจิตร ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

1. **อายุ** พบว่า อายุ ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.44 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีการเสื่อมถอยของร่างกายมากนัก กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถทำหน้าที่ในการดูแลตนเองได้ โดยวัยนี้เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ การคิดและการตัดสินใจที่ดี กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นจะสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและสามารถรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (พรพิมล อ่ำพิจิตร, 2552) อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ได้รับความรู้ และความเข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2. **รายได้** พบว่า รายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกัน ไม่มีการแบ่งแยกฐานะที่ชัดเจน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ยังได้รับการบริการขั้นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ที่พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schillinger (2002) และ เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. **ระดับการศึกษา** พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 50.0 ระดับประถมศึกษาร้อยละ 63.0 และ รวมทั้งการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของชินดา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรินทร์ มณีพงษ์ et al. (2564) ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรงทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=1.00$, $p=.000$)

4. **ทักษะการรู้หนังสือ** พบว่า ทักษะการรู้หนังสือ ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถอ่านออก เขียนได้ ร้อยละ 99.3 ซึ่งอาจเป็นเพราะการสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากการทักษะการอ่านออก เขียนได้เท่านั้น

แต่ยังมีการเรียนรู้ผ่านการดู การฟัง การพูดคุยแลกเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ การีสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ (2562) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำเนื่องจากด้านสายตามองเห็นไม่ชัด มีข้อจำกัดในการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bostock & Steptoe (2012) ที่พบว่าหนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการเขียนข้อมูลสุขภาพ โดยความสามารถในการทำความเข้าใจที่ต่ำนี้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและอัตราตายที่เพิ่มขึ้น

5. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของหทัยกานต์ ห่องกระจก และนฤมล ปทุมรักษ์ (2559) ที่พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ

6. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ และบุญสืบ สโสม (2561) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการช่วยเหลือ กระตุ้นเตือน สอบถาม ให้ข้อมูล ให้กำลังใจส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มควบคุมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบบริการสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สถานภาพสมรส แรงจูงใจภายในตัวบุคคล เพศ และอายุ ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมวิธี เพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปแก้ไขปัญหา เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดโอกาสต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2564, จาก <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/Download/29/%E0%B8%9A%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%A2/3>
- กรรณิการ์ การีธรรม, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 25(3), 281-295.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). *รายงานสถานการณ์ โรค ncd พ.ศ. 2562 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. นนทบุรี: อักษรและกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- กิตติพิศ วงศ์นิศานากุล. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 49-61.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2552). *เครือข่ายทางสังคมและระบบดัชนีสุขภาพโรงเรียนในฐานะตัวแทรกแซงที่ส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. (2561). *แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2563, จาก <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php>
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- จามจุรี แซ่หลู่, และนภาพรรณ วิริยะศิริกุล. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดส านักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหา จุฬานาครทรรศน์*, 7(11), 1-15.
- ชนิกานต์ สมจारी. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 320-332.
- ทรรศนีย์ บุญมัน. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
 เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณา แต่อารักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง, และอ้อยทิพย์ บัว
 จันทร์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความ
 ดันโลหิตสูงของ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง
 จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 45-56.
- ธัญชนก ชุมทอง. (2559). รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อ
 พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและ
 ความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และ
 เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 3(6), 67-85.
- ธัญชนก ชุมทอง, วิภาภรณ์ โฟธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้
 ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานี
 และอ่างทอง. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 3(6), 67-85.
- ธาริณี โหมขุนทด. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, และ
 ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต
 สูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัย
 พยาบาลบรมราชินีกรุงเทพ*, 30(1), 45-56.
- นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, และเดชา เกตุฉ่ำ. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรม
 สันนิษฐานบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสาร
 กรมการแพทย์*, 47(1), 80-86.
- เบญจพร สว่างศรี, และเสริมศิริ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก
 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการ มทร.สุพรรณภูมิ*, 1(2), 128-137.

- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, และบุญสืบ สโสม. (2561). บรรยายภาคการสอนรายวิชาทฤษฎีที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมตามการรับรู้ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า.
วารสารศาสตร์การศึกษาและการพัฒนามนุษย์, 2(1), 133-141.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 10).
ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยาขอนแก่น.
- พรพิมล อ่ำพิจิตร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, ศัญญา สุขขำ, และเพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 4(1), 84-93.
- รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ศรเกษตริน, ลินดา คล้ายปักซี่, จีราพร ทองดี, และกฤษณา สังขมณีจินดา. (2563). การใช้สื่อออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 502-551.
- วันวิสา ะเกียงงำ, ณิชารีย์ ใจคำวัง, และพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. (2563). ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 15(2), 97-116.
- วาสนา มากผาสุข, และจีราพร เกศพิชญวัฒนา. (2551). ผลของโปรแกรมการจูงใจ เพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วินัย ไตรนาทวัลย์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 13(2), 41-51.
- วิมล โรมา, สายชล คล้อยเยี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, สิริวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, และรักมณี บุตรชน. (2562). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ศิริรักษา วรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์, และนภาพิณญ์ จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 20(2), 92-104.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2564, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สมบัติ แก้วจันทร์ฉาย. (2551). *การวิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง กรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- สมฤทัย เพชรประยูร. (2555). *อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สุภาพร มงคลหนู, ชันญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, และพรนภา หอมสินธุ์. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี*. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 17(3), 168-175.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค*. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- หทัยกานต์ ห่องกระจก, และนฤมล ปทุมรักษ์, และเขมาวดี มาสิงบุญ. (2559). *อิทธิพลของความแตกฉาน ด้านสุขภาพการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. *วารสารแพทยธานี*, 43(2), 39-54.
- อนงค์นาฏ เสียมไหม. (2553). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความดันเลือดในผู้ป่วยความดันเลือดสูง*. *วารสารเวชสาร*, 54(3), 301-308.

- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิท การพิมพ์.
- อานนท์ สังฆะพงษ์, ชนัญชิตา ดุษฎี, และวรวรรณรัตน์ ลาวัง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 55-62.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33-42.
- Best, J. (1977). *Research in education*. 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.
- Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health*. New York: Behavioral.
- Chenli Wang, Juntao Lang, Lixia Xuan, & Zhang, X. Li L. (2017). The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of china: A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-11.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo Jr, J. L., & National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The jnc 7 report. *Jama*, 289(19), 2560-2571.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family medicine*, 25(6), 391-395.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12(1), 1-15.

- Ellis, J., Mullan, J., Worsley, A., & Pai, N. (2012). The role of health literacy and social networks in arthritis patients' health information-seeking behavior: A qualitative study. *International journal of family medicine*, 2012, 1-7.
- Gottlieb, G., & Kalay, A. (1985). Implications of the discreteness of observed stock prices. *The Journal of Finance*, 40(1), 135-153.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen, & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). New York: Academic Press.
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Retrieved January 20, 2013, from <http://www.iom.edu>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, 31(5), 874-879.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., & Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: Data from the belgrade pilot study. *Journal of public Health*, 31(4), 490-495.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & health sciences*, 11(1), 77-89.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847.
- Mark V. Williams, David W. Baker, & Ruth M. Parker. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *A study of patients with hypertension and diabetes*. Retrieved October 27, 2020, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9448555>
- Minkler, M. (1981). Research on the health effects of retirement: An uncertain legacy. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(2), 117-130.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social incaution. *American Journal Orthopsychiatry*, 52(1), 20-31.
- Pilisuk, M., & Minkler, M. (1985). Supportive ties: A political economy perspective. *Health Education Quarterly*, 12(1), 93-106.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health promotion international*, 23(2), 152-159.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Sathian, B., Sreedharan, J., Baboo, S., Sharan, K., Abhilash, E., & Rajesh, E. (2010). Relevance of sample size determination in medical research. *Nepal Journal of Epidemiology*, 1(1), 4-10.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Bindman, A. B., (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.
- Smith, M. T., Edwards, R. R., Robinson, R. C., & Dworkin, R. H. (2004). Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: Factors associated with increased risk. *Pain*, 111(1-2), 201-208.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., . . . Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the european health literacy survey questionnaire (hls-eu-q). *BMC Public Health*, 13(1), 948.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2014). *Focus groups: Theory and practice* (3rd ed. 20). California, CA: SAGE Publications.

- The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, & American Medical Association AD Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Jama*, 281(6), 552-557.
- Tshering, N. (2010). *Prevalence and determinants of hypertension among bhutanese monks in tashi-choe-dzong, Thimphu, Bhutan* (Master's Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Wallace, D. C. (2010). Mitochondrial DNA mutations in disease and aging. *Environmental and molecular mutagenesis*, 51(5), 440-450.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the eastern mediterranean region: 7th global conference on health promotion promoting health and development*. Nairobi: Kenya.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis*. Retrieved May 10, 2021, from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่งและหน่วยงาน | คุณวุฒิ/สาขาวิชา |
|-------|-------------------------|---|---|
| 1. | ผศ.ชยภรณ บุญเรืองศักดิ์ | อาจารย์ผู้มีความรู้ ความสามารถพิเศษ ประจำหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์ | สาธารณสุขศาสตร์ดุสิต บัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 2. | นายเกรียงกมล เหมือนนรุต | รองผู้อำนวยการสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ | วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 3. | นพ.พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล | นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ | - แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - วุฒิบัตรวิชาชีพ สาขา อายุรศาสตร์ |

ภาคผนวก ข แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่ม
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

เลขที่แบบสอบถาม □□□

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

| | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม | จำนวน 7 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจภายในตัวบุคคล | จำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัว | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ | จำนวน 24 ข้อ |

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กระผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า
จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

นายวิชา จันท์กระจ่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือเติมข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี (ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
3. อาชีพ
 () ว่างงาน () เกษตรกรรม () รับจ้าง
 () ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
 () นักเรียน/นักศึกษา () อื่นๆ
4. รายได้เฉลี่ย บาท/เดือน
5. ระดับการศึกษา
 () ไม่ได้เรียน () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา
 () อนุปริญญา/ปวส. () ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
6. สถานภาพสมรส
 () โสด () สมรส () หม้าย () หย่า / แยกกันอยู่
7. ทักษะการรู้หนังสือ () สามารถอ่านออก เขียนได้
 () ไม่สามารถอ่านและเขียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจภายในตัวบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้ทุกประการ

จริงมาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้เป็นส่วนมาก

จริงปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้ปานกลาง

จริงน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้เพียงเล็กน้อย

ไม่จริง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และไม่ตรงตามที่ท่านได้รับรู้

| ข้อความ | จริงมากที่สุด | จริงมาก | จริงปานกลาง | จริงน้อย | ไม่จริง |
|--|---------------|---------|-------------|----------|---------|
| 1. ท่านมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี | | | | | |
| 2. ท่านรู้ว่าปัจจุบันสุขภาพของตนเองแข็งแรงดี | | | | | |
| 3. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของตนเองในอนาคต | | | | | |
| 4. ท่านรู้ว่าหากปฏิบัติตัวดี ท่านจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านได้ สุขภาพของท่านจะดีขึ้นกว่าเดิม | | | | | |
| 5. ท่านรู้ว่า การไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคการออกกำลังกายจะส่งผลให้ท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต | | | | | |
| 6. จากผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ท่านเข้าใจว่าท่านเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง | | | | | |

| ข้อความ | จริง มาก ที่สุด | จริง มาก | จริง ปาน กลาง | จริง น้อย | ไม่ จริง |
|--|-----------------------|-------------|---------------------|--------------|-------------|
| 7. ท่านรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น | | | | | |
| 8. ท่านคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอื่น ๆ | | | | | |
| 9. ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพอาหาร ออกกำลังกาย การลดความเครียด ทำให้ระดับความดันโลหิตของท่านกลับมาปกติ | | | | | |
| 10. ท่านคิดว่า การงดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิต | | | | | |
| 11. ท่านคิดอยู่เสมอว่าต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดตลอดเวลา | | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้ทุกประการ

จริงมาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้เป็นส่วนมาก

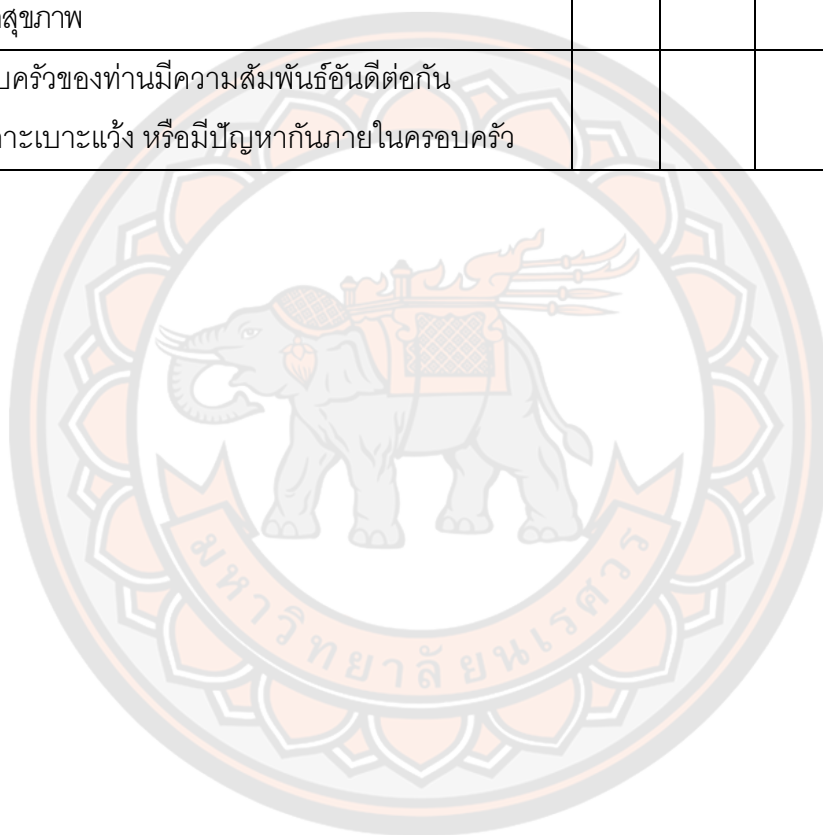
จริงปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้ปานกลาง

จริงน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้เพียงเล็กน้อย

ไม่จริง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และไม่ตรงตามที่ท่านได้รับรู้

| ข้อความ | จริงมากที่สุด | จริงมาก | จริงปานกลาง | จริงน้อย | ไม่จริง |
|---|---------------|---------|-------------|----------|---------|
| 1. สมาชิกในครอบครัวห่วงใย โดยการสอบถามผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง หรือผลการตรวจวัดความดันโลหิตของท่าน | | | | | |
| 2. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพ | | | | | |
| 3. ท่านได้รับความช่วยเหลือดูแลและเอาใจใส่ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จากสมาชิกในครอบครัว | | | | | |
| 4. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือค่าใช้จ่าย/ วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง | | | | | |
| 5. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการให้พาไปรับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำ | | | | | |
| 6. ท่านได้รับข้อมูลการตรวจวัดความดันโลหิตสูงจาก | | | | | |

| ข้อความ | จริง มาก ที่สุด | จริง มาก | จริง ปาน กลาง | จริง น้อย | ไม่ จริง |
|--|-----------------------|-------------|---------------------|--------------|-------------|
| สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง เพื่อให้ท่านทราบ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง | | | | | |
| 7. สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือนท่านเมื่อท่านผลอไม่ใส่ใจใน การดูแลสุขภาพ | | | | | |
| 8. ครอบครัวของท่านมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง หรือมีปัญหาภายในครอบครัว | | | | | |



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้ทุกประการ

จริงมาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้เป็นส่วนมาก

จริงปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้ปานกลาง

จริงน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และตรงตามที่ท่านได้รับรู้เพียงเล็กน้อย

ไม่จริง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคไม่ตรงกับสิ่งที่ท่านได้พบเจอ และไม่ตรงตามที่ท่านได้รับรู้

| ข้อความ | จริงมากที่สุด | จริงมาก | จริงปานกลาง | จริงน้อย | ไม่จริง |
|---|---------------|---------|-------------|----------|---------|
| 1. เพื่อนของท่านแสดงความห่วงใย โดยการสอบถามผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง หรือผลการตรวจวัดความดันโลหิตของท่าน | | | | | |
| 2. เพื่อนของท่านให้คำแนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือท่าน ค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพ | | | | | |
| 3. เพื่อนของท่านพาท่านไปรับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง | | | | | |
| 4. เพื่อนของท่านช่วยเตือนท่านเมื่อท่านเผลอไม่ได้ใจในการดูแลสุขภาพ | | | | | |
| 5. บุคลากรสาธารณสุข อาทิ พยาบาล นักรักษาการสาธารณสุข ฯลฯ รับผิดชอบเวลาท่านพูดหรืออธิบายอย่างตั้งใจ | | | | | |
| 6. ท่านได้รับการแจ้งผลการตรวจโรคความดันโลหิตหรือผลการตรวจเลือด บัสดาวะจากแพทย์/ | | | | | |

| ข้อความ | จริง มาก ที่สุด | จริง มาก | จริง ปาน กลาง | จริง น้อย | ไม่ จริง |
|---|-----------------------|-------------|---------------------|--------------|-------------|
| พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ท่านปรับปรุง การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเรื่องโรคความดันโลหิตสูง | | | | | |
| 7. หลังจากอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพทำให้ท่านทราบ บุคลากรสาธารณสุขจะ มีการทบทวนให้แน่ใจว่าท่านเข้าใจ | | | | | |
| 8. บุคลากรสาธารณสุขเปิดโอกาสให้ท่านได้อธิบายหรือ ทบทวนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง | | | | | |
| 9. บุคลากรสาธารณสุขจัดหาเอกสาร คู่มือหรือแนวทางใน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคความดันโลหิต สูงให้กับท่าน | | | | | |
| 10. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการมีสื่อ สำหรับให้ความรู้เรื่องการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูง เช่น ป้ายบอร์ดให้ความรู้ หนังสือ แผ่น พับ โปสเตอร์หรือวีดิทัศน์ที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและ การนำไปปรับใช้ | | | | | |
| 11. ท่านได้รับสื่อกลับไปทบทวนการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น แผ่นพับ คู่มือการดูแลตนเอง เป็นต้น | | | | | |
| 12. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการมีการ จัดระบบที่ง่ายต่อการรับบริการ ไม่ซับซ้อน และไม่รอคอย นาน | | | | | |
| 13. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการ มี ช่องทางการติดต่อที่สะดวกเมื่อท่านต้องการติดต่อ เช่น เบอร์โทรศัพท์ โน้ตบุ๊ก เป็นต้น | | | | | |
| 14. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการ มีทีม สุขภาพที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข อาทิ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ฯลฯ คอยอำนวยความสะดวก | | | | | |

| ข้อความ | จริง มาก ที่สุด | จริง มาก | จริง ปาน กลาง | จริง น้อย | ไม่ จริง |
|--|-----------------------|-------------|---------------------|--------------|-------------|
| ความสะดวก ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ เป็นต้น | | | | | |
| 15. ท่านได้รับการสอนความรู้ที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. | | | | | |
| 16. สถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการ มีความสะอาด ปลอดภัย | | | | | |
| 17. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน | | | | | |
| 18. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้คำแนะนำและช่วยท่านค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพ | | | | | |
| 19. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้กำลังใจท่านในการดูแลสุขภาพ | | | | | |
| 20. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพร้อมด้านอุปกรณ์สำหรับปฏิบัติหน้าที่ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต สมุดจดบันทึก | | | | | |

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ทำเป็นประจำประมาณสัปดาห์ละ 6-7 วัน
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำบ่อยประมาณสัปดาห์ละ 4-5 วัน
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำไม่สม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ทำประมาณสัปดาห์ละ 1-2 วัน
 ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ทำเลย

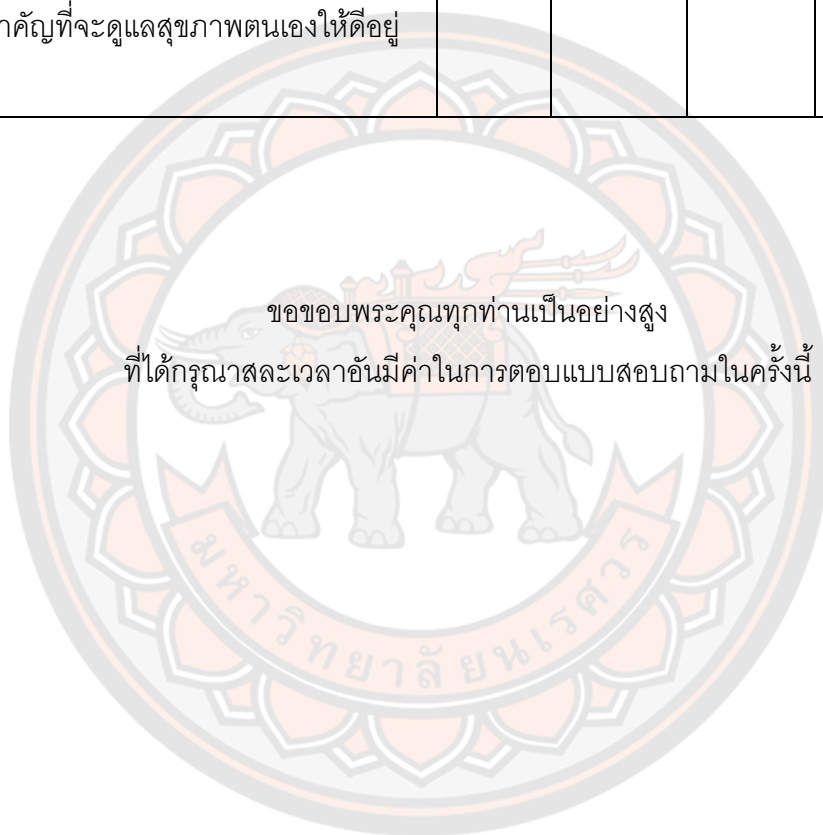
| ข้อความ | ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆครั้ง | ไม่ได้ปฏิบัติ |
|---|------------------|------------------|-----------------|------------------|---------------|
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ | | | | | |
| 1. ท่านสามารถไปพบแพทย์ บุคลากร สาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ | | | | | |
| 2. ท่านสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการ สุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคน ในครอบครัวของท่านเป็นอยู่ | | | | | |
| 3. ท่านมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่าน เลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรง กับความต้องการของท่าน | | | | | |
| 4. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มา ของข้อมูลเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ | | | | | |
| 5. ท่านสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพ ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการ สุขภาพนั้นได้ | | | | | |
| 6. ท่านรู้และเข้าใจคำอธิบายต่างๆที่เกี่ยวกับ ข้อมูลเรื่องโรค อากาการหรือการดูแลสุขภาพ | | | | | |

| ข้อความ | ปฏิบัติ เป็นประจำ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ บางครั้ง | ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง | ไม่ได้ ปฏิบัติ |
|---|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|
| และบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้ | | | | | |
| 7. ท่านอ่านด้วยความเข้าใจและสามารถ ปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือ แผ่นพับ โปสเตอร์ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคได้ | | | | | |
| 8. ท่านอ่านและเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย, ระดับ ความดันโลหิตสูง, ระดับคอเลสเตอรอล เป็นต้น | | | | | |
| การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความ เข้าใจ | | | | | |
| 9. ท่านสามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของ ท่านให้หมอ พยาบาล หรือคนอื่น รับรู้และ เข้าใจสุขภาพของท่านได้ | | | | | |
| 10. ท่านซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ ให้บริการสุขภาพเพื่อนำมาดูแล สุขภาพของ ท่านให้ดียิ่งขึ้น | | | | | |
| 11. ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายสงสัย ได้ | | | | | |
| 12. ท่านแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการ ปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ | | | | | |
| การตัดสินใจด้านสุขภาพ | | | | | |
| 13. ท่านมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพ จากหลายแหล่งนั้นก่อนตัดสินใจทำตาม | | | | | |
| 14. ท่านนำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ที่น่าเชื่อถือมาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูล | | | | | |

| ข้อความ | ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆครั้ง | ไม่ได้ปฏิบัติ |
|---|------------------|------------------|-----------------|------------------|---------------|
| นั้่นก่อนตัดสินใจทำตาม | | | | | |
| 15.ท่านได้ร่ตรงถึงเหตุผลความเป็นจริงของประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจใช้ตาม | | | | | |
| 16.ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล ก่อนที่จะนำมาใช้ตาม | | | | | |
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง | | | | | |
| 17.ท่านควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกาย เป็นต้น | | | | | |
| 18.ท่านวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของท่าน | | | | | |
| 19.ถึงแม้จะม้งานเยอะ ท่านสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้ | | | | | |
| 20.ท่านเตือนตนเองให้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัว คนในชุมชนหรือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ | | | | | |
| การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ | | | | | |
| 21.ท่านชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขาได้ | | | | | |
| 22.ท่านกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ลดรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นต้น | | | | | |
| 23.ท่านเสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับ | | | | | |

| ข้อความ | ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆครั้ง | ไม่ได้ปฏิบัติ |
|---|------------------|------------------|-----------------|------------------|---------------|
| ผู้อื่น เช่น เพิ่มผักผลไม้ เลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น | | | | | |
| 24. ท่านเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็น ความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ | | | | | |

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง
ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 159/2021
IRB No. P3-0088/2564



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 : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร
ผู้วิจัยหลัก : นายวัชร จันทระกะจาง
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
6. AF 04-10 (เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
7. AF 04-10 (เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
8. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
9. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 มีนาคม 2564
10. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 พฤษภาคม 2564
11. Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 มีนาคม 2564

ลงนาม



(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 10 พฤษภาคม 2564

วันหมดอายุ : 10 พฤษภาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าส่งใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่วันที่วันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นายวิชา จันทร์กระจ่าง

วัน เดือน ปี เกิด

ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 516/66 หมู่ 10
ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ประสบการณ์การทำงาน พ.ศ. 2563 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค

พ.ศ. 2561 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต

พ.ศ. 2560 นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค

พ.ศ. 2554 นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้อย อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร

พ.ศ. 2554 นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2554 วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร