



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง

Associations of Health Literacy to Health Promoting Behaviors in Older Adults with Hypertension

ปราณี ทัดศรี¹ ปรานค์ทิพย์ อุจะรัตน์² ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ³ จุฬาลักษณ์ อินทะนิล¹ กัญญา มีสารภี⁴
Pranee Tudsri¹ Prangtip Ucharattana² Kanitha Hanprasitkam³ Julaluck Intanin¹ Kanyana Meesarapee⁴

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, Instructor, School of Nursing, Rangsit University

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, Associate Professor, School of Nursing, Rangsit University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, Assistant Professor, Dr., School of Nursing, Rangsit University

⁴พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. บางพูน 1, Registered Nurse, Bangpooon 1 Health Promoting Hospital

Corresponding author, Pranee Tudsri, E-mail: pranee.t@rsu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงและมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 จำนวน 132 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้สุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ spearman's rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนความรู้สุขภาพด้านพื้นฐาน และด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการสื่อสารอยู่ในระดับสูง 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) ความรู้สุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .250, p = 0.01$) โดยความรู้รายด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ด้านการสื่อสารและด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ($r_s = .295, r_s = .229, p < 0.01$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การประเมินความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในระดับพื้นฐาน การสื่อสารและการคิดวิเคราะห์เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งผลการประเมินจะช่วยในการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาความรู้สุขภาพ

คำสำคัญ ความรู้สุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aimed to study the level of health literacy and health promotion behaviors of the elderly with hypertension and investigate relationships between health literacy and health promoting behaviors. The 132 elderlies were purposive selected according to the inclusion criteria. Data were collected by interview using the questionnaires including the Demographic Questionnaire, the Functional, Communication, and Critical Health Literacy Scales, and the Health Promoting Behaviors Questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics and spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that 1) the mean score of overall health literacy of the samples was at moderate, while the mean score of functional health literacy and critical health literacy were at moderate level and communicative health literacy was at high level, 2) the mean score of overall health promoting behaviors was at moderate level. Health literacy was positively correlated with health behavior at a low level ($r_s = .250, p = 0.01$), and communicative health literacy and critical health literacy were statistically correlated with health behaviors ($r_s = .295$ and $.229; p < .01$ respectively).

The finding suggested that functional, communication, and critical literacy skill assessment of the elderlies are essential. These assessments will aid in planning that will promote the health promoting behaviors of elderlies through the improvement of their health literacy level.

Keywords health literacy, health promotion behaviors, hypertension, older adult

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายที่จะลดความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ร้อยละ 25 ภายในปี ค.ศ. 2025 (เปรียบเทียบกับความชุกที่พบในปี ค.ศ. 2010) (WHO, 2019) เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์ทั้งในเชิงการป้องกันและการรักษาด้วยยา แต่พบว่าความชุกของการเกิดโรคนี้ยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (WHO, 2019)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบว่า ความชุกของการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 3.31 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับจนสูงสุดพบว่า กลุ่มอายุ 60 -69 มีความชุกของโรคร้อยละ 55 กลุ่มอายุ 70 -79 ปี มีความชุกร้อยละ 67.2 และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 76.6 (วิชัย เอกพลากร, 2564) และโรคนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยมากกว่า 50,000 คนต่อปี (WHO, 2019) จากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า

ในปี 2562 -2564 อัตราตายของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในระดับประเทศคือ 14.21, 14.22 และ 14.48 ตามลำดับ และในจังหวัดปทุมธานี คือ 6.46, 6.42 และ 5.96 (กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากการลดความดันโลหิต systolic ลง 10 มม.ปรอท หรือลดความดันโลหิต diastolic ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดอัตราการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด stroke ได้ร้อยละ 35 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย นอกจากการใช้ยาแล้ว อีกปัจจัยที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกาย และการจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ความรอบรู้สุขภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนาภาวะสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดใน Sustainable Development Goal

แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ เป็นประเด็นที่ได้รับการยอมรับอย่างต่อเนื่องว่ามีความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ในช่วง

สองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า แนวคิดความรอบรู้สุขภาพส่งผลดีต่อบุคคลด้านการสาธารณสุขและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ รวมทั้งถูกกำหนดเป็นมาตรการหนึ่งที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในตัวบุคคล ได้แก่ ทักษะการรู้หนังสือ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจและสามารถเลือกใช้ข้อมูล เพื่อตัดสินใจและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพของตน (Nutbeam, 2000) ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูล โดยบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย ช่วยให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี, 2559; Suka, et al, 2015) การใช้ยาตามแผนการรักษา (อรุณี หล้าเขียว และ ทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2558; Shi, Shen, Duan, Ding, & Zhong, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สะท้อนความสำคัญของการประเมินระดับความรอบรู้สุขภาพให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 (รพ.สต. บางพูน 1) เป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิขนาดใหญ่ รับผิดชอบดูแลประชากร 15,263 คน จากรายงานจำนวนผู้ป่วยของสถานพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,370 คน (ร้อยละ 8.9) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 942 คน (ร้อยละ 69) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาต่อเนื่องจากที่ รพ.สต. บางพูน 1 จำนวน 142 คน ซึ่ง รพ.สต. บางพูน 1 มีเป้าหมายในการดูแล

สุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และมุ่งหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จากการศึกษาของปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ่ง (2561) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ในรพ.สต. หลักหก และบางพูน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาความรอบรู้สุขภาพและความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงในพื้นที่ การศึกษาความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้สถานบริการเรียนรู้ลักษณะและเข้าใจบริบทของผู้รับบริการในด้านความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การหาแนวทางและรูปแบบการพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการให้ดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นความร่วมมือระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และ รพ.สต.บางพูน 1 ซึ่งความร่วมมือนี้จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเชี่ยวชาญระหว่างการศึกษาและการปฏิบัติ ซึ่งจะเป็พื้นฐานของการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกัน เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. ระดับความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง

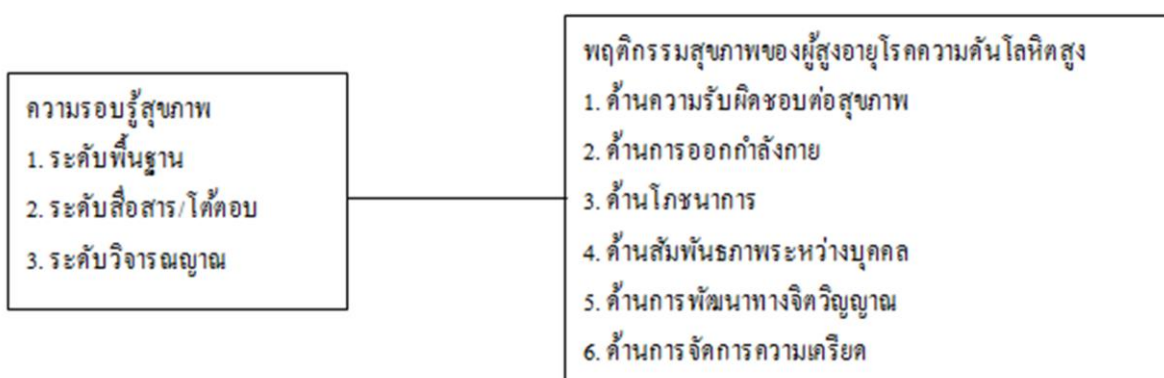
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Muraugh, Parson, & Pender, 2019) โดยความรอบรู้สุขภาพเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ นัทบีมอธิบายว่า ความรอบรู้สุขภาพจัดเป็นต้นทุนหรือสินทรัพย์ (asset) ในตัวบุคคล และเป็นเครื่องมือที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมภาวะสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งด้านบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม หากบุคคลไม่มีความรอบรู้สุขภาพก็จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์สุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้สุขภาพ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งทักษะหรือความสามารถที่บุคคลต้องมีเพื่อให้เกิดความรอบรู้สุขภาพประกอบด้วย ทักษะการอ่าน การคิด วิเคราะห์ รู้จักเลือก กลั่นกรองข้อมูล รวมถึงการ

สื่อสารที่มีประสิทธิภาพจนเกิดความชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติได้ Nutbeam (2000) ได้แบ่งระดับความรู้สุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้สุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) หมายถึง การมีทักษะพื้นฐานการอ่าน และการเขียนที่สามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ความรู้สุขภาพระดับสื่อสาร/โต้ตอบ (interactive / communicative health literacy) ในระดับนี้บุคคลต้องใช้ทักษะด้านปัญหาและการรู้หนังสือ ในระดับที่สูงกว่าระดับพื้นฐาน ร่วมกับการใช้ทักษะทางสังคม (social skill) เมื่อเจอสถานการณ์ใหม่ก็สามารถที่จะแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน วิเคราะห์/สังเคราะห์ความรู้ใหม่เพื่อใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพหรือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และ 3) ความรู้สุขภาพระดับวิจารณ์ (critical health literacy) หมายถึง การใช้ทักษะทางปัญหาที่สูง และซับซ้อนขึ้นร่วมกับทักษะทางสังคม ในการประเมิน ข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ

เปรียบเทียบเพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้ใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Murdaugh et al., 2011) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการประเมินและช่วยเหลือบุคคลเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีการพัฒนาแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ II (Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) 2) การออกกำลังกาย (physical activity) 3) โภชนาการ (nutrition) 4) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (interpersonal relations) 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) และ 6) การจัดการความเครียด (stress management) (Walker, Sechrist, Pender, 1995) (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์
(descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่ รพ.สต. บางพูน 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต. บางพูน 1 ในช่วงเดือน ธันวาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงและไม่มีภาวะแทรกซ้อน มารับบริการที่ รพ.สต. บางพูน 1 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) มีภาวะรู้คิดปกติ ประเมินจากแบบคัดกรองการรู้คิดบกพร่อง (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6 CIT) โดยต้องได้คะแนนน้อยกว่า 8 จากคะแนนเต็ม 28 และ 4) ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประเมินจากคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบาร์เทล (Barthel Activities of Daily Living Index) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนจาก 20 คะแนน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากงานวิจัยที่ผ่านมาของกรรณิการ์ กาวีสรทรัพย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ นุชนาฏ สุทธิ (2562) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่า $r = .37$ เมื่อนำไปเปิดตารางโดยกำหนดค่า $\alpha = .05$ power = .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 118 ราย (Norwood, 2000) เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่ม

ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 เป็น 130 ราย ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง (The Six Item Impairment Test: 6 CIT) เพื่อใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง ที่พัฒนาโดย Brooke and Bullock และแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม (2560) มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล 3 ข้อ ความจำ 1 ข้อ และการคิดคำนวณ 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะรู้คิดบกพร่อง เครื่องมือมีความไวร้อยละ 78.57 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 100 ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบาร์เทล (Barthel Activities of Daily Living Index) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง โดยการให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม คะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 หมายถึง

ช่วยเหลือตัวเองได้ แบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ทั้งในคลินิกและงานวิจัยในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลหลัก และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยเป็นความดันโลหิตสูง จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ ของอนุญาติใช้แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จิราพร ชลธิชชาลาลักษณ์ (Chontichachalauk, 2015) จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน คือ ไม่เคย นานครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ตามลำดับ แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-56 คะแนน คะแนนรวมยิ่งมากความรอบรู้ด้านสุขภาพยิ่งมาก แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้ คะแนน 45-56 (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง คะแนน 34-44 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง คะแนน 14 – 33 (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามของ สิริกานต์ พันภัยพาล (2555) ซึ่งประยุกต์ใช้กิจกรรม 6 ด้านของเพนเดอร์ (Walker et al., 1995) แบบสอบถามมีจำนวน 43 ข้อ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 7 ข้อ ด้านโภชนาการ 10 ข้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำเป็นบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง ทำเป็นประจำ ตามลำดับ แปลผลคะแนนโดยรวมและรายด้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 - 100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (ร้อยละ 60) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต (เลขที่ COA. No. RSUERB 2021-061) และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1

หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัย ประสานหน่วยงาน รพ.สต. บางพูน 1 เพื่อขอ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเข้า แนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง และทำการพิทักษ์สิทธิ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการเก็บ ข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างใน การตอบรับหรือปฏิเสธหรือขอยกเลิกการเข้าร่วม การวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการที่ ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ รวมถึง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยจะให้กลุ่ม ตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการ สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วย วิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้แบบสอบถามและ วิธีการเก็บข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูล โดยนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการ เก็บข้อมูล ในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ ช่วยวิจัยมีการปฏิบัติตัวตามมาตรการเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ได้แก่ มีผล การตรวจ ATK เป็นลบ จัดที่นั่งให้มีระยะห่าง และใส่หน้ากากอนามัยตลอดการสัมภาษณ์ เมื่อ พบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอีกครั้ง และ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำ การคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบการรู้คิด บกพร่อง (6 CIT) และแบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบาร์เทล (Barthel Activities of Daily Living Index) หาก

กลุ่มตัวอย่างมีการรู้คิดปกติ ไม่มีภาวะฟุ้งเฟิง และ ยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามตามแบบสอบถามให้ กลุ่มตัวอย่างฟังและให้เลือกตอบคำถามอย่าง อิสระ ใช้เวลาคนละประมาณ 30 – 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการศึกษาหาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ เป็น ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.8) มีอายุ ระหว่าง 60 – 89 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่ม อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 51.52) รองลงมาอยู่ในกลุ่ม อายุ 70 -79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.09 และร้อยละ 14.39 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรส หม้ายมากที่สุด (ร้อยละ 43.2) รองลงมา สถานภาพคู่ (ร้อยละ 37.9) จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 84.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นแม่บ้านร้อยละ 69.7 ผู้สูงอายุเกือบทุกคน มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 99.2) และ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีรายได้จากบุตร

หลาน (ร้อยละ 50.8) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่ามี รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 80.3) ครั้งหนึ่งของกลุ่ม ตัวอย่าง คิดว่ามีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 50.8) รองลงมาคิดว่ามีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ (ร้อยละ 29.5) ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งจะพัก อยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 53) และอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน (ร้อยละ 29.6) โดยผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 79.5) และส่วนใหญ่ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 90.9)

สำหรับข้อมูลสุขภาพ ระยะเวลาการป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ครั้งหนึ่งของ กลุ่มตัวอย่าง เป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 11 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.7) รองลงมา มี ระยะเวลาป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 24.2) และมีดัชนี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=132)

ความรอบรู้สุขภาพ	Mean	SD	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
			จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านพื้นฐาน	12.61	4.17	30 (22.7)	52 (39.4)	50 (37.9)
ด้านการสื่อสาร	15.03	3.18	66 (50.0)	45 (34.1)	21 (15.9)
ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	11.46	2.23	43 (32.6)	71 (53.8)	18 (13.6)
โดยรวม	39.12	6.70	28 (21.2)	74 (56.1)	30 (22.7)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 (Mean =133.95, SD =13.76) โดย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่อยู่ใน ระดับดีหรือสูง ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ร้อยละ 49.2 (Mean = 27.78, SD = 4.04) ด้าน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร้อยละ 62.1 (Mean =19.32, SD = 3.21) ด้านการเจริญทางจิต

มวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 57.6) ส่วนใหญ่ไม่มี โรคร่วมอื่น (ร้อยละ 75.8) และประมาณครึ่งหนึ่ง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 53.8)

ความรอบรู้สุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ สุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.1 (Mean =39.12, SD = 6.70) โดย คะแนนความรอบรู้สุขภาพด้านพื้นฐาน ร้อยละ 39.4 (Mean =12.61, SD =4.17)และด้านการคิด อย่างมีวิจารณญาณ ร้อยละ 53.8 (Mean =11.46, SD =2.23) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการ สื่อสารอยู่ในระดับสูงร้อยละ 50 (Mean =15.03, SD =3.18) (ตารางที่ 1)

วิญญาณ ร้อยละ 92.4 (Mean =15.18, SD = 1.49) และด้านการจัดการความเครียด ร้อยละ 85.6 (Mean =25.20, SD = 3.15) พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ร้อยละ 59.1 (Mean = 29.74, SD =4.06) และพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 59.8 (Mean =16.70, SD = 4.69) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง (n=132)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	SD	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
			จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านความรับผิดชอบ	27.78	4.04	65 (49.2)	59 (44.7)	8 (6.1)
ด้านกิจกรรมทางกาย	16.70	4.69	27 (20.5)	26 (19.7)	79 (59.8)
ด้านโภชนาการ	29.74	4.06	44 (33.3)	78 (59.1)	10 (7.6)
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	19.32	3.21	82 (62.1)	43 (32.6)	7 (5.3)
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	15.18	1.49	122 (92.4)	9 (6.8)	1 (0.8)
ด้านการจัดการความเครียด	25.20	3.15	113 (85.6)	16 (12.1)	3 (2.3)
โดยรวม	133.95	13.76	57 (43.2)	72 (54.5)	3 (2.3)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman's rank correlation coefficient) พบว่า ความรอบรู้สุขภาพ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่

ด้านการสื่อสารและด้านการคิดวิเคราะห์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .250, .295,$ และ $.229, p < .01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยสถิติ spearman rank correlation coefficient (n = 132)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ระดับความสัมพันธ์
	r_s	p value	
ด้านพื้นฐาน	.023	.794	ไม่มี
ด้านการสื่อสาร	.295	.001	ระดับต่ำ
ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	.229	.008	ระดับต่ำ
โดยรวม	.250	.01	ระดับต่ำ

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้สุขภาพ

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ การีสรร์พ และคณะ (2562) และแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน

อาจอธิบายได้จากลักษณะกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างครั้งหนึ่งมีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และเป็นแม่บ้าน จึงอาจมีผลต่อความสามารถในการอ่าน และการเรียนรู้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความจำกัดในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูล เนื่องจากปัญหาสายตาและตัวอักษรที่มีขนาดเล็ก และไม่เข้าใจข้อความ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และเมื่อพิจารณาความรอบรู้สุขภาพด้านพื้นฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในระดับปานกลางและระดับต่ำใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 39.4 และ 37.9 ตามลำดับ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และ วิทยา จันทร์ทา, 2561) สถานภาพสมรส (แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี, 2559) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสนใจในการสืบค้นและทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Giena, Thongpats, & Nitirat, 2018)

สำหรับความรอบรู้สุขภาพด้านการสื่อสารอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้จากการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่าง มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เนื่องจากสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน และมีการจัดคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสัปดาห์ละ 2 วัน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ มีแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกที่มาประจำต่อเนื่อง

ไม่ได้เป็นการหมุนเวียนแพทย์ ทำให้มีความคุ้นเคยกัน การมารับบริการสุขภาพตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นโอกาสที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพบแพทย์ พยาบาล และผู้สูงอายุอื่น รวมถึงการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ทำให้ผู้สูงอายุกล้าซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านการสื่อสารเป็นทักษะสังคม ที่ต้องใช้ในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562) การมาพบแพทย์ตามนัดจึงเป็นโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมพบปะพูดคุยกับบุคลากรสุขภาพ อสม. และผู้ป่วยอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเฉลี่ยวันละ 60 คน ระยะเวลาในการพบแพทย์จึงไม่มาก และรูปแบบการสื่อสารของกลุ่มตัวอย่างเป็นการสอบถามมากกว่าเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลจนเกิดความเข้าใจ จากการสัมภาษณ์ พบว่า สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้น้อย คือ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยเฉพาะหากเป็นข้อมูลมาจากแพทย์หรือพยาบาล ทำให้ความรอบรู้ด้านการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ทักษะการคิดวิเคราะห์ที่ดี จำเป็นต้องมีทักษะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ ต้องสามารถถามคำถามจนได้ความกระจ่างของข้อมูลที่ต้องการ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ การ์ิสรรพ และคณะ (2562) ปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาค

กลิ้ง (2561) และ Giena et al. (2018) แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ Chantakeeree, Sormunen, Jullamate, and Turunen (2021) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาที่แตกต่างอาจอธิบายจากความแตกต่างของลักษณะบุคคลและการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งในกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Murdaugh et al., 2019) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ รายได้ และการรับรู้ความสามารถตนเอง (Chantakeeree et al., 2021; Khodaveisi, Omid, Farokhi, Soltanian, 2017)

กลุ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อาจอธิบายได้จากความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่มีจำนวนมากกว่าโรคเรื้อรังอื่น สถานพยาบาลได้เพิ่มวันคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเป็นสัปดาห์ละ 2 วัน และกลุ่มตัวอย่างพักอาศัยในชุมชนจึงสามารถเดินทางไป รพ.สต. ได้ไม่ยาก ทำให้สามารถมาพบแพทย์ตามนัด และได้รับยาไปรับประทานจึงไม่ขาดยา ในกรณีที่ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด กลุ่มตัวอย่างสามารถมาตรวจในวันที่มีคลินิกภายหลังได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอยู่กับบุตรหลานและ/หรือคู่สมรส ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน

ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมจากครอบครัว เช่น การพาไปพบแพทย์ การจัดหาอาหาร การรับฟังปัญหา การสนับสนุนด้านการเงิน เป็นต้น ตามแนวคิดของเพนเดอร์ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Murdaugh et al., 2019)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้จาก การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร่วมกับการมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร แต่อาจไม่สามารถปฏิบัติตามได้ครอบคลุม เนื่องจากมีบุตรหลานรับผิดชอบซื้ออาหารให้ และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่แม่บ้าน เป็นผู้จัดหาอาหารให้ครอบครัว อาจต้องจัดหาอาหารที่ตอบสนองสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับช่วงอายุของผู้สูงอายุ อายุที่มากขึ้นจะออกกำลังกายน้อยลง (กรรณิการ์, กวีสรพร และคณะ, 2562) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองมีการออกกำลังกาย แต่เมื่อถามถึงระยะเวลา และความถี่ พบว่า ผู้สูงอายุออกกำลังกายครั้งละ 10 - 15 นาที ไม่สม่ำเสมอ และเชื่อว่าการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้านเป็นการออกกำลังกาย นอกจากนี้ในแบบสอบถามมีข้อคำถามเกี่ยวกับการอบอุ่นร่างกายและการเคลื่อนไหวเบา ๆ หลังการออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เข้าใจและไม่ได้ปฏิบัติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ($r_s = .250$) ที่ระดับสถิติมีนัยสำคัญ 0.01 ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (กรรณิการ์ การิสรพร และคณะ, 2562; แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559; Suka et al, 2015) และพบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านการสื่อสารและด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำเช่นกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายตามแนวคิดของนักป๋ิมว่า ความรอบรู้สุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ (resources) ที่มีอยู่ในตัวบุคคล การมีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูงช่วยให้บุคคลสามารถเลือกหาข้อมูล ความรู้ในการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ตลอดจนการทำความเข้าใจ คิดไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกข้อมูลเพื่อนำมาใช้ให้เหมาะกับสถานการณ์ของตนเองได้ (Nutbeam, 2008) การศึกษาของ Suka et al (2015) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพเพียงพอ จะปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงน้อย และ ความรอบรู้สุขภาพด้านการคิดวิเคราะห์ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากไม่สามารถใช้การคิดวิเคราะห์มาใช้กับตนเองตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมของตนเองได้ (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559)

สำหรับความรอบรู้สุขภาพด้านพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจอธิบายได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านความสามารถการอ่านเขียนเป็นหลัก แต่อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ได้พบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ และยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากนัก ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นการปฏิบัติต่อเนื่องตามที่เคยปฏิบัติมา การศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทรทัต (2561) พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคมียความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.167$, $p = .001$) ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรกจะให้ความสำคัญในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมากกว่าผู้ป่วยที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน

ข้อจำกัดในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจากข้อความที่กำหนดโดยตอบตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งบางครั้งกลุ่มตัวอย่างอาจมีปัญหาในการตีความในด้านความถี่ของการปฏิบัติ และอาจทำให้มีการประเมินตนเองเกินความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการประเมินระดับความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนา และเป็นแนวทางในการกำหนดความสามารถและทักษะที่ต้องการพัฒนา

2. ควรมีการทำวิจัย เพื่อศึกษาวิธีการในการพัฒนาทักษะความรอบรู้สุขภาพให้แก่กลุ่มที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัวผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำวิจัยประจำปี พ.ศ. 2564 จากสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ การิสรทรัพย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และอนุชานาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 25(3), 280 – 295.

กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2566).

ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ: จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560 -2564) สืบค้น 12 กุมภาพันธ์ 2566, จาก

<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและนันทบุรี: อมรินทร์บุ๊ก เซ็นเตอร์.*

ปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ้ง. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง: เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้.

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29 (2), 157-169.

พรทิพย์ มาลาธรรม. (2560). *แบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง: 6 CIT.* [Unpublished manuscript.] โรงเรียนพยาบาลรามาชิปดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทร์ทา. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 24 (2), 34 -51.

วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 -2563.* กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไปพ.ศ. 2562.* เชียงใหม่: ทรिकิ่งค์.

สิริกานต์ พันภัยพาล. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้เป็นความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.*

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 3(25), 43-54.

- อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. *รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอ ผลการวิจัยระดับชาติ และนานาชาติกลุ่มระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์*, 1(6), 635-649. สืบค้นจาก <http://journalgrad.ssru.ac.th/index.php/01/article/view/328/287>
- Chantakeeree, C., Sormunen, M., Jullamate, P., & Turunen, H. (2021). Health-promoting behaviors among urban and rural older Thai adults with hypertension: A cross-sectional study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25 (2), 242-253.
- Chontichachalalauk, J. (2015). *Translation and evaluation of the version of the Diabetes Numeracy Test for older adult with type 2 diabetes*. (Unpublished doctoral dissertation). The University of Texas at Austin, United States.
- Giena, V. P., Thongpat, S., Nitirat, P. (2018). Predictors of health promoting behaviour among older adults with hypertension. *International Journal of Nursing Sciences*, 5 (2), 201–5. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.04.002
- Khodaveisi, M., Omid, A., Farokhi, S., Soltanian, A. R. (2017). The effect of Pender's Health Promotion Model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5 (2), 165-174.
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. N., Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (Eight Edition). New York: Pearson.
- Norwood, S. L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey: Prentice Hall.
- 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 and Medicine*, 67(12), 2072- 2078.
- Shi, S., Shen, Z., Duan, Y., Ding, S., & Zhong, Z. (2019). Association between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Frontiers in Pharmacology*, 10(7), 6-7.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumittani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., . . . & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660-668. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.013.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health – Promoting*

Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult version).

Retrieved March 10, 2023, from

<https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027>

.42/85349

WHO. (2019). *Hypertension care in Thailand: Best practices ad challenges 2019*. Retrieved

Sep 12, 2022, from

<file:///Users/pranee/Downloads/978929022>

7403-eng%20(1).pdf