



ความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรค
ความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

วันวิสา ยะเกียงงำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

กันยายน 2565

ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเลี้ยงโรค
ความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก



วันวิสา ยะเกียงงำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

กันยายน 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

Health Literacy and Health Promotion Behaviors for
Hypertension Risk Groups in Elderly, Thungkrachor Subdistrict,
Bantak District, Tak Province



Wanwisa Yakiangngam

A Thesis Submitted in partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health Program (Public Health)
faculty of Science and Technology Uttaradit Rajabhat University

September 2022

Copyright of Uttaradit Rajabhat University

วิทยานิพนธ์ เรื่อง
ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่ง
กระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
ของ
วันวิสา ยะเกี้ยงงำ

ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
ให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ศาสตราจารย์ ดร.อนุรักษ์ ปัญญาภูวัฒน์)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชารีย์ ใจคำวัง)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์และเลขานุการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์)

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษาประจำหลักสูตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมคิด ทุ่งใจ)

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจัน)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาวิณี สัตยาภรณ์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง	ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
ผู้วิจัย	วันวิสา ยะเกี้ยงงำ
ปริญญา	หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชารีย์ ใจคำวัง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,071 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 284 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 เพศหญิง ร้อยละ 49.3 อายุเฉลี่ย 68 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.3 รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 23.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดีมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลทุ่งกระเซาะควรจะจัดกระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อพัฒนาระดับให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง



Abstract

Title	Health Literacy and Health Promotion Behaviors for Hypertension Risk Groups in Elderly, Thungkrachor Subdistrict, Bantak District, Tak Province
Author	Wanwisa Yakiangngam
Degree	Master of Public Health Program (Public Health)
Advisor	Assistant Professor Dr. Nicharee Jaikhamwang
Co-Advisor	Assistant Professor Dr. Pongsak Onmoy

The purpose of this research was to study the levels of health literacy and health promotion behaviors, as well as the relationship between health literacy and health promotion behaviors among the elderly groups at risk of hypertension in Thungkrachor Sub-district, Bantak District, Tak Province. The population was 1,071 elderly people aged 60 and over who were at risk of hypertension. The study sample, selected by the simple random sampling technique, consisted of 284 participants. The research instrument was a questionnaire. The statistical devices employed for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation coefficient.

The results revealed that the majority of elderly people at risk of hypertension were male (50.7 percent) and female (49.3 percent), were 68 years old on average, had a primary education (86.9 percent), were married (55.3 percent), and earned between 5,001 and 10,000 baht (23.2 percent). They were given the highest level of health literacy as well as health promotion behaviors. Health literacy in health decision making, health self-management, access to health information and services, health communication, and media and health information awareness were moderately correlated with health promotion behaviors at the statistically significant level.

Public health professionals in Thungkrachor Sub-district should then

organize an integrated learning process to increase the level of health literacy and appropriate health promotion behaviors in elderly people at risk of hypertension for future well-being.

Keyword : Health Literacy, Health Promotion Behavior, Elderly Hypertension Risk Group



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาชี้แนะและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชากรีย์ ใจคำวัง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องมาโดยตลอด ตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์ อาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ และอาจารย์ ดร.สุนีย์ กันแจ่ม ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ รวมทั้งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาด้านเนื้อหา ให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์

กราบขอบพระคุณ นายธวัช จงนิมิตรสถาพร สารานุกรมสุขอำเภอบ้านตาก นายเกษม ปันตานิสิต บัวเผื่อน และนายสุรัตน์ ไม้พวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลทุ่งกระเซาะ และพี่พยาบาลที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุตำบลทุ่งกระเซาะทุกท่านที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ จนทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และกราบขอบพระคุณกำนันตำบลทุ่งกระเซาะ ผู้ใหญ่บ้านตำบลทุ่งกระเซาะทุกหมู่บ้านที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และสนับสนุนข้อมูลมาโดยตลอด

กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุรเชษฐ์ บุญรักษั ที่กรุณามาเป็นกรรมการในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.อนุรักษ์ ปัญญาวัฒน์ และอาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

อนึ่ง ตลอดเวลาของวิทยานิพนธ์ คุณค่า และคุณประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

วันวิสา ยะเกี๋ยงำ

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย	59
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	60
เกณฑ์การหาค่า	68
การสร้างเครื่องมือวิจัย.....	69
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	72
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98
สรุปผลการวิจัย.....	98
อภิปรายผล.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	109
บรรณานุกรม.....	112
ภาคผนวก	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	118
ภาคผนวก ข สำเนาหนังสือราชการ	120
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	128
ประวัติย่อผู้วิจัย	141

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำนวน 12 หมู่บ้าน.....	59
ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.	61
ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.	62
ตารางที่ 4 เกณฑ์การให้คะแนนการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.	63
ตารางที่ 5 เกณฑ์การให้คะแนนการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.	64
ตารางที่ 6 เกณฑ์การให้คะแนนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.	65
ตารางที่ 7 เกณฑ์การให้คะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3 อ. 2 ส.	66
ตารางที่ 8 เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.	67
ตารางที่ 9 สรุปคะแนนในภาพรวมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.	68
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	77
ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	81
ตารางที่ 12 แสดงคะแนนรวมของความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (n = 284).....	82
ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	83
ตารางที่ 14 แสดงคะแนนรวมของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (n = 284).....	84
ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละของการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ.....	85
ตารางที่ 16 แสดงคะแนนรวมของการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (n = 284).....	86
ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละของการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	87
ตารางที่ 18 แสดงคะแนนรวมของการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (n = 284).....	88
ตารางที่ 19 แสดงจำนวน ร้อยละของการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ.....	89
ตารางที่ 20 แสดงคะแนนรวมของการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (n = 284)	90
ตารางที่ 21 แสดงจำนวน ร้อยละของการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง.....	91
ตารางที่ 22 แสดงคะแนนรวมของการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (n = 284).....	92
ตารางที่ 23 แสดงคะแนนสรุปในภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง (n = 284).....	92

ตารางที่ 24 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก
 3 อ. 2 ส. 93

ตารางที่ 25 แสดงจำนวน ร้อยละของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
 โรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. 94

ตารางที่ 26 สรุปคะแนนในภาพรวมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพฤติกรรม
 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. 96

ตารางที่ 27 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
 การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง..... 97



สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย..... 8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยในปี 2560 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.1 โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานการณ์สูงในระดับประเทศไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกจาก 194 ประเทศมีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2561) อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเพิ่มจาก 12,971.3 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 14,926.5 ในปี พ.ศ. 2560 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สถิติประชากรผู้สูงอายุมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง และสถิติความชุกของโรคนั้นเพิ่มสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2558-2560 จากร้อยละ 55.92 เป็นร้อยละ 64.93 และนอกจากนี้ยังพบสถิติของอัตราการเสียชีวิต จากสาเหตุความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากเดิมร้อยละ 5.7 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 12.1 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2560 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก โดยจำนวนที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นเนื่องจากความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดงตามอายุที่มากขึ้น (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2561) และอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเพิ่มจาก 916.9 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 1,353.1 ในปี พ.ศ. 2560 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดตากมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุด ซึ่งอำเภอบ้านตากที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุด โดยมีอัตราการป่วย 2,295.3 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2559) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จากสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีสาเหตุสำคัญจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงร่วม 3 อ. 2 ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา) ซึ่งเป็น

พฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยมีปัจจัยหลักจากพื้นฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2554-2563) เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตคนไทยให้ลดความเสี่ยง การเกิดโรค ลดปัญหาโรคแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่พบว่า เมื่อมีการนำไปสู่การปฏิบัติยังได้ผลน้อย จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการจัดการตนเอง รวมถึงสามารถ ชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ตลอดจนประเมินและเลือกใช้ ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อการส่งเสริม คุ้มครองรักษาและ คุ้มครองภาวะสุขภาพในบริบทต่าง ๆ ตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิตได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะ บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีความลำบากในการทำความเข้าใจ จดจำข้อมูลทางสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2561) รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพ ที่จำกัดก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ เกิดโรคได้ง่ายไม่สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วย ตนเอง ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น (Carthy, Waite, Curtis, Engel, Baker & Wolf, 2012) ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง อายุที่ เพิ่มขึ้น ปัญหาในการฟังและอ่าน ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับและใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้าน สุขภาพ ทำให้มีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อม (Nutbeam, 2009) ระดับความสามารถในการอ่าน การรับรู้ทางสายตา การได้ยินเสียง การประมวลผล การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงส่งผลทำให้ความรอบรู้ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่จะขาดการดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Kim, 2009)

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2561) การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการ ชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของประชาชนโดยเพิ่มความสามารถที่จะเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะในการจัดการตนเอง จนสามารถสื่อสารและ โน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อเข้ามาเสนอ เพื่อใช้ เป็นเหตุผลประกอบการประกอบในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น และในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึง กำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหา

ระดับโลก ดังนั้น หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม คือ ประชากรขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ (WHO, 2009) การพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลที่มีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นด้วยโมเดลความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ การมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ เพิ่มการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ สามารถรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจนสามารถเกิดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องได้ (Nutbeam, 2008)

ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงประจำปี พ.ศ. 2561 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลทุ่งกระเซาะพบว่า ในประชากรช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,372 คน พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,071 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกระเซาะ, 2561 ; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่, 2561, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยพลู, 2561) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 86 คน โดยเพิ่มจาก 27 คน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 69 คน ในปี พ.ศ. 2560 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ส่วนมากสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพและจะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ การหารายได้มากกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ประกอบกับการบริโภคอาหารที่นิยมอาหารรสจัดทั้งหวาน มัน เค็ม ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการจัดบริการเชิงรุกยังไม่ทั่วถึง การพัฒนาสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพยังไม่หลากหลายและไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งยังไม่มีแผนพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไว้ในข้อบัญญัติของตำบล และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาในส่วนของการดูแลด้านการเจ็บป่วยโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เน้นในเรื่องของการรักษา เมื่อมีการเจ็บไข้ได้ป่วยในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพนั้นได้ให้ความรู้สุขภาพศึกษาเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งยังไม่มีความรู้ในด้านพฤติกรรมสุขภาพและยังไม่ครอบคลุมประเด็นความรู้ด้านสุขภาพของการมีสุขภาพที่ดีตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) จึงได้มีการสำรวจการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2563) ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากผลการวิจัยในส่วนของข้อเสนอแนะนั้น ควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาในประเด็นนี้ และยังมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเป็นการศึกษาเพียงบางประเด็น ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและยังพบว่า ในประเด็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงยังมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้น ในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่เห็นถึงสถานการณ์การเจ็บป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อนำข้อมูลเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมและออกแบบพัฒนาการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก อยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก อยู่ในระดับใด
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขอบเขตในการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

1. ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้
 - 1.1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ
 - 1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
 - 1.3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ
 - 1.4 การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ
 - 1.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
 - 1.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.
 - 2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณอาหารที่เหมาะสมหลากหลายให้ครบ 5 หมู่ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ทานอาหารสุกสะอาด
 - 2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที
 - 2.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด สามารถลดความเครียดของตนเองได้ด้วยการทำสมาธิ การออกกำลังกาย เมื่อเกิดความเครียด
 - 2.4 พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ ไม่ทดลองสูบบุหรี่
 - 2.5 พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา ไม่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดื่ม ดม กิน เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองแบบคัดกรองมาตรฐานตามระบบของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีภาวะก่อนความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีค่า Systolic BP ระหว่าง 130–139 mm/Hg หรือ Diastolic BP ระหว่าง 80–89 mm/Hg หรือ $\geq 140/90$ mm/Hg (ได้รับการตรวจวัดความดันอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที) และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประจำปี พ.ศ. 2561 และอาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 1,071 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในเขตพื้นที่ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีจำนวน 12 หมู่บ้าน ซึ่งอยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกระเซาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยพลู

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยเรื่องความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษาเดือน มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองแบบคัดกรองมาตรฐานตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) หมายถึง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงที่สุดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (Systolic Blood Pressure: SBP) ระหว่าง 130–139 mmHg หรือผู้ที่มีค่าความดันโลหิตต่ำที่สุดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (Diastolic Blood Pressure: DBP) ระหว่าง 80–89 mmHg (ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง และห่างกัน 15 นาที) มีชื่ออยู่ในทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงประจำปี พ.ศ. 2561 อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก

3 อ. 2 ส. (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งใช้แบบสอบถามในการวัดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ หมายถึง การระลึกได้ จำได้ และเข้าใจต่อการปฏิบัติตัว เพื่อสุขภาพตนเองที่ยั่งยืนตามหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.

2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นคว้าแสวงหา ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และมีคุณภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

3. การสื่อสารด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน รวมไปถึง ความสามารถในการโน้มน้าวผู้อื่นให้ปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.

4. การจัดการตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหา ของตนเองได้ในด้านต่าง ๆ เช่น อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ ตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส.

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะ วิเคราะห์ ตี ความหมายของข้อมูลได้ถูกต้อง แม่นยำ และสามารถประมวลข้อมูลก่อนนำไปใช้เพื่อ สุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามหลัก 3 อ. 2 ส.

6. การตัดสินใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความกล้าในการเลือก หรือให้ความสำคัญ ต่อสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่นตามหลัก 3 อ. 2 ส.

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งใช้แบบสอบถามในการวัดพฤติกรรมในการสร้างเสริม สุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารในปริมาณอาหารที่เหมาะสม หลากหลาย ไม่จำเจ ลดหวาน มัน เค็ม สะอาด สุก และปราศจากเชื้อโรค

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การแสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกายที่แสดง ถึงการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย โดยปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งชนิด ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่น้อยกว่าครั้งละ 30 นาที

3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด หมายถึง วิธีการการที่ผู้สูงอายุสามารถลดความ เครียดของตนเองได้ เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย อย่างน้อยหนึ่งวิธีทุกครั้งเมื่อมีความเครียด

4. พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำที่แสดงออกเกี่ยวกับการไม่ยุ่งเกี่ยวกับ บุหรี่ เช่น การไม่ทดลอง ไม่สูบบุหรี่

5. พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ หมายถึง การแสดงออกที่ไม่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดื่ม ดม กิน เครื่องดื่ม หรือแม้กระทั่งอาหารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. สามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่อไปในอนาคต
2. สามารถนำไปประกอบข้อมูลในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่อไป
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถเป็นฐานข้อมูลในการออกแบบการทำงานและพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและนำไปปรับใช้เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

<p>ความรอบรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4. การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 	<p>พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด 4. พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ 5. พฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์
---	---

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ
 - 1.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.2 ความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.3 องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.4 แนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.5 การประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพด้านสู่การปฏิบัติ
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.2 ประเภทของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.3 องค์ประกอบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากคำนิยามตามรายงานฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกันการค้นหา การประเมินผลและการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC VII) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้จำแนกระดับของความดันโลหิตออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว หรือความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท โดยการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุนั้น ใช้ค่าความดันโลหิตเหมือนในวัยผู้ใหญ่ กล่าวคือ ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) แต่ค่าเป้าหมายของความดันโลหิตในการรักษานั้นจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558) โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กำหนดค่าเป้าหมายของระดับความดันโลหิตดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท

2. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac Output) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น และการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลงและการตีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น โดยมักเกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) ประกอบกับผนังหลอดเลือด

เลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก (Sympathetic And Parasympathetic Nervous System) ลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย (Bertoia, Waring, Gupta, Roberts, & Eaton, 2011) ทั้งนี้ ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารโซเดียมมากเกินไป การได้รับสารไขมันมากโดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรังหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว

3. ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงได้ชื่อว่าเป็นเพชฌฆาตแห่งความเงียบ (Silence Killer) เนื่องจากส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรืออาการแสดงให้เห็น แต่มักตรวจพบด้วยความบังเอิญมีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย วิงเวียนศีรษะ ซึ่งมักเป็นหลังการตื่นนอน พอตอนสายจพมีอาการจะทุเลาลง ทั้งนี้ อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงจะพบเมื่อค่าความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมักมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล ตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ผลกระทบเหล่านี้เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยเฉพาะผลกระทบต่อด้านร่างกาย ซึ่งมีหลายประการ ดังนี้

3.1 ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atheroma) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่เอื้อต่อการเกิดตะกรันที่ทำให้มีการแข็งตัว (Atheromatous Plaque) ในหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombosis) ทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดตะกรันแตก (Plaque Rupture) มีการเซาะของผนังหลอดเลือดแดง ส่งผลให้มีเลือดออกในอวัยวะนั้น ๆ ตามมา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

3.2 ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ กลไกที่โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อหัวใจเกิดจากการเพิ่มของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Hypertrophy Workload) เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจ คือ

ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดจากการที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการมีหินปูนและไขมันไปสะสมระหว่างหลอดเลือด การทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพลง มีความยืดหยุ่นลดลง โดยบริเวณพื้นผิวภายในหลอดเลือดมีการสะสมของไขมันและสารอื่น ๆ ในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นเกิดเป็นตะกรัน (Plaque) ทำให้หลอดเลือดตีบตัน (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ส่งผลให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina Pectoris) หลังการออกกำลังกายหรืออาจมีอาการปวดขาหลังจากเดินนาน ๆ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเกิดจากการที่มีตะกรันไปเกาะผนังหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้ไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดโดยตะกรันจะสะสมไปเรื่อย ๆ จนทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับมีของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ (Orthopnea) หรือเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart Attack) เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลัน โดยภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดหรือเกิดการแยกหรือแตกของตะกรัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง เจ็บได้กระดูกชายโครงด้านซ้ายอาจเจ็บร้าวไปถึงขากรรไกรและแขนซ้ายมักเจ็บนานมากกว่า 30 นาที เมื่ออมยาใต้ลิ้น (ยากลุ่มไนเตรท สำหรับผู้ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด) อาการเจ็บจะไม่หายไป

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ และความดันโลหิตสูง โดยอาการที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับว่าหัวใจซีกใดล้มเหลวหากหัวใจซีกขวาล้มเหลว ก็จะทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจซีกขวาได้ อาจเกิดภาวะคั่งน้ำตามอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้ตับโต บวม น้ำ ทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เบื่ออาหาร ขาบวม ท้องบวม หากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวจะมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อาจมีเลือดคั่งในปอด ทำให้เกิดอาการเหนื่อย หอบ ไอเป็นเลือด นอนราบแล้วหายใจไม่สะดวก หรือนอนแล้วต้องตื่นขึ้นมากลางดึก (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND)

ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aneurysm) คือ การที่มีแรงดันเลือดที่สูงมากระทบหลอดเลือดเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นมีการขยายและโป่งออกเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง ซึ่งตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและในช่องอก อาจมีอาการจากการกดเบียดของหลอดเลือดต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น การกดเบียดหลอดลม ทำให้มี

อาการหายใจลำบาก การกดเบียดหลอดอาหาร ทำให้มีอาการกลืนลำบาก การกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียง ทำให้มีอาการเสียงแหบ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

3.3 ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมองโดยความดันซิสโตลิกมีผลร้ายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าความดันไดแอสโตลิก การที่ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นร่วมกับการพบตะกรันที่ทำให้มีการแข็งตัวในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงทำให้โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Kaplan & Victor, 2010) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาทพบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ดังนี้

ชนิดเฉียบพลัน มักมีอาการแบบทันทีทันใด ได้แก่ 1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral Thrombosis or Infarction) เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดและออกซิเจนซึ่งอาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงตีบหรือลิ่มเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจ (Embolism) 2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral Hemorrhage) โรคนี้เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดง โดยเลือดที่ออกในสมองจะกลายเป็นก้อนเลือด (Hematoma) ซึ่งจะขยายขนาดเพิ่มขึ้นเกิดการกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้น (Increase Intracranial Pressure) โดยจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนและซึมลง และ 3. โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) ผู้ป่วยมักมีอาการผิดปกติอย่างทันทีทันใดทางระบบประสาทเช่นเดียวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่อาการจะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ชนิดเรื้อรัง ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (Vascular Dementia) เป็นภาวะหลงลืมที่เกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ซึ่งพบได้บ่อยรองจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer Disease) ซึ่งผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำในกระบวนการรับรู้ กระบวนการคิด การพูด และการเคลื่อนไหว เป็นต้น

3.4 ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตา (Retinal Artery) หนาตัวขึ้น เมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำก็จะกดเบียดหลอดเลือดดำที่จุดตัดและเมื่อเป็นมากขึ้น จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น ซึ่งอาการแสดงจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคมกกว่าระดับความดันโลหิต ส่วนอาการที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ได้แก่ การมีจุดเลือดออก จอประสาทตาขาดเลือดเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด

3.5 ภาวะแทรกซ้อนที่ไต โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไตเสื่อมสภาพ มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยความดันโลหิตที่สูงผิดปกติจะทำลายหลอดเลือดภายในไต ทำให้การทำงานของหน่วยไต (Glomerulus) เสื่อมลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพถึงขั้นไตวายเรื้อรัง โดยอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยในช่วงกลางคืน ขาบวม คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ส่วนภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-stage Renal Disease) ตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว (Albumin) ตั้งแต่ 2+ ขึ้นไปและตรวจเลือดพบระดับ BUN และ Creatinine สูง ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่ไตสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงมากในช่วงเวลาสั้น ๆ ส่งผลให้เกิดการทำลายผนังหลอดเลือดจะมีการปวดศีรษะ อาการตามัว สับสน ร่วมกับอาการของภาวะไตวาย เช่น ขาบวม ปัสสาวะออกน้อยลง

กลุ่มที่ 2 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน ซึ่งมักมีความเสื่อมของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ไตมีความเสื่อมมากขึ้นโดยตรวจพบอาการบวม มีปัสสาวะออกน้อยลง มีการเพิ่มขึ้นของระดับ Creatinine และไข่ขาวในปัสสาวะ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็จะกลายเป็นไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งระยะนี้จะมีอาการตัวบวม ขาบวม เหนื่อยหอบ สับสน ชัก ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้

จากผลกระทบด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง (Cooper-DeHoff, 2010) ซึ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจะทำให้มีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้นในการรักษานำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ (World Health Organization (WHO), 2013) นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ในกรณีที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ไม่สามารถที่จะควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Rubio-Guerra et al., 2013) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมนั้น จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2008 พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีมากถึง 69.40 ล้านดอลลาร์ (Rosamond et al., 2007) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งระดับความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากญาติมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

4. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการรักษาโดยไม่ใช้ยากับการรักษาโดยใช้ยา ซึ่งเป้าหมายของการรักษาคือ เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอง จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้กำหนดค่าความดันโลหิตเป้าหมายในผู้สูงอายุในระดับที่แตกต่างกันตามอายุ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี มีสุขภาพดีและมีค่าความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ให้ยาลดความดันโลหิตจนกระทั่งความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หากผู้ป่วยสามารถทนยาได้ดี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีสุขภาพดี และมีค่าความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ให้ลดค่าความดันซิสโตลิกลงมาอยู่ระหว่าง 140-150 มิลลิเมตรปรอท

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (life style modification) ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ คณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหาการประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดให้การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นการรักษาเบื้องต้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงภายในระยะเวลา 6-12 เดือนแรก ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. การลดน้ำหนัก (Weight Reduction) การเพิ่มของน้ำหนักประเมินได้จากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โดยพบว่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิตและระดับไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การที่สามารถลดระดับดัชนีมวลกายให้อยู่ในช่วง 18.50-24.90 กิโลกรัม/ตารางเมตรจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) และช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิต

2. การจำกัดปริมาณโซเดียม (Sodium Restriction) ปริมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความไวต่อโซเดียม การควบคุมการนำเข้าของปริมาณโซเดียมในระดับปานกลางคือ 2.30 กรัมของโซเดียมหรือเกลือ 6 กรัม โดยรับประทานอาหารที่มีโซเดียมน้อยกว่า 100 mmol ต่อวัน ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) ซึ่งจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Rhee et al., 2013) การลดการนำเข้าของปริมาณโซเดียมสามารถลดจำนวนการใช้ยาลดความดันโลหิตและยังสามารถลดการขับโซเดียมออกจากร่างกายจากฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะได้

3. การปรับเปลี่ยนการรับประทานไขมัน (Dietary Fat Modification) โดยการลดการรับประทานไขมันอิ่มตัว เพิ่มการรับประทานไขมันไม่อิ่มตัว และเพิ่มการรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2.50-3.00 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ควรปฏิบัติตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH) กล่าวคือ รับประทานไขมันที่เน้นผักและผลไม้ที่ให้แมกนีเซียมและโพแทสเซียมสูงนมและผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ แต่ให้แคลเซียมสูงและรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว โดยรับประทานผัก ผลไม้ และเส้นใยอาหารรวม 8-10 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วน ได้แก่ ผักดิบประมาณ 2 ทัพพี (1 ถ้วยตวง) หรือผักสุก 1 ทัพพี (1/2 ถ้วยตวง) ผลไม้ 1 ส่วน ได้แก่ ผลไม้หั่นพอดีคำ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผลหรือผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองถ้วยกาแฟได้พอดี 1 จาน) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) รวมถึงควรรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวหรือไม่มีไขมันจะส่งผลให้น้ำหนักลดลงสามารถลดความดันโลหิตได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ส่งผลให้หลอดเลือดบีบตัวได้ดีขึ้น ความตึงตัวของหลอดเลือดลดลง มีการขยายตัวมากขึ้น (Van Guilder, Westby, Greiner, Stauffer, & Desouza, 2012) ช่วยเพิ่มระดับไขมันดี (HDL-C) ได้ร้อยละ 4.60 และสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 3.70 (National Heart Foundation of Australia, 2006) จึงสามารถลดอัตราการตายได้ ทั้งนี้จะต้องเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง โดยในขณะที่ออกกำลังกายจะเพิ่มการเผาผลาญ (metabolic equivalents: METS) อย่างน้อยร้อยละ 40-60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุด (Thompson et al., 2003) และต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องวันละ 30-45 นาที เป็นเวลา 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

5. การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ (Alcohol Restriction) การได้รับแอลกอฮอล์มากกว่า 1 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท จึงควรจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์โดยผู้ชายไม่ควรได้รับเกิน 2 ดริงค์ต่อวัน ส่วนผู้หญิงและผู้ที่มีน้ำหนักน้อย ไม่ควรได้รับเกิน 1 ดริงค์ต่อวัน (1 ดริงค์ เทียบเท่ากับ 44 มิลลิลิตรของสุรา (40 เปอร์เซ็นต์), 355 มิลลิลิตรของเบียร์ (5 เปอร์เซ็นต์), หรือ 148 มิลลิลิตร ของเหล้าองุ่น (12 เปอร์เซ็นต์)) ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Kaplan & Victor, 2010)

6. การงดสูบบุหรี่ มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยมีสารนิโคตินในบุหรี่จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งมากขึ้น

7. การลดความเครียด รวมถึงการผ่อนคลายความเครียด และการลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้สูงอายุสามารถบริหารจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ

การรักษาโดยใช้ยา แนวทางการรักษาโดยทั่วไปแพทย์จะเลือกใช้ยาในกลุ่ม Diuretics หรือ Beta-Blockers ก่อนทุกครั้ง เนื่องจากสามารถลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (morbidity and mortality) จากการใช้ยาในระยะยาวได้ ในการใช้ยาควรเริ่มจากขนาดต่ำ ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ ปรับ และเพิ่มขนาดจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) โดยทั่วไป ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 Diuretic ยาขับปัสสาวะที่มีการนำมาใช้เพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Thiazide Diuretic และกลุ่ม Thiazide-like Diuretic เช่น Hydrochlorothiazide (HCTZ), Bendroilumethzide โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการขนส่งโซเดียมที่ท่อไตส่วนปลาย (Distal Convoluted Tubule) ทำให้ลดการดูดกลับของโซเดียม ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะบวม ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ

กลุ่มที่ 2 Beta-blockers เช่น Propranolol, Atenolol, Metoprolol ซึ่งยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน กลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าอาจเกิดจากการลดปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีโดยฤทธิ์ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การยับยั้ง Beta-Receptor ในสมองทำให้ลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic Outflow) การยับยั้งเรนินที่ไต ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้าระดับน้ำตาล และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้นและระดับ HDL-C ในเลือดลดลง

กลุ่มที่ 3 Angiotensin Converting Enzyme inhibitors (ACE inhibitors) เช่น Captopril, Enalapril, Perindopril ซึ่งยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน โดยออกฤทธิ์ขัดขวางการเปลี่ยน Angiotensin Converting Enzyme I เป็น Angiotensin Converting Enzyme II ทำให้ระดับ Angiotensin Converting Enzyme II ลดลง ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว โดยกระตุ้นการหลั่งอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ผลข้างเคียง คือ อาจมีอาการไอและหลอดลมตีบ ซึ่งอาการไอมักพบบ่อยในผู้สูงอายุเพศหญิงโดยอาการไอมักหายไปเมื่อหยุดยาได้ประมาณ 2-3 สัปดาห์

กลุ่มที่ 4 Angiotensin-II Receptor Blocker (ARB) มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตและเพิ่มความดันโลหิตได้ในผู้ที่มีระดับเรนินต่ำ กลไกการออกฤทธิ์คือ ARB จะแข่งกับ Angiotensin II ในการจับกับ A1 Receptor ทำให้ฤทธิ์ของ Angiotensin II หดไป ซึ่งมีผลต่อการเต้นของหัวใจและปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีน้อยมาก ยากลุ่มนี้มีคุณสมบัติเหมือนยากลุ่ม ACEI หลายประการ ที่แตกต่างกัน คือ ยากลุ่มนี้ไม่สลายเบรดีไคนิน (Bradykinin) และไคนิน (Kinin) ชนิดอื่น ๆ ทำให้มีโอกาสน้อยกว่าที่จะเกิดอาการไอแห้ง ๆ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ยากลุ่มนี้จึงเป็นยาแทนที่ดีเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการไอจากยากลุ่ม ACEI ได้

กลุ่มที่ 5 Calcium Channel Blocker (CCB) ยากลุ่มนี้เริ่มแรกใช้เป็นยารักษาอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งต่อมาใช้เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ช่องทางผ่านแคลเซียม (Voltage Sensitive Calcium Channel) ทำให้แคลเซียมจากภายนอกเข้าสู่เซลล์น้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจลดลง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. Dihydropyridine Derivatives เช่น Nifedipine, Nitrendipine, Amlodipine ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ หน้าแดง ซ้อเท้าบวม และจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก เมื่อความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงได้ 2. Papaverine Derivatives เช่น Verapamil ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้าผิดปกติ (AV block) และ 3. Benzothiazepine Derivatives เช่น Diltiazem (Elliott & Ram, 2011) หลังรับประทานยาทั้ง 3 กลุ่ม ยาจะถูกดูดซึมถึงร้อยละ 90 ส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ เมื่อใช้ยาร่วมกับยากลุ่ม Diuretic, Beta-Blockers, ACEI และ ARB จะสามารถทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น (ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, ปรีชา มณฑกานติกุล, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2550) ในผู้สูงอายุ นั้น หลังได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หากค่าความดันโลหิตยังไม่ลดลงถึงค่าเป้าหมายคือ 150/90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะเริ่มรักษาด้วยยาที่มีขนาดต่ำกว่าคำแนะนำตามรายงานฉบับที่ 8 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The eighth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC VIII) ของประเทศสหรัฐอเมริกาว่าลำดับแรก ควรเริ่มให้ยากลุ่ม CCB หรือ thiazide preferred ACEI หรือ ARB ลำดับถัดมา เป็นยากลุ่ม CCB หรือ thiazide ACEI หรือ ARB โดยไม่ใช้ยากลุ่ม ACEI ร่วมกับ ARB เพราะการใช้ทั้งสองกลุ่มร่วมกัน จะส่งผลให้เพิ่มการเกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้น ให้เลือกใช้ยากลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และลำดับที่สามได้แก่ ยากลุ่ม CCB ร่วมกับ ACEI หรือ ARB ร่วมกับ thiazide (James et al., 2013) โดยทั่วไป การเลือกใช้อาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ นั้น แพทย์มีแนวทางในการเลือกกลุ่มยามี 2 แนวทาง ดังนี้

แนวทางที่ 1 เลือกยาในกลุ่ม Thiazide เป็นอันดับแรกในการรักษา เพราะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการทาลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอ่ง โดยเริ่มใช้ในขนาดต่ำเพื่อป้องกันการไม่พึงประสงค์

แนวทางที่ 2 เลือกยาที่มีผลดีต่อพยาธิสภาพอื่นที่พบด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพของหลายๆ ระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ (ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์ และคณะ, 2550)

การใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุยังต้องคำนึงถึงความแตกต่างกันในด้านเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) โดยจะต้องมีความระมัดระวัง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมักมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะยืนตรง (Orthostatic Hypotension) ซึ่งจะมีค่าความดันซิสโตลิกต่ำลงตั้งแต่ 20 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และค่าความดันไดแอสโตลิกต่ำลงตั้งแต่ 10 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยวัดภายใน 3 นาที หลังยืนตรง ภาวะนี้สัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งพบได้บ่อยเมื่ออายุมากขึ้น ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะยืนตรงเกิดจากพยาธิ สรีรวิทยาที่ผิดปกติ ดังนี้

1.1 การที่หลอดเลือดแดงขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้ค่าความดันซิสโตลิกเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้ง (Stroke Volume) ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่เปลี่ยนท่าจากท่านอนราบมาเป็นท่านยืน

1.2 เกิดจากความเสื่อมของระบบที่ควบคุมการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต (Baro Receptor Reflex) ที่บริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ หรือเกิดจากระดับเรนินแองจิโอเทนซิน และอัลโดสเตอโรนที่ต่ำกว่าปกติ และไม่เพิ่มขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนท่าจากท่านอนราบมาเป็นท่านอน

1.3 ความไวของตัวรับที่ควบคุมการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต (Beta-Receptor) ลดลง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจไม่เพิ่มขึ้นในท่านอน

1.4 ความสามารถในการเก็บโซเดียมของไตลดลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อาจหกล้มได้ และมีอัตราตายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2. ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น เนื่องจากระดับความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ยาลดความดันโลหิตแต่ละชนิดมีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน การให้ยาควรคำนึงถึงปัจจัยเรื่องการได้รับยาลดความดันโลหิตในอดีต การเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาลดความดันโลหิตที่ให้ร่วมกัน การมีโรคร่วมที่เกี่ยวข้อง หรือการพบร่องรอยการทาลายอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุนั้นมีการ

เปลี่ยนแปลงทั้งด้านเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลนศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม (Metabolism) ปริมาตรของยาที่ใช้และการกระจายตัวของยา โดยการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อขนาดของยาที่ใช้ในผู้สูงอายุ การที่ใช้ยาลดความดันโลหิตรักษาอย่างต่อเนื่องแล้วไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้นั้น แพทย์อาจพิจารณาเพิ่มยาลดความดันโลหิตมากกว่าหนึ่งชนิด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ รวมทั้งระบบไหลเวียนโลหิตที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา อันเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและต้องเสี่ยงกับการแพ้ยาหรือการมียาสะสมในร่างกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ทั้งนี้ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยาลดความดันโลหิตจะต้องเฝ้าระวังในแต่ละราย หากได้รับยากลุ่ม Diuretic ต้องเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากการที่ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย หากได้รับยากลุ่ม Beta-Blockers อาจทำให้บดบังอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้และหากได้รับยากลุ่ม ACEI ต้องเฝ้าระวังอาการไอและอาการวิงเวียนขณะเปลี่ยนท่า

5. การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่ยังไม่เป็นโรคและการป้องกันในผู้ที่เป็นโรคแล้ว วัตถุประสงค์ของการป้องกันในแต่ละระดับจะแตกต่างกัน ดังนี้

5.1 การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่ยังไม่เป็นโรค โดยให้คำแนะนำในเรื่องการจำกัดปริมาณโซเดียม โดยควรได้รับไม่เกินวันละ 2.40 กรัม การลดน้ำหนัก โดยให้มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-24.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร การส่งเสริมการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางอย่างต่อเนื่องวันละ 30-45 นาที เป็นเวลา 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ การงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง (DASH) เช่น รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ เมล็ดธัญพืชต่าง ๆ อาหารที่มีเส้นใยสูง และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว รวมทั้งให้เข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิตปีละ 1 ครั้ง หรืออาจถี่กว่านี้ หากความดันโลหิตมีค่าใกล้เคียง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

5.2 การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วแต่ไม่ลุกลามมาก โดยการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาและให้การดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนตั้งแต่ในระยะแรกโดยทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงในเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ค่าความดันชีพจร (Pulse Pressure) หากมีค่าที่กว้างจะบ่งบอกถึงความแข็งของหลอดเลือดแดงใหญ่ อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายได้ ประเมินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ค่าโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ที่มากกว่า 190 mg/dl หรือค่าไขมันเลว (LDL-C) ที่มากกว่า 115 mg/dl ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร โดยควรมีค่าอยู่ในช่วง 102-125 mg/dl นอกจากนี้ยังต้อง

ประเมินภาวะอ้วนลงพุง ประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดก่อนวัยอันควร รวมทั้งควรมีการส่งตรวจเพื่อค้นหาร่องรอยการทำลายอวัยวะสำคัญ (Target Organ Damage: TOD) เช่น ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left Ventricular Hypertrophy: LVH) โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ความผิดปกติของจอตาจากโรคความดันโลหิตสูง (Hypertensive Retinopathy)

5.3 การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ของการป้องกันโรคในระดับนี้ครอบคลุมเป้าหมาย 2 ประการหลัก คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน รวมทั้งการป้องกันภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่จะตามมา และการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาาร่วมกันสองตัว เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) โดยการส่งตรวจเพื่อค้นหาร่องรอยการทำลายอวัยวะสำคัญ ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อลดความดันโลหิต การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ การงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดการสูบบุหรี่ เป็นต้น

5.4 การพิจารณาระดับความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาดังนี้ กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องและนัดให้มารับการติดตามระดับความดันโลหิตเป็นระยะไม่นานเกิน 1 เดือน หากความดันโลหิตยังไม่ลงมาอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ให้เริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง และเริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูงมาก แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องและให้ยาลดความดันโลหิตทันที

5.5 การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย บุคลากรทางสุขภาพควรมีความเข้าใจถึงความแตกต่างในกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นเมื่ออายุมากขึ้น และการมีปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งควรตระหนักถึงข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิต เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา โดยควรดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทอย่างเหมาะสม ทั้งในเรื่องการรับประทานยาและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา การจำกัดปริมาณโซเดียม

การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอ

สรุปได้ว่า การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เพียงพอต่อการลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จึงมีการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปสู่ภาวะที่ถูกต้องและเหมาะสม นำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีการส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบแผนการแสดงพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น การส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่ดีตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ คือการทำให้ประชาชนตระหนักว่า เขาสามารถกำหนดและควบคุมสุขภาพของตนเองได้ปลูกฝังแนวคิดที่ว่า การที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น ไม่ใช่เกิดจากการดูแลรักษาของแพทย์หรือพยาบาลแต่เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการส่งเสริมให้เอาใจใส่สร้างเสริมสุขภาพซึ่งสามารถปฏิบัติได้ง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น รับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ออกกำลังกายวันละ 30 นาทีเป็นประจำ มีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ดังนั้นจึงได้มีผู้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีไว้ ดังนี้

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) กรมอนามัยประกาศนโยบาย "คนกรมอนามัยไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดี ปี 2557" ยึดหลัก 3 อ. 2 ส. สถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งที่ทั่วโลกกำลังให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าปี 2558 ทั่วโลกจะมีคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 2,300 ล้านคน คนอ้วน 700 ล้านคน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 2.8 ล้านคน ที่ผ่านมารวมอนามัยได้ดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าวพร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพประชาชนผ่านโครงการคนไทยไร้พุง ซึ่งสร้างองค์กรต้นแบบไร้พุงทั้งในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นจำนวนมากและรณรงค์ให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

อ.1 อาหาร มีพฤติกรรมกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยให้ได้รับสารอาหารชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย กินอาหารครบทั้ง 5 หมู่

อ.2 ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง และในแต่ละวันออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที การออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก แอโรบิก และโยคะ เป็นต้น จะทำให้ปอดและหัวใจหลอดเลือดตลอดจนระบบไหลเวียนทั่วร่างกายแข็งแรง ทนทาน และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

อ.3 อารมณ์ มีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ความเป็นไปแห่งจิตใจในขณะหรือช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก มักมีคำพูดที่กล่าวว่า “กายและจิตสัมพันธ์กัน” ถ้าอารมณ์เสีย ชุ่นมัว ก็จะสนับสนุนการเกิดสุขภาพที่ทรุดโทรม แต่ถ้าอารมณ์ดี แจ่มใส ก็จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ เพื่อให้เสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ทั้งทางด้านส่งเสริมหลายระดับ

ส.1 ไม่สูบบุหรี่ ไม่เสพติดบุหรี่ เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ถึงแม้ว่าจะเสพได้โดยไม่ผิดกฎหมายแต่พิษภัยของบุหรี่ยิ่งร้ายแรง เพราะในควันบุหรี่มีสารพิษอยู่มากมาย ผลกระทบที่เกิดจากคนรอบข้าง ไม่จำหน่ายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

ส.2 ไม่ดื่มสุรา สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เมื่อดื่มสุราแอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมเข้าไปสู่กระแสเลือดไปยังประสาทส่วนกลาง ซึ่งถ้าดื่มติดต่อกันเป็นประจำจะทำให้ติดสุรา พิษภัยของสุรา และไม่จำหน่ายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

สรุป จากการทบทวนแนวคิดเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 5 ด้าน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่ ด้านอาหาร(การบริโภคอาหาร) ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการไม่สูบบุหรี่ และด้านการไม่ดื่มสุรามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นส่วนสำคัญที่จะนำผู้สูงอายุให้ก้าวไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีในที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

1. ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 1998) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization., 2009) การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาในระดับโลก ดังนั้น หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ

ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

นักวิชาการมีแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน สรุปได้เป็น 2 มุมมอง คือ 1. ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor) ทำให้บุคคลและบุคลากรสาธารณสุขมองเห็นจุดอ่อนหรือสิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงโดยเฉพาะในกระบวนการสื่อสาร และสร้างความตระหนักร่วมกันว่าหากไม่ค้นหาและแก้ไขปรับปรุงปัจจัยเหล่านี้แล้ว การคาดหวังผลให้สุขภาพดีก็เป็นได้ยาก 2. ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสินทรัพย์ (Asset) ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้นมาจากระบบการศึกษาและการสื่อสาร กล่าวคือ การสอนสุขศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจขึ้นภายในตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ แนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงควรมุ่งให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ตามช่วงวัย ภายใต้บริบทเฉพาะของความรู้สุขภาพที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องตามสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ให้นิยามของความรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรกว่า “คือ ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (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) โดยมีคำอธิบายเสริมไว้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น โดยการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสามารถใช้อุณหภูมุนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสุขภาพจึงบ่งชี้ชัดถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน และมีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ (Literate) นำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ (Sorensen K, Van den Brouck S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al., 2012)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (วชิระ เพ็งจันทร์, 2560) กล่าวถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชีตความสามารถทางปัญญา (การคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกด้วยตนเอง) และสังคมในระดับปัจเจกชนที่รอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพ จนสามารถถ่วงปรอง ประเมินและเลือกรับนำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง

สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 ได้ให้นิยามเกี่ยวกับความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะถ่วงปรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม (สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0, 2560) ดังนี้

1. กลุ่มทักษะ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการอ่านตัวหนังสือ ตัวเลข ที่จำเป็นในการปฏิบัติเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. ความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพ และการใช้บริการ อันจำเป็นต่อการตัดสินใจที่เหมาะสม
3. กลุ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกที่พัฒนาขึ้นในการแสวงหาทำความเข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูล แนวคิดเพื่อการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกด้านสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยง และการเพิ่มคุณภาพชีวิต
4. ความสามารถในการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันในบริบทต่าง ๆ เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน ที่สถานบริการสาธารณสุข อันเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจ เพิ่มความสามารถในการควบคุมสภาวะสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลและความสามารถในการรับผิดชอบตนเอง

วชิระ เพ็งจันทร์ (2560) ได้ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชีตความสามารถทางปัญญาและสังคม ระดับปัจเจกชน ที่รอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพ จนสามารถถ่วงปรอง ประเมิน และเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจ ด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความหมายว่าเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ขณะทีนัทปิมได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน (Functional Literacy) คือ การอ่านออกเขียนได้ระดับความรอบรู้ด้านปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy) คือ การมีทักษะทางสังคมในการสื่อสาร และระดับความรอบรู้ด้านวิจรรณญาณ (Critical Literacy) คือ การใช้ทักษะในการวิเคราะห์ การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจให้

เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของตนเอง ขณะเดียวกัน แมงกานีสได้เพิ่มระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อจากของนัทบีมีอีก 1 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสื่อสารมวลชน (Media Literacy) เพราะวัยรุ่นมีความถนัดในการใช้สื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีต่างในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและกลุ่มที่ให้บริการทางสุขภาพและวัยรุ่นเป็นกลุ่มสำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้เพื่อให้ได้ก้าวเป็นผู้ใหญ่ที่ดูแลสุขภาพตนเองต่อไป และขณะที่มาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติ (The National Health Education Standards: NHES) ของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดคุณลักษณะ 8 ประการ ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่บุคคล ได้แก่ 1. มีความเข้าใจแนวความคิดส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อการมีสุขภาพที่ดี 2. สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ครอบครัว เพื่อน สังคม วัฒนธรรมและเทคโนโลยีและอื่น ๆ 3. สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม 4. มีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและความเสี่ยง 5. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ 6. มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ 7. มีทักษะในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 8. มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ในปัจจุบันมีการใช้คำ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ในภาษาไทยที่หลากหลาย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้คำว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการสภา

การศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” ส่วนกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

Ishikawa, Takeuchi, & Yano (2008) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า Health Literacy คือ “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

Nutbeam (2008) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า Health Literacy คือ

1. ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง

2. สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

3. ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้คำนิยามว่า “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” ซึ่งสถาบันวิจัยสาธารณสุขแปลความไว้ว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ต้อยอยู่เสมอ”

กองสุศึกษา ได้ใช้คำ “Health Literacy” ในคำภาษาไทยว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” และได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2559)

สรุป ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การที่ประชาชนที่กำลังจะเกิดความเสียด้านสุขภาพ หรือมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายไข้เจ็บ จำเป็นต้องเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรค กล่าวคือ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการประเมินสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอันพึงเกิดกับตนเอง และมีความสามารถในการสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ เพื่อป้องกันดูแลรักษาตนเองจากโรคร้ายไข้เจ็บที่จะเกิดกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. ความสำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam. D. (2000) เสนอกรอบแนวคิด (Conceptual model) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก “Conceptual Model of Health Literacy as a Risk” โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะ การตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

Sorensen et al. (2017) เสนอกรอบแนวคิดที่ได้จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดที่รวบรวมได้ในระหว่าง ค.ศ. 2000-2009 “Integrated Model of Health Literacy” และเสนอองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะ แสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพการประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรองและประเมินข้อมูล ด้านสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูล ในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2560) ได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ คือ สถานะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ การรับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์กับดัชนีมวล

กาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึง ร้อยละ 38 และการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ การบริโภคอาหาร การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ทั้งนี้เนื่องจากความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเองส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตัวเองและการป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามความเสี่ยงสูงที่จะได้โรคหัวใจในโรคมะเร็ง เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเองหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโลกที่มีราคาแพงโรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสมบูรณ์ได้

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2560) ได้ให้ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. ความสำคัญในระดับบุคคล บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่าง ๆ ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมในการทำงานได้ อย่างเข้มแข็งไม่ถูกหลอกหรือมีพฤติกรรมที่ผิดพลาดส่งผลต่อสุขภาพตนเอง จนเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรงหรือต้องการรักษาตัวเรื้อรัง ทำให้ต้องขาดงาน เกิดความสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นภาระแก่คนใกล้ชิดหรือครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้ด้วย

2. ความสำคัญในระดับหน่วยงาน หน่วยงานหรือองค์กรใดมีบุคลากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะเกิดผลเสียต่องานบริการและการสร้างสรรค์ผลงาน บุคคลเหล่านี้มักสร้างแบบอย่างที่ไม่ถูกต้องและมีพฤติกรรมเสี่ยง ก่อให้เกิดปัญหาแก่หน่วยงานในการจัดการแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นบุคลากรสาธารณสุขจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการและกลายเป็นสิ่งหย่าร้างการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงสะท้อนถึงศักยภาพในการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ ส่งผลดีต่องานบริการและการผลิตผลงาน ทำให้หน่วยงานมีรายได้ที่ดี มีชื่อเสียงและมีความมั่นคงในระยะยาว

3. ความสำคัญในระดับสังคมและประเทศชาติ หากประชาชนของประเทศมีการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บพื้นฐานที่สามารถป้องกันได้หรือเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่อายุยังน้อยเว้นวรรคจะเป็นการเพิ่มภาระการทำงานแก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพอย่างมาก และทำให้ประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ซึ่งมีราคาแพงจากต่างประเทศ รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นทุกปี มีข้อมูลจากรายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร 2559 ระบุว่าจนถึงปี พ.ศ. 2553 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมมีจำนวนสูงถึง 3,923,068 ล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนเพียง 40,288 ล้านบาทต่อปีเท่านั้น หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการที่ต้นเหตุของปัญหาดังกล่าวด้วยการนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างความเปลี่ยนแปลง จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพของบุคคล และระบบสุขภาพโดยรวมเนื่องจากการพัฒนาด้านสภาวะแวดล้อมและสังคมขาดความสมดุลประเทศชาติเสียโอกาสในการสร้างความเจริญก้าวหน้าอย่าง ที่ควรจะเป็นและในที่สุดประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศจะไม่สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2559)

ผลการศึกษาวิจัย และพัฒนาของประเทศต่าง ๆ เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ สรุปว่าความเชื่อที่พวกเราบุคลากรสาธารณสุขพึงมี เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดจากคนปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงต้องทำให้บุคคลไม่ว่าจะเป็นคนไข้ ญาติ และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล องค์กร ตลอดจนปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น บ้าน ชุมชน วัด หรือเครือข่ายชุมชนย่อย ๆ ของสังคม มีการปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อสร้างการเรียนรู้อันนำไปสู่การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

หลักการสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบัน (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2560)

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Health for All) ที่ถือว่าข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลพึงได้รับด้วยความเข้าใจและนำไปใช้

แนวคิดทุกระบบเพื่อสุขภาพ (Health in All Policies) ที่ถือว่าสุขภาพเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมทุกพฤติกรรม เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยกำหนดสุขภาพ ดังนั้นหากทุกระบบเน้นการให้ข้อมูลและเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในแต่ละบริบทของสังคม ชุมชน องค์กร จะช่วยให้บุคคล ประชากรเกิดทักษะในการเข้าถึงและเข้าใจในข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจได้

ประเทศไทยจึงมีการจำลองโมเดลการทำงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เรียกว่ารูปแบบตัววี (V Shape) โดยวชิระ เฟ็งจันทร์ อธิปติกรมอนามัย และชนวนทอง ธนสุกาญจน์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้บุคลากรทุกภาคส่วนนำไปใช้เป็นแนวทางและขั้นตอนในการปฏิบัติ

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ หรือ Health Literacy หลังจากมีความชัดเจนมากขึ้น Nutbeam (2009) ได้จำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือที่เรียกว่า Function Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย Kickbusch (2001) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy Skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์หรือที่เรียกว่า Communicative/ Interactive Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักใช้ข้อมูลข่าวสารแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับที่ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือที่เรียกว่า Critical Health Literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป ซึ่งคุณลักษณะที่สำคัญจำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพมี 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) 6. การจัดการตนเอง (Self-Management)

3. องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam (2000) เสนอกรอบแนวคิด (Conceptual Model) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก “conceptual model of health literacy as a risk” โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ต่อมา Sorensen

และคณะ (Sorensen, Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska, et al., 2012) เสนอกรอบแนวคิดที่ได้จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดที่รวบรวมได้ในระหว่าง ค.ศ. 2000-2009 “Integrated model of health literacy” และเสนอองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรองและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ สำหรับประเทศไทยนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็น 6 ระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลเมือง 4.0 (Smart Thai People 4.0) ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ รับประทาน และบอกต่อ (วชิระ เฟื่องจันทร์, 2560)

แนวความคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความชัดเจนขึ้นเมื่อมีการจำแนกระดับออกเป็น 3 ระดับ (Nutbeam, 2000) คือ 1. ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยอธิบายเพิ่มเติมว่า เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำ แนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย 2. ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2. ความรู้ ความเข้าใจ 3. ทักษะการสื่อสาร 4. ทักษะการตัดสินใจ 5. การรู้เท่าทันสื่อ และ 6. การจัดการตนเอง

ความเข้าใจเรื่องกรอบแนวคิดและหลักการที่สามารถเข้าถึงได้ในแต่ละช่วงแห่งการพัฒนาการที่เกิดขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2017 นั้นได้มีสถาบันและหน่วยงานของประเทศพัฒนาแล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ สำหรับการประเมินความก้าวหน้าของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนของประเทศซึ่งมีบริบท วัฒนธรรม และคุณลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่แตกต่างกันผู้เขียนขอเสนอองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการนำมาใช้พัฒนาและเผยแพร่ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา กลุ่มประเทศยุโรป และประเทศในเอเชีย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ดังนี้

องค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา

การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาตามโครงการ The Healthy People 2010 (U.S. Department of Health and Human Service, 2000) ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1. ความสามารถในการได้รับ (The Capacity to Obtain) 2. ความสามารถในการจัดการ (Process) และ 3. ความสามารถในการทำความเข้าใจ (Understand) เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL, 2006) สำหรับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษาหน่วยงานมาตรฐานสุขภาพสำหรับนักเรียนในสถานศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ในมาตรฐานการศึกษาระดับชาติ (The National Health Education Standards: NHES) โดยมีการปรับปรุงตามลำดับจากปี ค.ศ. 1995 และ ค.ศ. 2007 ถึงปัจจุบัน กำหนดคุณลักษณะ 8 ประการที่ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการตามช่วงชั้น (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2018) ประกอบด้วย 1. มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้มีสุขภาพดี 2. มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน วัฒนธรรม สื่อ เทคโนโลยี และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3. มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม 4. มีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ 5. มีทักษะในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ 6. มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพจิต 7. มีทักษะในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ และ 8. มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทางจากบุคคล ครอบครัวชุมชนและสังคม

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของชาวแคนาดา

ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของชาวแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System (CERIS) ได้เผยแพร่องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับชาวแคนาดา 6 ด้าน ประกอบด้วย 1. ทักษะการนับจำนวน (Quantitative) 2. การรู้อย่างมีเหตุผล (Scientific Literacy) 3. การเรียนรู้เทคโนโลยี (Technological Literacy) 4. การเรียนรู้วัฒนธรรม (Cultural Literacy) 5. การเรียนรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6. การเรียนรู้ทางคอมพิวเตอร์ (Computer Literacy) (Begoray & Kwan, 2011) และการพัฒนา E-Health Literacy Scales (eHEALS) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-24 ปี ที่ได้ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในประเทศแคนาดา (Norman & Skinner, 2011) กำหนดองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1. ความรู้ (Knowledge) 2. ความสะดวก (Comfort) 3. การรับรู้ทักษะในการค้นหา (Perceived Skills at Finding) 4. การประเมิน (Evaluation) และ 5. การนำข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้ (Applying)

องค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป

กลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมันนี กรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์โปแลนด์ และสเปน ได้มีการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนตามโครงการ The European Health literacy Survey (HLS-EU) ระหว่างปี ค.ศ. 2009-2012 กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้แก่ 1. การรู้หนังสือ (Literacy) 2. ความรู้ (Knowledge) 3. แรงจูงใจ (Motivation) 4. สมรรถนะในการเข้าถึง (Competences to Access) 5. ทำความเข้าใจ (Understand) 6. ประเมิน (Appraise) และ 7. นำไปใช้ (Apply) ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Sorensen K et al., 2012; Storms et al., 2017)

องค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศเอเชีย

ประเทศในเอเชียที่มีการนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการกำหนดองค์ประกอบเพื่อการประเมินและการพัฒนา สรุปได้ดังนี้

การศึกษานำร่องเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น (Ishikawa, Nomura, Sato, & Yano, 2008) กำหนดองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วย การเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understand) ใช้ข้อมูลสุขภาพ (Use Health Information) และการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Health-related Decisions) ต่อมาได้พัฒนาแนวคิดการประเมินความรอบรู้ด้าน

สุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณในกลุ่มคนทำงานในสำนักงานของประเทศญี่ปุ่น (Ishikawa, Nomura, Sato, & Yano, 2008) กำหนดประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับเอกสารแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาล ได้แก่ ขนาดตัวอักษรที่พิมพ์ลักษณะและคำที่ใช้ ความยากของเนื้อหา การใช้เวลาอ่านและทำความเข้าใจ และการใช้ผู้ช่วยอ่าน 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง การคัดเลือกข้อมูลที่จะต้องใช้ การทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ การสื่อสารสิ่งที่คิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับคนอื่น ๆ และการนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน 3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับสามารถนำมาใช้กับโรคที่เป็นได้หรือไม่ การพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบเนื้อหาว่าตรงตามความต้องการ และเหมาะสมและการเลือกข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจ

กรอบแนวคิดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนจีน (Shen, Hu, Liu, Chang, & Sun, 2015) กำหนดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามประกาศของกระทรวงสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกาประชาชนจีนประกอบด้วย 1. ความรู้และเจตคติ (Knowledge & Attitudes) 2. พฤติกรรมและวิถีชีวิต (Behavior & Lifestyle) 3. ทักษะที่จำเป็นต่อสุขภาพ (Health-related Skills) ครอบคลุมขอบเขตเนื้อหา 6 ด้าน ได้แก่ โรคติดเชื้อ โรคไร้เชื้อเรื้อรัง การปฐมพยาบาลและความปลอดภัย การรักษาพยาบาล ทักษะในการดูแลสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ คำถามมีลักษณะการตอบ 4 แบบ คือ แบบตอบถูก-ผิด (True-or-false) แบบคำตอบถูกข้อเดียว (Single-answer) แบบคำตอบถูกหลายข้อ (Multiple-answer) และแบบคำถามตามสถานการณ์ (Situation Question) มีคำตอบ 4 ตัวเลือก

กรอบแนวคิดของการพัฒนาแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวสิงคโปร์ (Health Literacy Test for Singapore: HLTS) ใช้การปรับปรุงจากแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (STOFHLA) มี 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1. การทดสอบการนับจำนวน 4 ข้อ และ 2. ทักษะการอ่านข้อความ จำนวน 36 ข้อ (Ko et al., 2011)

กรอบแนวคิดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่ใช้ภาษาจีนแหม่ตารินในไต้หวัน (Tsai, Lee., & Kuo, 2011) เลือกใช้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine: IOM., 2004) กำหนดองค์ประกอบจำแนกตามประเด็นสำคัญของนิยามที่กำหนดไว้ คือ ได้รับ (To Obtain) จัดการ (Process) ทำความเข้าใจ (Understand) ข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น และตัดสินใจอย่างเหมาะสม (To Make Appropriate Health Decisions) โดยจำแนกตามขอบเขตของการดูแลสุขภาพ 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ (Primary) ทุติยภูมิ (Secondary) และตติยภูมิ (Tertiary) ประเด็นการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุมข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ 3 ลักษณะ คือ ข้อความ (Prose) เอกสาร (Document) และจำนวนตัวเลข (Numeracy)

กรอบแนวคิดของการพัฒนาแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อประเมินข้อจำกัดของผู้สูงอายุชาวเกาหลี (Lee, Kang, Lee, & Hyun, 2009) มี 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1. คำศัพท์สำคัญ (Health-related Term) ได้แก่ ชื่อเรียกภาวะที่มีน้ำหนักเกิน ชื่อโรคที่เกิดจากการมีภาวะน้ำหนักเกินในวัยเด็กและมีระดับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. การนับจำนวน (Numeracy) ได้แก่ จำนวนน้ำที่ควรบริโภคเมื่อนับตามลักษณะที่บรรจุ และ 3. ความเข้าใจ (Comprehension) ได้แก่ ชนิดของอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง ชนิดของอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำ การเลือกชนิดอาหารที่ควรบริโภคเมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจ

องค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2553) ได้จัดทำโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health Literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ในปี พ.ศ. 2553-2554 กำหนดคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปในการเตรียมความพร้อมและเผชิญความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ สามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ภายใต้นิยามที่กำหนดไว้ว่า “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน การปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี” กำหนดองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน คือ 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3. ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6. การจัดการตนเอง (Self-Management) รวมทั้งได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเยาวชนและประชาชนทั่วไป (กองสุศึกษา, 2560)

การสร้างกรอบแนวคิดและกำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงานและนักวิชาการเป็นความพยายามที่จะนำเสนอสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้และสื่อสารข้อมูลสุขภาพ กรอบแนวคิดดังกล่าวได้ช่วยทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบการพัฒนาในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมุ่งผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการลดค่าใช้จ่ายและสร้างให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างผู้ที่มีความแตกต่างในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกได้เป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถขั้นพื้นฐาน ความสามารถขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความสามารถขั้นวิจารณ์ญาณ บุคคลต้องอาศัยศักยภาพที่จำเป็นพื้นฐานเรียกว่า การรู้หนังสือ (Literacy) เพื่อพัฒนาความสามารถทุกระดับให้สูงขึ้นโดยมีปัจจัย

เชิงระบบสนับสนุนการพัฒนาความสามารถเหล่านี้ให้เกิดขึ้น ได้แก่ นโยบายกระบวนการ ระบบบริการที่มีคุณภาพ ครอบครัว องค์กร ชุมชนและสังคม

4. แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เมื่อทราบปัญหาของอุบัติการณ์เกิดโรค และผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยม ความสำคัญ และการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และองค์ประกอบความรอบรู้ทางสุขภาพแล้ว ดังนั้นจึงต้องหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนมีภูมิคุ้มกันโรคได้อย่างเหมาะสม

ตามแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. กลุ่มผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในหมู่บ้าน ชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรในหมู่บ้าน ชุมชน และภาคประชาชนในการขับเคลื่อนและดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งหวังพัฒนานกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องตามเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการกินผักและผลไม้สด ลดอาหารหวาน มัน เค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา อันจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืน โดยแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

กองสุศึกษา (2559) ได้อธิบายว่า จะต้องมีการดำเนินงานทั้งการจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่กับการจัดปัจจัยแวดล้อมในครอบครัว และชุมชนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. สร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายรูปแบบและเหมาะสมกับประชากรกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง มีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

1.1 ดำเนินการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับข้อมูล ความต้องการของประชาชนกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ทำงานผ่านช่องทางและสื่อท้องถิ่น ซึ่งมีการดำเนินการ คือ ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ความต้องการข้อมูลข่าวสารของประชาชนแหล่งข้อมูลในชุมชนด้านสุขภาพ ดำเนินการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับข้อมูลความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สื่อบุคคล สื่อท้องถิ่น สื่อมวลชน ประสานและสร้างความร่วมมือ เครือข่ายสื่อมวลชน สื่อท้องถิ่นในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้กับประชาชน และรณรงค์สร้างกระแสการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

1.2 สร้างเสริมพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การเสริมทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เช่น ฐานเรียนรู้ ชุมชนนักปฏิบัติ

1.3 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายรูปแบบ เช่น กิจกรรมสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกทักษะ เป็นต้น ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น ชมรมสร้างสุขภาพ/กลุ่มต่าง ๆ จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น โปรแกรมลดพุงงดบุหรี่ยีสรา ลดหวาน มัน เค็ม เป็นต้น ส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบหรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ เช่น เรื่องเล่าจากประสบการณ์ การจัดเวทีประชาคมและประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง จัดให้มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองทุกเดือน พร้อมทั้งให้ประเมินทางเลือกที่ต้องการในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

2. การจัดปัจจัยแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 จัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น มีการปลูกผักปลอดสารพิษไว้กินเอง เมนูสุขภาพ มีร้านขายผักปลอดสารพิษในชุมชน เป็นต้น

2.2 จัดหาสื่อ/ช่องทางการสื่อสารสุขภาพที่ทันสมัยเข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา โดยจะต้องประเมินความต้องการและช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จัดให้มีช่องทางการสื่อสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชน ได้แก่ สื่อมวลชน หอกระจายข่าวหมู่บ้าน วิทยุชุมชน มุมนิทรรศการ/ประชาสัมพันธ์ให้เข้าร่วมกิจกรรม มีแหล่งเรียนรู้และสถานที่ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แหล่งเรียนรู้เป็นแกนหลักเสริมการเรียนรู้ และส่งผลการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสนใจเรียนรู้ แสวงหาความรู้ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีแหล่งเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว เช่น ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ฐานเรียนรู้สุขภาพชุมชน และจัดให้มีสถานที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และสายด่วนปรึกษาปัญหา เป็นต้น เฝ้าระวังสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้สามารถรู้เท่าทันสื่อโดยการ 1. จัดกิจกรรมเสริมทักษะให้ผู้สูงอายุได้ฝึกวิเคราะห์ในประเด็นการเลือกใช้สื่อที่ถูกต้อง 2. ประเมินเนื้อหาที่จำเป็นและถูกต้อง ฝึกประเมินสื่อ/ข้อความ/เนื้อหาสื่อด้วยตนเอง 3. เฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและเตือนภัยด้านสุขภาพโดยชุมชน และกำหนดมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อถือปฏิบัติร่วมกันส่งเสริม สนับสนุนการกำหนดมาตรการในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน เช่น กินผักหลากหลายสีในปริมาณวันละ 5 ชีด ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

3. Rootman (2002) ได้กล่าวถึงความรอบรู้ทางสุขภาพไว้ว่า เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษาหรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า วิธีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งควรปฏิบัติตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังที่กล่าวมาแล้วในเรื่องพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงข้างต้น และควรเพิ่มการจัดกิจกรรมเสริมให้ประชาชนเพื่อลดโรคลดเสี่ยงหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป้าหมายการให้สุขศึกษาคือเพื่อให้เกิดการรู้แจ้งความรอบรู้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและทำได้ยาก เพราะการได้รู้แจ้งรอบรู้ หมายถึงการที่กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ เรียนรู้และแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมจนเกิดการรู้แจ้ง แล้วนำข้อมูลไปใช้ปฏิบัติในชีวิตจริงได้จนเกิดเป็นความรอบรู้ การที่กลุ่มเป้าหมายรู้แจ้งความรอบรู้ จะส่งผลให้ลดการเจ็บป่วยทั้งในเชิงปริมาณหรือจำนวนครั้ง และเชิงคุณภาพ คือความรุนแรง หรือการเกิดโรคแทรกซ้อน ดังนั้นการมีเครื่องมือที่กิจกรรมที่ช่วยสร้างทักษะการดูแลตนเองจะช่วยให้เกิดการรู้แจ้งความรอบรู้ได้แค่ไหน ยังขาดข้อมูลสนับสนุน ดังนั้น การมีเครื่องมือวัดระดับการรู้แจ้งความรอบรู้ของกลุ่มผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญและหากสามารถจัดทำเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองผู้ที่มีความจำกัดในการเรียนรู้ และช่วยให้เจ้าหน้าที่จำแนกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ออกจากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความจำกัดของเขาก็จะเป็นประโยชน์ในการสร้างการเรียนรู้และลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการใช้บริการ ดังนั้น กองสุขศึกษา จึงสนับสนุนให้นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยมหิดลจัดทำเครื่องมือที่จะใช้วัดระดับการรู้แจ้งความรอบรู้ และคัดกรองผู้ที่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยวิธีการที่แตกต่างออกไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

5. การประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ

การประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพด้านสู่การปฏิบัติ จากความหมาย ความสำคัญ และแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนหลักการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามวิธีการของ อัญชลี จันทรินทราก (2559) ไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 เพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ

ประเด็นที่ 2 การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ประเด็นที่ 3 การเพิ่มการหลั่งไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการธำรงรักษาสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ความหมายของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ความหมายของพฤติกรรม (Behavior) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

เลฟตัน และแบรนนอน (Lefton & Brannon, 2008) ได้ให้ความหมายว่า “พฤติกรรม” (Behavior) คือ การแสดงออกภายนอก เช่น การเคลื่อนไหว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (การสนทนา) และการตอบสนองทางอารมณ์หรือการแสดงออกทางอารมณ์ (การหัวเราะ หรือร้องไห้) นอกจากนี้ ยังรวมถึงการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของสมอง ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือตรวจสอบ

คิง (King, 2011) ได้ให้ความหมายว่า “พฤติกรรม” (Behavior) คือ การกระทำทุกอย่างของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น การจูบ, การร้องไห้, การขับรถไปเรียน

เนวิด (Nevid, 2013) ได้อธิบายว่า พฤติกรรม คือ การกระทำของบุคคล ซึ่งจะครอบคลุมเฉพาะสิ่งที่แสดงออก เช่น การพูด การนั่ง การยิ้ม หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนอง สิ่งเร้า

ธัญญา ธีระกนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง อาการที่แสดงออกของมนุษย์ ปฏิบัติได้ต่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว โดยจากการสังเกตหรือการใช้เครื่องมือช่วยวัดพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการทางร่างกาย

ธนิดา ผาติเสนะ (2559) ให้ความหมายว่า เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามีสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ และสามารถทำนายพฤติกรรมมนุษย์ล่วงหน้าได้

จากความหมายที่ผู้วิจัยสรุปในหัวข้อข้างต้น พบว่า พฤติกรรมจะประกอบไปด้วยการกระทำ หรือการแสดงออกที่สามารถสังเกตได้โดยตรง

1.2 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้ให้นิยามคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสุขภาพไม่เพียงแต่เฉพาะแต่ละบุคคล เช่น สุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่ยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการทำงาน กิจกรรมป้องกันโรคเป็นงานที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรคนั้นเน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค องค์การอนามัยโรคให้ความหมายของการป้องกันโรค คือ การลด การจำกัด ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน และผลที่ตามมาของโรคกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครูปแบบการทำงานจำแนกได้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และระดับชุมชน มุ่งหมายต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคมให้ดีขึ้น จะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

1.3 ความหมายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

Palank (1991) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Pender (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายและปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจน์กมล (2551) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตน

สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตน และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ฯลฯ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งการจะมีสุขภาพที่ดีได้ทุกคนต้องปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมด้านสุขภาพ เช่น มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. (กองสุศึกษา, 2559) ดังนี้

1. มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในการเสริมสร้างร่างกาย และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อลดโรคลดภัย
2. มีพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและสุขภาพ
3. มีพฤติกรรมจัดการอารมณ์และความเครียด
4. มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่เพื่อสุขภาพ
5. มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อสุขภาพและป้องกันโรค

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพด้วยพฤติกรรม 3 อ.2 ส. จากปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บของคนไทย ได้เปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงในอดีตมาเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อทำให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง สังคมและเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั่วโลกเป็นเหตุให้ประชาชนขาดความสนใจการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสจัด และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายเกิน รอบเอวเกิน เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จากแนวคิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน การพัฒนาสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญกับการทำประชาคมเพื่อนำไปสู่การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป้าหมายคือ สุขภาวะที่ดีระดับชุมชน กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด เพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญโดยการส่งเสริมให้ใช้หลัก 3 อ. 2 ส. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (วิชัย เทียนถาวร, 2555)

อ.อาหาร พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีคุณค่าต่อร่างกาย โดยให้ได้รับสารอาหาร 6 ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุและน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และมีสัดส่วนเหมาะสม รับประทานอาหารผักและ

ผลไม้สดใหม่ หลากหลายเพิ่มมากขึ้น (ครบ 5 สี) ใน 1 วัน และรับประทานผักมากกว่าครึ่งกิโลกรัม ต่อคนต่อวัน ควรรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ควรดื่มน้ำที่สะอาดที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือให้คุณค่าต่อร่างกายน้อย เช่น อาหารที่มีไขมันสูง มีรสหวานรสเค็มมากเกินไป การหลีกเลี่ยง อาหารฟาสต์ฟู้ด ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ และอาหารที่มีน้ำตาลสูง น้ำอัดลม อาหารขบเคี้ยว อาหารหมักดอง รวมถึงอาหารกึ่งสำเร็จรูปและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อ.ออกกำลังกาย พหุกิจกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ความยืดหยุ่น และเพื่อสังคม เช่น การเดิน การวิ่ง โยคะ ชีกง การเต้นลีลาศ รำไม้พลอง เป็นต้น (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2554) การออกกำลังกายใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายนอกรูปแบบ เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย คือ การทำกิจกรรมที่มีความเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายการยืดเส้นยืดสายเพื่อให้เกิดการเผาผลาญ พลังงานส่วนเกินในร่างกายและเป็นการกระตุ้นการใช้กล้ามเนื้อให้แข็งแรง รวมทั้งการทำงานในแต่ละวัน การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน งานสวน งานสนาม การทำกิจกรรมยามว่าง การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง และการออกกำลังกายตามรูปแบบ เป็นการทำกิจกรรมในเวลาว่าง มุ่งเน้นเพื่อ สุขภาพ สมรรถภาพหรือการพักผ่อนหย่อนใจโดยการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงที่สามารถรับรู้ได้ว่าเป็นรูปธรรมกับตนเอง การออกกำลังกายควรมีพหุกิจกรรมการออก กกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยการออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นอย่างน้อย การออกกำลังกายแบบ หนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว หรือหอบขณะออกกำลังกายไม่สามารถคุยกับคนข้างเคียงได้จบ ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้งและ จำนวนวันต่อสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุ โดยกิจกรรมนั้นจะต้องใช้กล้ามเนื้อของร่างกาย ให้ออกแรงติดต่อกันเป็นระยะเวลาานพอ จึงจะมีผล ต่อการเสริมสร้างความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งขึ้นอยู่กับความหนัก ของการออกกำลังกาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เช่น เดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที วิ่งเหยาะ อย่างน้อยวันละ 20 นาที ฝึกจักรยานอย่างน้อยวันละ 30 นาที กระโดดเชือกอย่างน้อยวันละ 10 นาที ว่ายน้ำอย่างน้อยวันละ 20 นาที เต้นแอโรบิกอย่างน้อยวันละ 15 นาที การออกกำลังกาย เป็นกลาง หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือเล่นกีฬาจนทำให้รู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่า ปกติพอควรโดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย หายใจกระชั้นขึ้นไม่ถึงกับหอบ หรือขณะออกกำลังกาย ยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับเวลาที่ใช้ต่อครั้ง และจำนวน วันต่อวัน เช่น เดินเร็ว ทำงานบ้าน ล้างรถ รำไม้พลอง การออกกำลังกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กิจกรรมกวาดบ้าน ล้างจาน เดินเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ปรุงอาหาร รับประทานอาหาร ฯลฯ

อ.อารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ การปรับตัวและป้องกันแก้ไข ความเครียดที่เกิดขึ้นโดยมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดการตื่นตัวตลอดเวลา ในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อย่างหนึ่ง ซึ่งไม่น่าพอใจและเป็นเรื่องที่เราคิดว่าหนักเกินกำลัง และความสามารถที่จะแก้ไขได้ จึงทำให้รู้สึกหนักใจและเกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย

ส.สุบบุหรี พฤติกรรมการสุบบุหรี หมายถึง การสุบบุหรีซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สุบบุหรี พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรีไว้ว่า บุหรี หมายถึง บุหรีซิกาแลต บุหรีซิกการ์ บุหรียาเส้น หรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วย โดยลักษณะของการสุบที่ขึ้นอยู่กับปริมาณการสุบบุหรี และความบ่อยครั้งของการสุบบุหรี

ส.สุรา พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) ผสมอยู่ไม่เกิน 60 ดีกรี เช่น วิสกี้ บรั่นดี เบียร์ สุรา เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยลักษณะการดื่มเครื่องดื่มมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณการดื่มต่อวันและความถี่การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. ประเภทของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) (Pender et al., 2011) จำแนกประเภทตามแนวคิดของพฤติกรรม มนุษย์ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ตนเองรับรู้ได้เท่านั้น โดยที่บุคคลอื่นไม่สามารถรับรู้ได้โดยตรง ถ้าไม่แสดงออกมาทางกิริยา อาการในแบบพฤติกรรมภายนอก

2.2 พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลอื่นนอกเหนือจากตนเองที่สามารถรับรู้ได้ และบางพฤติกรรมบุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้ แม้ว่าเจ้าของพฤติกรรมนั้นอาจไม่รู้จักตาม ซึ่งการที่บุคคลอื่นจะรู้ได้ต้องอาศัยการสังเกตไม่ว่าจะเป็นประสาทสัมผัสโดยตรงหรือใช้เครื่องมือช่วยในการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลและสามารถจำแนกพฤติกรรมภายนอกออกเป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 พฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior) คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ด้วยตาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากตัวรับรู้และมีความหมายต่อกระบวนการคิดมากกว่าประสาทสัมผัสอื่นๆ แต่ที่จริงแล้วสามารถใช้ประสาทสัมผัสได้ถึง 7 ด้านในการสังเกต ได้แก่ ตา (ดู) หู (ฟัง) จมูก (ดม) ลิ้น (สัมผัส) ผิวกาย (สัมผัสทางผิวหนัง) อวัยวะภายในช่องหูประสานกับตา (ทรงตัว) และกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ เอ็นและข้อต่อ (รับรู้ความรู้สึกจากภายในร่างกาย) ซึ่งถ้าหากพิจารณาถึงการใช้ประสาทสัมผัสแต่ละด้านในการสังเกตพฤติกรรมแล้วจะพบว่า อาจใช้สังเกตผลของพฤติกรรม (หรืออาจจะเป็นร่องรอยของพฤติกรรม) หรืออาจใช้สังเกตพฤติกรรมของตนเองที่ได้รับ

ผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ ซึ่งล้วนนำไปสู่ความรู้ ความเข้าใจพฤติกรรมโมเลกุลของเจ้าของพฤติกรรมได้ทั้งสิ้น

ประเภทที่ 2 พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) คือพฤติกรรมที่บุคคลอื่นต้องใช้เครื่องมือ เพื่อช่วยในการสังเกต อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ เช่น การเต้นของหัวใจ คลื่นสมอง ความดันโลหิต กระแสไฟฟ้าใต้ผิวหนัง คะแนนจากแบบทดสอบ เป็นต้น ซึ่งแบบทดสอบจัดอยู่ในพฤติกรรมภายนอกประเภทนี้ด้วย แม้ว่าจะไม่ได้เป็นการวัดทางสรีระก็ตาม บุคคลเหมือนนอนฝันสามารถวัดคลื่นสมองได้ด้วย EEG หรือสังเกตการณ์เคลื่อนไหวของลูกตาตาได้หนึ่งตาได้ คือ REM เมื่อสภาพจิตใจของบุคคลหัวนี้ไหว เช่น เห็นหน้าคนรักหรือถูกจับโกหกได้ กระแสไฟฟ้าใต้ผิวหนังก็จะปั่นป่วนวัดได้ด้วย GSR ซึ่งการใช้ข้อมูลประเภทพฤติกรรมโมเลกุลนี้จะช่วยให้การสันนิษฐานถึงพฤติกรรมภายในได้เป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมมีหลายลักษณะ ทั้งสามารถรับรู้ได้โดยเจ้าของพฤติกรรมเองและบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้โดยการใช้เครื่องมือต่าง ๆ โดยที่เจ้าของพฤติกรรมเองก็ไมู้ตนเอง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกัน มีทั้งที่เจ้าของพฤติกรรมรับรู้ได้และไม่สามารถรับรู้ได้ ซึ่งในทางสุขภาพได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู ตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วยจนกระทั่งเกิดการเจ็บป่วยไว้ ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการโรค (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคลกระทำในภาวะปกติ เพื่อป้องกันตนเองจากโรคร้ายไข้เจ็บ ด้วยการกระทำที่แสดงว่าป้องกัน หรือเตือนตนเองก่อนการเกิดโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอันตรายจากการขับขี่รถ เป็นต้น

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติของร่างกาย เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ปวดท้อง เป็นต้น ซึ่งบุคคลที่มีอาการดังกล่าวจะแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าเกิดความผิดปกติกับร่างกาย เช่น ร้องโอดโอย ดิ้นทุรนทุราย หรือบางรายอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ซึ่งพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1. ระยะแรกเป็นขั้นตอนของการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น 2. ระยะที่สองเป็นระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนองกับความผิดปกตินั้น ๆ

พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อรู้ว่าป่วย เช่น หลังจากแพทย์วินิจฉัย ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วย

พฤติกรรมการแสดงออกทางสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นตั้งกระบวนกำบังโรครวมถึงลักษณะของการแสดงออกที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล โดยอาจเกิดสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมถึงการรับรู้ และประสบการณ์ที่เคยประสบพบเจอแตกต่างกัน

จึงทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคที่ไม่เหมือนกัน และบางคนไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้จึงทำให้เกิดโรค และต้องแสดงพฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย เพื่อหาทางเยียวยารักษาต่อไป แต่ในทางกลับกันหากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจองค์ประกอบของพฤติกรรม สามารถแยกแยะและวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างแม่นยำ ซึ่งเป็นผลนำไปสู่การเฝ้าระวังและส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมามากขึ้นอีกด้วย

3. องค์ประกอบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การแสดงออกของบุคคลในระยะเวลา หรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันนั้น ย่อมมีเหตุที่ทำให้แต่ละบุคคลแสดงออกด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งเหมือนและต่างกัน บางครั้งเกิดจากประสบการณ์ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ที่แต่ละคนมี ซึ่งสิ่งเหล่านี้เรียกว่า องค์ประกอบของพฤติกรรม องค์ประกอบของพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ส่วน (Bloom, 1977) ดังนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (ความรู้) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ Bloom (1977) ได้แบ่งระดับความสามารถนี้ไว้ 6 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในระดับต้นของพฤติกรรมพุทธิพิสัย ซึ่งเป็นลักษณะของความสามารถในการจดจำ และการระลึกได้ เช่น สามารถจดจำสูตรการปรุงอาหาร สูตรการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย หรือแม้กระทั่งจดจำข้อมูลอื่นเป็นความรู้อื่น ๆ ได้

ระดับที่ 2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมสืบเนื่องจากการมีความรู้ สามารถระลึกได้ แล้วแสดงพฤติกรรมอันเกิดจากการจดจำสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา เช่น สามารถทำอาหารได้ เพราะจำวิธีการปรุงได้อย่างถูกต้อง หรือการแสดงพฤติกรรมอื่น ๆ ในการดำเนินชีวิต อันเกิดจากการมีความรู้ ระลึกได้ กระทั่งนำมาสู่การแสดงทักษะดังกล่าวออกมาในรูปของพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น สามารถอธิบาย บรรยาย เขียน หรือคาดการณ์เหตุที่จะเกิดขึ้นอีกได้ เป็นต้น

ระดับที่ 3 การนำไปใช้ (Application) พฤติกรรมที่จะแสดงออกเมื่อมีความรู้ ความเข้าใจ วิธีการ กระบวนการเป็นอย่างดีแล้ว มาลองใช้กับเหตุการณ์ที่ไม่ใช่เหตุการณ์เดิมตามความเหมาะสมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น คิดสูตรอาหารใหม่ที่หลากหลายขึ้นเกิดจากการมีความรู้ จำกระบวนการประกอบอาหารนั้นได้ และสามารถทำอาหารได้แล้วนำวิธีการเดิมใช้กับอาหารชนิดใหม่ เพื่อให้เกิดความหลากหลายหรืออาจสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเล็กน้อยเพื่อความเหมาะสม เป็นต้น

ระดับที่ 4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นลักษณะพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับการนำไปใช้ แต่พฤติกรรมนั้นจะปรากฏชัดเจน และเป็นรูปแบบมากขึ้น กล่าวเกิดจากประสบการณ์จากความรู้เดิมที่เคยเกิดขึ้นผสมกับความรู้ใหม่ได้อย่างเหมาะสมและเกิดการนำพฤติกรรมไปใช้ได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนมากขึ้น ซึ่งบุคคลแต่ละคนสามารถแสดงพฤติกรรมการวิเคราะห์ได้หลายระดับ คือ สามารถ

แยกแยะปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ออกจากกันเป็นส่วนได้ สามารถสังเกตเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบนั้นได้อย่างครบถ้วน และสามารถเข้าใจส่วนประกอบต่าง ๆ เมื่อเกิดการผสมผสานเข้าด้วยกันตามสภาพการณ์ที่ต่างกัน

ระดับที่ 5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถนำส่วนประกอบต่างจากวิเคราะห์ แยกแยะออกจากกัน แล้วผสมผสานการรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยมีลักษณะโครงสร้างเป็นแบบใหม่ หรือมีคุณภาพดีกว่าเดิม

ระดับที่ 6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถประเมินคุณภาพของงานหรือสิ่งต่าง ๆ โดยมีมาตรฐานที่ชัดเจนในการประเมินนั้น ๆ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (ความชอบ ความสนใจ) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจ ความชอบหรือไม่ชอบ บางครั้งเรียกว่า เจตคติ นั้นเอง ซึ่งพฤติกรรมด้านเจตพิสัยประกอบด้วยหลายขั้นตอนจึงแสดงออกเป็นพฤติกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นความสนใจ เป็นขั้นที่เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น ให้อาหาร ชื่นชม เห็นตัวแบบต่าง ๆ เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ขั้นตอบสนอง เป็นขั้นต่อเนื่องจากความสนใจ เมื่อบุคคลสนใจในสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ มักเกิดแรงบันดาลใจและพยายามดึงดูดสิ่งเร้านั้น ๆ

ขั้นที่ 3 ขั้นยอมรับ เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองสิ่งเร้านั้น ๆ จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง และบอกว่าชอบและเห็นคุณค่าของการกระทำหรือกระบวนการที่สนใจหรือที่เรียกว่า ค่านิยม

ขั้นที่ 4 ขั้นจัดกลุ่ม เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถจัดกลุ่มค่านิยมความชอบ โดยสามารถพิจารณาจากความสัมพันธ์ของค่านิยมเหล่านั้น

ขั้นที่ 5 ขั้นแสดงพฤติกรรม ขั้นนี้เป็นขั้นที่บอกว่าบุคคลมีความชอบความสนใจให้ความสำคัญและมีค่านิยม โดยการแสดงออกเป็นพฤติกรรมและสามารถควบคุมตนเองให้เป็นไปตามค่านิยมของตน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (การประพฤติดีปฏิบัติ) เป็นการแสดงออกของบุคคลที่เรียกว่า พฤติกรรม โดยบุคคลจะแสดงออกและยังไม่แสดงออกโดยพิจารณาจากพุทธิพิสัยและเจตพิสัยร่วมด้วย เพื่อคาดการณ์การแสดงออกของพฤติกรรมที่เรียกว่า ทักษะพิสัย ซึ่งกระบวนการเกิดพฤติกรรมเกิดจากหลายขั้นตอน ดังนี้ 1. การเลียนแบบ 2. การทำตามแบบ 3. การทำให้ความถูกต้อง 4. การทำอย่างต่อเนื่อง 5. การกระทำโดยธรรมชาติ

การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เกิดจากองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนตามแนวคิดของ Bloom (1975) ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ส่วนการเกิดพฤติกรรมสุภาพก็เช่นเดียวกัน หากบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์แยกแยะสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมแล้ว ซึ่งอาจ

นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้อย่างเหมาะสมและนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอีกด้วย

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A., 2006) ดังนี้

4.1 ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ในมโนทัศน์หลักนี้เพนเดอร์ได้เสนอมนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

4.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) พบว่าตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit Formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

4.3 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วรรณนา วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4.4 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific Cognition and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 6 มโนทัศน์ ดังนี้

มโนทัศน์ที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความ

คาดหวังการให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทองหรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

มโนทัศน์ที่ 2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วยอุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มโนทัศน์ที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

มโนทัศน์ที่ 4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related Affect) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใด ๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ

มโนทัศน์ที่ 5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึงบรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสารและอารมณ์มากน้อยเพียงใดและการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social Reassure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

มโนทัศน์ที่ 6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิตสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4.5 พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

ผลลัพธ์ที่ 1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่ 2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่นเป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้คือ การปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมบนพื้นฐานการเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชชาวุธ และธีรพร อูวรรณโณ (2534) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า

การปรับพฤติกรรม คือ การประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คล้าย ๆ กับความหมายที่ คาลิช (Kalish, 1981 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาคิต, 2549) ให้ไว้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการนำผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลรี่และวิลสัน (O'Leary & Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบทางจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ ทั้งนี้ ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ควรคำนึงถึงลักษณะวิธีการดังต่อไปนี้ (ประทีป จินฉิ่ง, 2540) 1. เน้นที่พฤติกรรมเจาะจงเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3. ต้องมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน 4. ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ 5. การศึกษาแนวนี้จะเน้นที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น 6. เน้นความเป็นมนุษย์ของบุคคล โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ทั้งสิ้น 7. เทคนิคต่าง ๆ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อจำกัด ตลอดจนเกณฑ์การใช้เทคนิคเหล่านั้นให้รอบคอบด้วย 8. การปรับพฤติกรรมจะเน้นการใช้วิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษ และ 9. วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงต้องคำนึงถึงระยะของความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล ซึ่งมีไม่เท่ากัน บางคนอาจยังไม่สนใจปัญหาไม่เห็นความสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หรือบางคนสนใจแต่ยังลังเลใจอยู่ ยังกลัว ๆ กล้า ๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือบางคนอาจเริ่มเปลี่ยนแปลงแล้ว แต่ยังต้องการกำลังใจและแรงจูงใจภายนอกอยู่ มิฉะนั้นอาจจะยกเลิกไม่ทำพฤติกรรมต่อ

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรมหรือหลักการการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญ และในงานเขียนครั้งนี้เน้นวัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-Efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-Regulation) และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care)

แนวคิดทางจิตวิทยาการปรับพฤติกรรม มิคุลัส (Mikulas, 1978) ได้กำหนดคุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม หรือคุณสมบัติของการปรับพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 การปรับพฤติกรรมไม่เน้นอดีต (Ahistorical) แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคล ณ ที่นี้และขณะนี้ (Here and now) เป็นสำคัญ คือ สนใจว่าปัจจัยใดในขณะนั้นก่อให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบัน แต่ข้อมูลในอดีตจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรม

ประการที่ 2 การปรับพฤติกรรมหลักเลี่ยงการใช้การตีตรา เพราะจะเป็นการทำลายบุคคล เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้

ประการที่ 3 การปรับพฤติกรรม เป็นเรื่องเข้าใจได้ สามารถอธิบายให้ผู้รับการปรับพฤติกรรมเข้าใจได้ง่าย การให้เหตุผลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องได้จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเป็นอย่างดีในการดำเนินการปรับพฤติกรรม

ประการที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรม ไม่จำเป็นต้องเป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวหรือเป็นรายบุคคล การปรับพฤติกรรมสามารถฝึกใครก็ตาม เช่น ครู ผู้ปกครอง บุคลากร นักศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นใด ให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดเชิงบวกที่ต้องการพัฒนาและสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมไปปรับตนเองและผู้อื่นได้ และสามารถกระทำเป็นกลุ่มพร้อมกันได้

ประการที่ 5 ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกบุคคลให้ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เทคนิคที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self- Control) การกำกับตนเอง (Self- Regulation) ซึ่งเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ฝึกให้บุคคลกระทำการปรับพฤติกรรมตนเองได้ด้วยตัวเองเป็นเทคนิคที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลสามารถเรียนรู้ ทักษะการควบคุมตนเองจากแหล่งต่าง ๆ ได้ เช่น ผู้ใกล้ชิด นิตยสาร ตำรา คลินิก โทรทัศน์ หรือการให้คำปรึกษาและการฝึก เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ชุ่มตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดัน ไดแอสโตลิกต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง โดยเฉพาะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมการส่งเสริม

ความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นในชุมชน

กรรณรัช ปัญญาใส, พิศพลลัมภ์ อารังค์วรกุล, และสุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล (2560) ได้ศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระดับไม่ถูกต้อง ร้อยละ 94.2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 73.8 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่พอดี ร้อยละ 55.3 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 46.6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับไม่พอดี ร้อยละ 49.5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.2 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กิจกรรมรู้ก่อนชนะก่อน กิจกรรมหมอน้อยประจำตัว กิจกรรมขาด 3 ตัดสิทธิ์ กิจกรรมไม่เข้าใจให้ถาม และกิจกรรมเคาะประตูบ้าน

แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 เพศชาย ร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 34.43 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 38.12 กก./ม.² มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 49.0 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 50.7 มีอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม (ค้าขายรับจ้าง) ร้อยละ 48.7 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,155.67 บาท กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.7 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 การจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.7 การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 การตัดสินใจด้านสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 72.3 และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.0 โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผลการศึกษาคั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจึงควรหาวิธีในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความรู้อย่างมีวิจารณญาณในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาคั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้

พรศิริ พันธสี, และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่จิวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งสูงสุด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ การรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ (2562) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ ผลการศึกษพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้คะแนนร้อยละ 65.1 อยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง จำแนกตามองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ร้อยละ 70.1, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 61.1, การสื่อสารสุขภาพ ร้อยละ 63.3, การจัดการตัวเอง ร้อยละ 66.1, การรู้เท่าทันสื่อและ

สารสนเทศ ร้อยละ 59.5 และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 71.3 พฤติกรรมสุขภาพ ได้คะแนนร้อยละ 76.2 อยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา (2563) ได้ศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 69.3 อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.8 และระดับดี ร้อยละ 13.0 ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพ รายด้านที่ดีที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรค คือ อยู่ในระดับดีร้อยละ 86.0 และ ระดับพอใช้ร้อยละ 14.0 ส่วนด้านที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งอยู่ในระดับ ควรปรับปรุงร้อยละ 52.0 รองลงมาคือด้านทักษะ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 36.0 ทักษะการสื่อสารข้อมูลอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 30.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 25.5 นอกจากนี้สิ่งที่น่าสนใจ คือ ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการตนเองที่ระดับควรปรับปรุงร้อยละ 33.3

รุ่งนภา จันทรา, ชุติพร หิธอักษร, สุทธนันท์ กัลลกะ, อติญาณ์ ศรเกษตริน, และ ดาราวรรณ รองเมือง (2563) ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 เพศชาย ร้อยละ 44 อายุเฉลี่ย 51.23±11.34 ปี มีความแตกฉานด้านสุขภาพด้านความรู้ที่อยู่ในระดับ ที่เข้าใจถูกต้องบ้าง ร้อยละ 64.6 รองลงมา คือ เข้าใจไม่ถูกต้อง ร้อยละ 24 และเข้าใจถูกต้อง ร้อยละ 11.3 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 54.1 ด้านการ สื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 68.0 ด้านการจัดการ เจ็บป่วยของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 76.3 ด้านการรู้เท่าทัน สื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.7 ด้านการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 78.4 ด้านการมีส่วนร่วม กิจกรรมสุขภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 69.2 และด้านการคงดูแลรักษา สุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 72.6 จากผลการวิจัยจึงควรมีการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการ เฝ้าระวังโรคโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังกล่าว ข้างต้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ หัวใจของปัจจัยกำหนดสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายนสถานะสุขภาพที่ดีกว่ารายได้ การมีงานทำ ระบบการศึกษา เชื้อชาติ การอ่านออกเขียนได้ ของประชาชนส่งผลดีต่อสังคม ผู้ที่อ่านออกเขียนได้จะมีรายได้สูงกว่า มีโอกาสได้งานทำมากกว่าและ

มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมของสังคม มีความเป็นอยู่ที่ดีกว่ากลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยวัดจากการอ่านออกเขียนได้ จะสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานสูงกว่า ในกรณีที่ เป็นโรคไม่ติดต่อได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะดูแลตนเองและการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง (Self Assessed Health Status) ได้ดีน้อยกว่ากลุ่มรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเข้ารับการรักษาที่สูงกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำทางสังคม และในสังคมที่ความไม่เสมอภาคทางสังคมสูงจะยิ่งขยายช่องว่างความเหลื่อมล้ำให้มากขึ้น โดยกลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำได้แก่ คนที่การศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุ ผู้อพยพย้ายถิ่น และแยก ล้ามากกว่า เพราะข้อจำกัดด้านการอ่านออกเขียนได้ เป็นตัวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือเป็นข้อจำกัด ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษาที่สูงจะส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงตามไปด้วย การสร้างทักษะและความสามารถให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการสะสมที่จะต้องพัฒนา สมรรถนะตลอดช่วงชีวิต ซึ่งทำการศึกษาในบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ พบปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ได้แก่ การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดัน โลหิตสูง, ความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง, ซึ่งพบว่า เป็นการศึกษาเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างจากการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี เนื่องจากผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย 3 ประเด็น ใน 1 เรื่อง ประกอบด้วยความรู้ ในการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้วิจัย ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการวิจัย ศึกษาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และได้งานวิจัยที่ประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อทราบสถานการณ์ความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และเป็นแนวทาง ในการพัฒนาความรู้ ด้านสุขภาพในการลดอัตราป่วยอัตราตายของผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
4. การสร้างเครื่องมือวิจัย
5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. จริยธรรมในการวิจัย
8. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองแบบคัดกรองมาตรฐานตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) หมายถึง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงที่สุดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (Systolic Blood Pressure: SBP) ระหว่าง 130–139 mmHg หรือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตต่ำที่สุดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (Diastolic Blood Pressure; DBP) ระหว่าง 80–89 mmHg ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที) มีชื่ออยู่ในทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงประจำปี พ.ศ. 2561 อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 1,071 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ผ่านการคัดกรองแบบคัดกรองมาตรฐานตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) หมายถึง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงที่สุดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว (Systolic Blood Pressure: SBP) ระหว่าง 130–139 mmHg หรือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตต่ำที่สุดเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว (Diastolic Blood Pressure; DBP) ระหว่าง 80–89 mmHg ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที) มีชื่ออยู่ในทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงประจำปี พ.ศ. 2561 อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 284 คน ด้วยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 หาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณจากสูตร Krejcie and Morgan, (1970) ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + x^2 p(1-p)}$$

โดย n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (.05)

X² = ค่าไคสแควร์ที่ df = 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X² = 3.841)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจของประชากร (ถ้าไม่ทราบกำหนด p = 0.5)

แทนในสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{(3.841)(1,071)(0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2(1,071-1) + (3.841)(0.5)(1-0.5)} \\ &= \frac{1,028.42775}{3.63525} \\ &\approx 284 \text{ คน} \end{aligned}$$

2.2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร จำนวน 12 หมู่บ้าน โดยผู้วิจัยดำเนินการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากจากประชากรตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ การสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการและย้ายบ้านออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำนวน 12 หมู่บ้าน

หมู่ที่/บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
หมู่ที่ 1 บ้านดงยาง	121	32
หมู่ที่ 2 บ้านแม่ไข	129	34
หมู่ที่ 3 บ้านประชาร่วมใจ	165	44
หมู่ที่ 4 บ้านร่วมใจพัฒนา	86	23
หมู่ที่ 5 บ้านร่มเกล้า	91	24
หมู่ที่ 6 บ้านทุ่งพัฒนา	90	24
หมู่ที่ 7 บ้านใหม่	93	25
หมู่ที่ 8 บ้านห้วยทุ่ง(สีขอ)	18	5
หมู่ที่ 9 บ้านรังแร้ง	42	11
หมู่ที่ 10 บ้านนาโพธิ์	106	28
หมู่ที่ 11 บ้านแม่ไขสันกลาง	13	3
หมู่ที่ 12 บ้านทุ่งพัฒนาป่าดอกแก้ว	117	31
รวม	1,071	284

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก, 2561

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลทุ่งกระเซาะ กำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 12 หมู่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย
2. หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับเอกสารรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการประชุมรูปแบบการเก็บข้อมูลและวางแนวทางในการเก็บข้อมูลให้ไปในแนวทางเดียวกัน
4. ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและจำนวนของแบบสอบถามให้ครบถ้วน

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายลักษณะของแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงใหม่ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. จากกระทรวงสาธารณสุข กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ประกอบด้วย 3 ส่วน (จำนวน 55 ข้อ) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การมีญาติสายตรง เป็นโรคความดันโลหิตสูง และบทบาทหน้าที่ในชุมชน (จำนวน 14 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Fill in the blank)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. แบ่งออกเป็น 6 ตอน (จำนวน 31 ข้อ) ได้แก่

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (6 ข้อ)

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (5 ข้อ)

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (5 ข้อ)

ตอนที่ 4 การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (5 ข้อ)

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (5 ข้อ)

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (5 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. (จำนวน 10 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Checklist)

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 6 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 6 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก, ข, ค, ง โดยลักษณะคำถามมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

การตอบคำถาม	การให้คะแนน
ตอบถูก	1 คะแนน
ตอบผิด	0 คะแนน

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

% ของคะแนนเต็ม	ระดับ	แปลผล
0 – 2 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	รู้และเข้าใจใน 3 อ. 2 ส. ยังไม่ถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน
3 – 4 คะแนน หรือ ≥60 - <80% ของคะแนนเต็ม	ถูกต้อง	รู้และเข้าใจใน 3 อ. 2 ส. อย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี
5 – 6 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	รู้และเข้าใจใน 3 อ. 2 ส. อย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	เชิงบวก	เชิงลบ
ทุกครั้ง	4	0
บ่อยครั้ง	3	1
บางครั้ง	2	2
นานๆครั้ง	1	3
ไม่ได้ปฏิบัติ	0	4

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

% ของคะแนนเต็ม	ระดับ	แปลผล
0 – 12 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ
13 – 15 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ไม่สามารถนำมาตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้
16 – 20 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากเพียงพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง แม่นยำได้

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	เชิงบวก	เชิงลบ
ทุกครั้ง	4	0
บ่อยครั้ง	3	1
บางครั้ง	2	2
นานๆครั้ง	1	3
ไม่ได้ปฏิบัติ	0	4

ตารางที่ 4 เกณฑ์การให้คะแนนการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.

% ของคะแนนเต็ม	ระดับ	แปลผล
0 – 12 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจใน การปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้
13 – 15 คะแนน หรือ $\geq 60 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเอง และผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
16 – 20 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีความเชี่ยวชาญในด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อ สื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการ ปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของตนเองอย่างถูกต้อง

ตอนที่ 4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	เชิงบวก
ทุกครั้ง	4
บ่อยครั้ง	3
บางครั้ง	2
นานๆครั้ง	1
ไม่ได้ปฏิบัติ	0

ตารางที่ 5 เกณฑ์การให้คะแนนการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.

% ของคะแนนเต็ม	ระดับ	แปลผล
0 – 12 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการ สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเอง ไม่ค่อยได้
13 – 15 คะแนน หรือ ≥60 – <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการ สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้ เป็นส่วนใหญ่
16 – 20 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและการ สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้ เป็นอย่างดี

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	เชิงบวก
ทุกครั้ง	4
บ่อยครั้ง	3
บางครั้ง	2
นานๆครั้ง	1
ไม่ได้ปฏิบัติ	0

ตารางที่ 6 เกณฑ์การให้คะแนนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

% ของคะแนนเต็ม	ระดับ	แปลผล
0 – 12 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน
13 – 15 คะแนน หรือ $\geq 60 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้าง โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง
16 – 20 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อเฉพาะที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้องจริง

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก, ข, ค, ง โดยลักษณะคำถามมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

การตอบคำถาม	การให้คะแนน
ตอบถูก	1 คะแนน
ตอบผิด	0 คะแนน

ตารางที่ 7 เกณฑ์การให้คะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3 อ. 2 ส.

% ของคะแนนเต็ม	ระดับ	แปลผล
0 – 12 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ยึดมั่นทำตามตัวตามสบาย โดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง
13 – 15 คะแนน หรือ ≥60 – <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น
16 – 20 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

ตารางที่ 8 เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ 0 – 35.33 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.
ถ้าได้ 35.34 – 70.67 คะแนน หรือ ≥60 – <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้มากกว่าหรือเท่ากับ 70.68 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. (จำนวน 10 ข้อ) โดยลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ตามแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแนวการสร้างของลิเกอร์ท แบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	เชิงบวก	เชิงลบ
6 – 7 วัน/สัปดาห์	5	1
4 – 5 วัน/สัปดาห์	4	2
3 วัน/สัปดาห์	3	3
1 – 2 วัน/สัปดาห์	2	4
ไม่ปฏิบัติ	1	5

ตารางที่ 9 สรุปคะแนนในภาพรวมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ 1 – 16.66 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีต่อการปฏิบัติตน ตามหลัก 3 อ. 2 ส.
ถ้าได้ 16.67 – 33.33 คะแนน หรือ ≥60 – <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีต่อการปฏิบัติตน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 33.34 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ด้อยต่อการปฏิบัติตน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องและยังยืนจน เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การหาค่า

เกณฑ์การหาค่าระดับความสัมพันธ์ของค่าสหสัมพันธ์ (Salkind, 2000)

ค่าระดับความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.81 – 1.00	สูงมาก (Very Strong)
0.61 – 0.80	ค่อนข้างสูง (Strong)
0.41 – 0.60	ปานกลาง (Moderate)
0.21 – 0.40	ค่อนข้างต่ำ (Weak)
0.01 – 0.20	ต่ำมาก (Very Weak)

การสร้างเครื่องมือวิจัย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

2. ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 55 ข้อ โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 14 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. (จำนวน 31 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. (จำนวน 10 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) โดยยึดตามแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องตามองค์ประกอบที่ต้องการ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยพิจารณาความถูกต้องสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับเนื้อหาตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมทางแนวคิด ทฤษฎี แล้วแก้ไขตามคำแนะนำวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Consistency) โดยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.84

2. การตรวจความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบ้านท้องฟ้า ตำบลท้องฟ้า อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลจากการทดลองมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้ค่า KR-20 ได้ค่า ดังนี้

2.1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.74

2.2 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เท่ากับ 0.82

และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ได้ค่า ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ | เท่ากับ 0.87 |
| 2. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ | เท่ากับ 0.79 |
| 3. การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ | เท่ากับ 0.89 |
| 4. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ | เท่ากับ 0.72 |
| 5. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. | เท่ากับ 0.84 |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ผล ดังนี้

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุแต่ละโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพในตำบลทุ่งกระเซาะ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มเป้าหมาย คำถามหลักในการสัมภาษณ์วิธีการเก็บข้อมูล บทบาทของผู้ช่วยวิจัยด้านการเก็บข้อมูล การไม่เปิดเผยข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัยก่อนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลจริง
2. อบรมอาสาสมัครในการเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาการแปลภาษาจากภาษาไทยเป็นภาษาพม่า และแปลภาษาไทยเป็นภาษาม้ง
3. ติดต่อประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอ บ้านตาก จังหวัดตาก และติดต่อประสานกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่ออนุญาตในการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในชุมชนพร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่
4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงทั้งในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนครบตามกำหนด
5. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์
6. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปด้วยคอมพิวเตอร์และทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทำการเรียบเรียงเนื้อหาจัดกลุ่มสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์การวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้แบ่งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก กระทรวงสาธารณสุข ได้เอกสารรับรอง COA No. 383/62 TAKREC No. 008/62 วันที่รับรอง 02/05/2562 และได้ดำเนินการศึกษาข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เขตจังหวัดตากต่อไป

2. ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามโดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษาโดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ในระหว่างดำเนินการโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ และการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลง ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะใช้รหัสตัวเลขแทนข้อมูลที่อยู่อาศัยจริงของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ข้อมูลส่วนตัวที่เก็บจากงานวิจัยส่งผลเสียต่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด
2. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด
3. ข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ศักยภาพพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ซึ่งแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 บริบทของตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก

3 อ. 2 ส. แบ่งออกเป็น 7 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ

ตอนที่ 4 การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ตอนที่ 7 ภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ส่วนที่ 1 บริบทของตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

บริบทด้านสังคม

บริบทของตำบลทุ่งกระเซาะเป็นชุมชนแบบ “กึ่งเมืองกึ่งชนบท” สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม ด้านตะวันตกติดภูเขา ปัจจุบันลำห้วยตากมีสภาพตื้นเขิน ในฤดูฝนเมื่อน้ำป่าไหลหลากจะล้นตลิ่ง ท่วมบ้านเรือนของประชาชนทำให้ได้รับความเดือดร้อนและเป็นสาเหตุให้ถนนชำรุดอยู่เป็นประจำ ประชาชนจะตั้งบ้านเรือนเรียงรายและเกาะกลุ่มกันหนาแน่นตามเส้นทางคมนาคม และแนวลำห้วยที่ไหลผ่าน มีประชากรหนาแน่นที่สุดในเขตหมู่ที่ 3 บ้านประชาร่วมใจ และหมู่ที่ 10 บ้านนาโพธิ์ และยังมีบางหมู่บ้านที่มีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ในอัตราต่ำ เนื่องจากเป็นพื้นที่เกษตรกรรม มีประชากรในวัยทำงาน (ประชากรวัย 31-45 ปี) เป็นกลุ่มที่มีอัตราส่วนสูงที่สุด และพบว่าอัตราของประชากรวัยพึ่งพิง คือ 0-14 ปี และ 64 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่าข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 ที่มีอัตราพึ่งพิงต่อร้อยอยู่ที่ 22.79 อัตราพึ่งพิงแสดงให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานจำนวนหนึ่งร้อยคนมีภาระการดูแลประชากรเด็กและผู้สูงอายุจำนวนมากเท่าใดในที่นี้ประมาณ 24 คน และจากการที่อัตราการพึ่งพิงสูงขึ้นแสดงให้เห็นภาระที่เพิ่มขึ้นของประชากรวัยทำงานด้วย

ประชากรของตำบลทุ่งกระเซาะมีความคล้ายคลึงกันในด้านขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม เนื่องจากประชากรในตำบลทุ่งกระเซาะส่วนใหญ่เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธประมาณร้อยละ 95 นับถือศาสนาคริสต์ประมาณร้อยละ 5 การประกอบอาชีพหลักของประชาชนในตำบลทุ่งกระเซาะ ได้แก่ เกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ ทำสวน (ข้าว ข้าวโพด ถั่วเหลือง) เลี้ยงสัตว์ (โค สุกร) รับจ้างทั่วไป รับราชการ ค้าขาย งานฝีมือ (การทอผ้า จักสานตะกร้า ไม้กวาดฯ) และงานบริการ (ร้านเสริมสวย ร้านอาหาร ร้านซ่อมรถ) รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม โดยในแบบที่เป็นชุมชนเมือง ประชากรจะไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กันมากนัก ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมกันเฉพาะภายในครอบครัวในช่วงเย็นหลังเลิกงานและวันหยุดเท่านั้น อีกกลุ่มหนึ่งในแบบเป็นสังคมชนบทจะมีความสัมพันธ์เป็นกันเอง เนื่องจากเป็นเครือญาติกันเกือบทั้งหมด คราวเรือนที่เป็นญาติจะตั้งอยู่ใกล้กันและรวมกันอยู่เป็นกลุ่มบ้าน สามารถเดินไปมาหาสู่กันได้สะดวกและแต่ละบ้านไม่นิยมทำรั้วกันแบบถาวรอาจจะมีแนวคูหรือปลูกต้นไม้เป็นเขตพอสงเขปเท่านั้น เป็นวิถีชนบทที่แตกต่างอย่างมากกับวิถีชุมชนเมืองที่ต้องสร้างรั้วรอบขอบชิด มีการรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น มีระบบสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ มีการนับถือตามอาวุโส ผู้ได้รับการยกย่องจากความเคารพนับถือ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และอาวุโส

ด้านการดูแลสุขภาพและระบบสาธารณสุขในตำบลทุ่งกระเซาะ มีสถานบริการด้านสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกระเซาะ ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ชุมชนประชาร่วมใจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ตั้งอยู่หมู่ที่ 1 ชุมชนบ้านใหม่สามัคคี ตำบลท้องฟ้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยพลู ตั้งอยู่หมู่ที่ 6 บ้านห้วยพลู ตำบลท้องฟ้า ซึ่งประชาชนในชุมชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ หากเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเลือกไปใช้บริการสถานอนามัยใกล้บ้านหรือคลินิก กรณีการเจ็บป่วยหนักเกินขีดความสามารถของสถานอนามัยหรือคลินิก จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลบ้านตากหรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามสิทธิที่ได้รับการรักษาของผู้ป่วย ประชากรในชุมชนมากกว่าร้อยละ 60 มีการใช้สิทธิโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม เลี้ยงวัว และรับจ้างทั่วไป มีส่วนน้อยที่ใช้สิทธิอื่น ๆ ประชากรส่วนใหญ่จะเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่ไม่ติดต่อและป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือด ซึ่งมาจากขาดการออกกำลังกาย รวมไปถึงขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการบริโภคและพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสาเหตุของการเกิดโรค คือ ความเครียด ความพึงพอใจและค่านิยม ประเพณีวัฒนธรรม ความรู้ด้านสุขอนามัยและโภชนาการ การออกกำลังกาย และวิถีการบริโภค

ด้านการศึกษาตำบลทุ่งกระเซาะมีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ตั้งให้บริการประชาชนในตำบลจำนวน 2 แห่ง ดังนี้ โรงเรียนบ้านดงยาง ตั้งอยู่หมู่ที่ 1 ชุมชนบ้านดงยาง และโรงเรียนบ้านทุ่งกระเซาะ ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ชุมชนประชาร่วมใจ มีศูนย์การเรียนนอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบลทุ่งกระเซาะ (กศน.) จำนวน 1 แห่ง ตั้งอยู่หมู่ที่ 10 ชุมชนบ้านนาโพธิ์ มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 บ้านชุมชนบ้านร่วมใจ และมีศูนย์การเรียนรู้ ICT ประจำตำบลทุ่งกระเซาะ จำนวน 1 แห่ง ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ชุมชนประชาร่วมใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองบางส่วนนิยมส่งบุตรหลานเข้าไปเรียนในตัวจังหวัดตากซึ่งอยู่ไกลมากนัก

สภาพปัญหาของสังคมที่เป็นปัญหาหลักของชุมชนตำบลทุ่งกระเซาะ คือ ประชากรอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นอันดับที่หนึ่งของอำเภอบ้านตาก เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ส่วนมากสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพและจะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ การหารายได้มากกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ประกอบกับการบริโภคอาหารที่นิยมอาหารรสจัดทั้งหวาน มัน เค็ม ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมอง

บริบทด้านเศรษฐกิจของชุมชน

จากการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์ พบว่า แหล่งน้ำที่สำคัญในการใช้เพื่ออุปโภคบริโภค และทำการเกษตรของตำบลทุ่งกระเซาะ ได้แก่ แหล่งน้ำธรรมชาติ ประเภทแหล่งน้ำผิวดินของตำบลทุ่งกระเซาะ ได้มาจากลำห้วย (ลำห้วยตาก ลำห้วยแม่ไข ลำห้วยผาลาด) เหมือน บ่อน้ำตื้น บ่อบาดาล รางน้ำ ประปาในพื้นที่แต่ละหมู่ ประปาภูเขา(หมู่ที่ 8 หมู่บ้านลิซอดูแลกันเอง) มีสาธารณูปโภคด้านน้ำประปาครบทุกครัวเรือน ประชาชนมีไฟฟ้าใช้ครบทุกครัวเรือน มีเส้นทางคมนาคมทางบกเป็นสำคัญโดยมีถนนภายในหมู่บ้านเชื่อมกับถนนเลียบลำห้วย เป็นเส้นทางในการคมนาคมระหว่างหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด

การใช้พื้นที่ทางการเกษตรของตำบลทุ่งกระเซาะ พบว่าตำบลทุ่งกระเซาะพื้นที่ทั้งหมดมีพื้นที่การเกษตรเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะพื้นที่ทำนาโดยการทำนาหว่านน้ำตม ทำทั้งนาปี มีผลผลิตเฉลี่ย 750 - 800 กิโลกรัม/ไร่ และมีการปลูกไม้ผลแบบไว้รับประทานเอง และปลูกแบบสวนหลังบ้าน นอกจากนี้ยังมีการทำแปลงจำลองแบบธรรมชาติในการเพาะเห็ด เพื่อจำหน่ายเป็นรายได้ของครอบครัว รายได้ของเกษตรกรในตำบลทุ่งกระเซาะมาจาก 3 แหล่งสำคัญ คือ 1. รายได้จากการเลี้ยงวัวเฉลี่ยครัวเรือนละ 65,000 บาท/ปี 2. รายได้จากการเกษตรเฉลี่ยครัวเรือนละ 58,000 บาท/ปีและ 3. รายได้ด้านรับจ้างทั่วไปเฉลี่ยครัวเรือนละ 72,000 บาท/ปี นอกจากนี้พื้นที่ทำการเกษตรแล้วบ้านลิซอด ตำบลทุ่งกระเซาะยังมีรายได้จากการปลูกผัก เช่น กะหล่ำปลี แตงกวา ผักกาดขาว เป็นต้น เฉลี่ยครัวเรือนละ 85,000 บาท/ปี ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างสูงและเป็นรายได้ประจำในแต่ละเดือนอีกด้วย

บริบทด้านการเมือง

ตำบลทุ่งกระเซาะ มีการบริหารงานในระดับนโยบายท้องถิ่นโดยเทศบาลตำบลทุ่งกระเซาะ โดยมี นายกำจัด นิลจันทร์ ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีตำบลทุ่งกระเซาะเป็นผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงาน และมีสมาชิกสภาเทศบาลฯ ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านเพื่อร่วมในการกำหนด กำกับดูแลการดำเนินนโยบายของหน่วยงาน โดยมี นางแก้วลา พูคำ ดำรงตำแหน่งประธานสภาเทศบาลตำบลทุ่งกระเซาะ ภายในสำนักงานเทศบาลตำบลทุ่งกระเซาะมีการแบ่งส่วนราชการภายในตามภาระหน้าที่รับผิดชอบเป็น 3 ส่วน คือ สำนักปลัด ส่วนการคลัง ละส่วนโยธา อีกทั้งยังมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อาวุโสในชุมชน และพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมมือกับสำนักงานเทศบาลตำบลทุ่งกระเซาะในการที่จะช่วยดูแลเอาใจใส่สมาชิกในชุมชนในเรื่องต่าง ๆ

ด้านแผนพัฒนาตำบล พบว่า เทศบาลตำบลทุ่งกระเซาะมีแผนพัฒนาตำบลในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจชุมชน พัฒนาสังคม พัฒนาการศึกษา ศาสนาวัฒนธรรม พัฒนาสาธารณสุข และพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยพัฒนาสาธารณสุข แผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อม

บริบทด้านวัฒนธรรม

ตำบลทุ่งกระเซาะ มีความเชื่อในด้านศาสนา ชาวบ้านยังยึดถือเรื่องราวเกี่ยวกับศาสนา อย่างเหนียวแน่น โดยมีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจของประชาชนในตำบล ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่าง ๆ ชาวบ้านยังยึดถือปฏิบัติตามกันตลอดมา จะสังเกตได้จากเมื่อวัดมีงานประเพณีอะไร ชาวบ้านก็จะมาช่วยกันอย่างหนาแน่น ชาวตำบลทุ่งกระเซาะยังจัดเป็นชุมชนและองค์กรที่มีความเข้มแข็งและมีความสามัคคีของคนในชุมชน มีการยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน ประเพณีและงานประจำปีในตำบลทุ่งกระเซาะ มีดังนี้ ประเพณีปีใหม่สี่ขอ ประมาณเดือนมกราคม/กุมภาพันธ์ ประเพณีขึ้นธาตุเดือนเก้า ประมาณเดือนมิถุนายน/กรกฎาคม ประเพณีต๋านก้วยสลาก ประมาณเดือนตุลาคม ประเพณีสงกรานต์ ประมาณเดือนเมษายน และประเพณีลอยกระทง ประมาณเดือนพฤศจิกายน

ภูมิปัญญาท้องถิ่นในตำบลทุ่งกระเซาะ ได้อนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ การหาของป่า การตีกลองทึงเย วิธีการทำเครื่องจักสารใช้สำหรับในคร้วเรือน และการทำของใช้จากกะลามะพร้าว และภาษาถิ่นที่ใช้ ส่วนมากพูดภาษาพื้นเมืองร้อยละ 90 ภาษาม้งร้อยละ 5 ภาษาพม่าร้อยละ 1

บริบทด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อมในตำบลทุ่งกระเซาะ พบว่า ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยยังเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยการรวบรวมจัดตั้งรองรับให้ทุกครัวเรือน โดยเทศบาลตำบลทุ่งกระเซาะมีการรณรงค์ให้มีการคัดแยกขยะ การหมัก ทำปุ๋ย โดยขยะ Recycle ชุมชนจะแยกไว้ขาย และมีสถานที่กำจัดขยะอยู่บ้านล้อง หมู่ที่ 10 ตำบลทุ่งกระเซาะ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 284)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	144	50.70
1.2 หญิง	140	49.30
2. อายุ		
2.1 อายุ 60 - 69 ปี	174	61.30
2.2 อายุ 70 - 79 ปี	89	31.30
2.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป	21	7.40
\bar{X} = 68 ปี, S.D. = 6.78, Max = 97 ปี, Min = 60 ปี		
3. ตรวจร่างกาย		
3.1 น้ำหนัก		
3.1.1 น้ำหนักน้อยกว่า 40 ก.ก.	2	0.70
3.1.2 อยู่ระหว่าง 41 - 50 ก.ก.	45	15.80
3.1.3 อยู่ระหว่าง 51 - 60 ก.ก.	141	49.60
3.1.4 อยู่ระหว่าง 61 - 70 ก.ก.	80	28.20
3.1.5 น้ำหนักมากกว่า 70 ก.ก. ขึ้นไป	16	5.60
\bar{X} = 58 ก.ก., S.D. = 8.02, Max = 83 ก.ก., Min = 23 ก.ก.		
3.2 ส่วนสูง		
3.2.1 ส่วนสูงน้อยกว่า 150 ซม.	40	14.08
3.2.2 ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151 - 160 ซม.	119	41.90
3.2.3 ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 161 - 170 ซม.	103	36.27
3.2.4 ส่วนสูงมากกว่า 170 ซม. ขึ้นไป	22	7.75
\bar{X} = 160 ซม., S.D. = 11.92, Max = 189 ซม., Min = 140 ซม.		

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 284)	ร้อยละ
3.3 รอบเอว		
3.3.1 รอบเอวน้อยกว่า 70 ซม.	47	16.55
3.3.2 รอบเอวอยู่ระหว่าง 71 - 80 ซม.	121	42.61
3.3.3 รอบเอวอยู่ระหว่าง 81 - 90 ซม.	104	36.62
3.3.4 รอบเอวมากกว่า 90 ซม. ขึ้นไป	12	4.23
\bar{X} = 79 ซม., S.D. = 6.76, Max = 100 ซม., Min = 55 ซม.		
3.4 ค่าดัชนีมวลกาย		
3.4.1 น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	16	5.63
3.4.2 ระหว่าง 18.5 - 22.9 (ปกติ)	172	60.56
3.4.3 ระหว่าง 23.0 - 24.9 (น้ำหนักเกิน)	52	18.31
3.4.4 ระหว่าง 25.0 - 29.9 (อ้วนระดับ 1)	40	14.08
3.4.5 มากกว่า 30.0 (อ้วนระดับ 2)	4	1.41
\bar{X} = 22.46, S.D. = 3.24, Max = 38.80, Min = 9.46		
4. สถานภาพ		
4.1 สมรส	157	55.28
4.2 หม้าย	88	30.99
4.3 โสด	27	9.51
4.4 แยกกันอยู่	8	2.82
4.5 หย่า	4	1.41
5. นับถือศาสนา		
5.1 พุทธ	280	98.59
5.2 คริสต์	4	1.41

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 284)	ร้อยละ
6. ระดับการศึกษา		
6.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	5.63
6.2 ประถมศึกษา	247	86.97
6.3 มัธยมศึกษา	11	3.87
6.4 ปริญญาตรี	7	2.46
6.5 อนุปริญญา/ปวส.	3	1.06
7. อาชีพหลัก		
7.1 ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงวัว	121	42.61
7.2 รับจ้างทั่วไป	72	25.35
7.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	21.83
7.4 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25	8.80
7.5 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	1.41
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
8.1 น้อยกว่า 1,000 บาท	14	4.93
8.2 ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท	168	59.15
8.3 ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท	66	23.24
8.4 ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท	17	5.99
8.5 ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท	10	3.52
8.6 ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาท	4	1.41
8.7 ระหว่าง 25,001 – 30,000 บาท	5	1.76
\bar{X} = 5,900 บาท, S.D. = 5,614, Max = 30,000 บาท, Min = 700 บาท		

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 284)	ร้อยละ
9. โรคประจำตัว		
9.1 ไม่มี	245	86.30
9.2 มี ระบุ	39	13.70
9.2.1 ไขมันในเส้นเลือดสูง	23	58.97
9.2.2 เก๊าท์	4	10.26
9.2.3 เบาหวาน	9	23.09
9.2.4 โลหิตจาง	1	2.56
9.2.5 มะเร็งในมดลูก	1	2.56
9.2.6 ลมชัก	1	2.56
10. มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
10.1 ไม่มี	243	85.56
10.2 มี	38	13.38
10.3 ไม่ทราบ	2	0.70
11. บทบาทหน้าที่ในชุมชน*		
11.1 ไม่มีบทบาทหน้าที่ในชุมชน	216	75.52
11.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม)	35	12.24
11.3 คณะกรรมการต่าง ๆ เช่น กรรมการหมู่บ้าน	35	12.24

*หมายเหตุ บทบาทหน้าที่ในชุมชน เป็นข้อที่สามารถเลือกได้หลายคำตอบ

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 เพศหญิง ร้อยละ 49.3 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 68 ปี โดยมีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.3 รองลงมาอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 31.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.3 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 30.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.9 รองลงมา ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 5.6 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงวัว ร้อยละ 42.6 รองลงมา รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.3 มีรายได้ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 59.2 รองลงมา มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 23.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.3 มีโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 58.9 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.6 และไม่มีบทบาทหน้าที่

ในชุมชน ร้อยละ 75.5 รองลงมา มีบทบาทหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และมีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 12.2

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ

ข้อความถาม	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	283	99.65	1	0.35
2. นางดำชอบกินผักกาดดอง ผัดเต้าเจี้ยว นางดำจะเสี่ยงเป็นโรค	269	94.72	15	5.28
3. การออกกำลังกาย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	279	98.24	5	1.76
4. การจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี	254	89.44	30	10.56
5. ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด	245	86.27	39	13.73
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อปัญหามากที่สุด	282	99.30	2	0.70

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาหารที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 99.65 รองลงมา คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อปัญหามากที่สุด ร้อยละ 99.30 และการออกกำลังกายลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.24

ตารางที่ 12 แสดงคะแนนรวมของความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (n = 284)

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้ความเข้าใจ
0 – 2 คะแนน (< 60% ของคะแนนเต็ม)	2	0.70	ไม่ดี
3 – 4 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	4	1.41	ถูกต้อง
5 – 6 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	278	97.89	ดีมาก
$\bar{X} = 5.80$, S.D. = 0.47, Max = 6 คะแนน, Min = 3 คะแนน			

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ร้อยละ 97.89

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ข้อมูล	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. สามารถเลือกแหล่งข้อมูล สุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ตามหลัก 3 อ. 2 ส.	67 (23.59)	164 (57.75)	53 (18.66)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. การต้องการข้อมูลสุขภาพ สามารถค้นหาข้อมูลหรือ สอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย	50 (17.61)	167 (58.80)	67 (23.59)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. การมีปัญหาเกี่ยวกับการค้นหา ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต	0 (0.00)	1 (0.35)	77 (27.11)	146 (51.41)	60 (21.13)
4. มีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อยืนยันความเข้าใจ ของตนเอง โดยสืบค้นหรือ สอบถามจากหลายๆ แหล่ง	87 (30.64)	115 (40.49)	81 (28.52)	1 (0.35)	0 (0.00)
5. การตรวจสอบแหล่งข้อมูล สุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. จนเชื่อว่า ข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ	83 (29.22)	112 (39.44)	86 (30.28)	3 (1.06)	0 (0.00)

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ การต้องการข้อมูลสุขภาพ สามารถค้นหาข้อมูลหรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย บ่อยครั้ง ร้อยละ 58.80 สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. บ่อยครั้ง ร้อยละ 57.75 และมีปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ตนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 51.41

ตารางที่ 14 แสดงคะแนนรวมของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (n = 284)

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
0 – 12 คะแนน (< 60 % ของคะแนนเต็ม)	20	7.04	ไม่ดี
13 – 15 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	259	91.20	พอใช้
18.00 – 20 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	5	1.76	ดีมาก

\bar{X} = 13.05, คะแนน S.D. = 2.00, Max = 17 คะแนน, Min = 10 คะแนน

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง ร้อยละ 91.20 แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้อยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละของการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ

ข้อมูล	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. จากบุคคลต่างๆแล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา	181 (63.73)	181 (63.73)	50 (17.61)	0 (0.00)	1 (0.35)
2. การเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟังจนเขาเข้าใจ	37 (13.02)	173 (60.92)	74 (26.06)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. การอ่านเอกสารแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. แล้วพบว่า ไม่ค่อยเข้าใจ	45 (15.85)	152 (53.52)	85 (29.93)	0 (0.00)	2 (0.70)
4. การแสดงออกในการพูดอ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ	68 (23.94)	137 (48.24)	79 (27.82)	0 (0.00)	0 (0.00)
5. การโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ที่ถูกต้อง	94 (33.10)	115 (40.49)	72 (25.35)	3 (1.06)	0 (0.00)

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ การฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. จากบุคคลต่างๆแล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาทุกครั้ง ร้อยละ 63.73 รองลงมา คือ การเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟังจนเขาเข้าใจบ่อยครั้ง ร้อยละ 60.92 และการอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้ง ร้อยละ 53.52

ตารางที่ 16 แสดงคะแนนรวมของการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (n = 284)

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการสื่อสาร
0 – 12 คะแนน (< 60 % ของคะแนนเต็ม)	278	97.89	ไม่ดี
13 – 15 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	4	1.14	พอใช้
16 – 20 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	2	0.70	ดีมาก

\bar{X} = 11.04 คะแนน, S.D. = 1.32, Max = 14 คะแนน, Min = 8 คะแนน

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้ทุกคนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 97.89

ตอนที่ 4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละของการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ข้อมูล	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ	66 (23.24)	165 (58.10)	53 (18.66)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. การวางเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้	51 (17.90)	157 (55.28)	76 (26.76)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. การประเมินอารมณ์ตนเองถ้าพบว่าเครียด จะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพ	48 (16.90)	155 (54.58)	80 (28.17)	1 (0.35)	0 (0.00)
4. การได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส.	55 (19.37)	141 (49.65)	87 (30.63)	1 (0.35)	0 (0.00)
5. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ท่านปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้มากขึ้น	82 (28.87)	127 (44.72)	72 (25.35)	3 (1.06)	0 (0.00)

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ทุกครั้ง ร้อยละ 28.87 รองลงมา คือ มีการสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อทุกครั้ง ร้อยละ 23.24 และมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ทุกครั้ง ร้อยละ 19.37

ตารางที่ 18 แสดงคะแนนรวมของการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (n = 284)

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการจัดการตนเอง
0 – 12 คะแนน (< 60 % ของคะแนนเต็ม)	77	27.11	ไม่ดี
13 – 15 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	145	51.06	พอใช้
16 – 20 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	62	21.83	ดีมาก

\bar{X} = 14.73 คะแนน, S.D. = 2.73, Max = 20 คะแนน, Min = 10 คะแนน

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ การมีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 51.06

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ตารางที่ 19 แสดงจำนวน ร้อยละของการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ข้อมูล	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ	ไม่ได้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1. การเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ จะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ	69 (24.30)	167 (58.80)	48 (16.90)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. การเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ	38 (13.38)	172 (60.56)	74 (26.06)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. การใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ นั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม	40 (14.08)	171 (60.21)	73 (25.70)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมิน เนื้อหา โดยไม่เชื่อในทันที	69 (24.30)	130 (45.77)	85 (29.93)	0 (0.00)	0 (0.00)
5. การได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. กับผู้อื่น โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม	82 (28.87)	123 (43.31)	77 (21.11)	2 (0.70)	0 (0.00)

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิเคราะห์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. กับผู้อื่น ตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตามทุกครั้ง ร้อยละ 28.87 รองลงมา คือ การเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์/เกิดความสนใจ ต้องหาข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อทุกครั้ง ร้อยละ 24.30 และการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมิน เนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันทีทุกครั้ง ร้อยละ 24.30

ตารางที่ 20 แสดงคะแนนรวมของการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (n = 284)

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
0 – 12 คะแนน (< 60 % ของคะแนนเต็ม)	60	21.30	ไม่ดี
13 – 15 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	144	50.70	พอใช้
16 – 20 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	80	28.00	ดีมาก

\bar{X} = 14.78 คะแนน, S.D. = 2.70, Max = 20 คะแนน, Min = 10 คะแนน

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. มากที่สุด คือ ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้างโดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่องอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.70

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ตารางที่ 21 แสดงจำนวน ร้อยละของการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ข้อความถาม	การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	
	ถูก จำนวน (ร้อยละ)	ผิด จำนวน (ร้อยละ)
1. จะตัดสินใจทำอะไรเมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวาน หรือ มันจนเกินไป	280 (98.59)	4 (1.41)
2. ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่ยากออกกำลังกายอีกแล้ว	231 (81.34)	53 (16.66)
3. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุมเร้าตัวท่าน	247 (86.97)	37 (13.03)
4. หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบบุหรี่และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอ ๆ	153 (53.87)	131 (46.13)
5. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา	280 (98.59)	4 (1.41)

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการตัดสินใจด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ส่วนใหญ่ตอบถูกในข้อความถามจะตัดสินใจทำอะไรเมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวาน หรือมันจนเกินไป และข้อความถามหากท่านขับรถไปงานเลี้ยงและปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร ร้อยละ 98.59 รองลงมาข้อความถามหากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุมเร้าตัวท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด ร้อยละ 86.97

ตารางที่ 22 แสดงคะแนนรวมของการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (n = 284)

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการตัดสินใจ
0 – 12 คะแนน (< 60 % ของคะแนนเต็ม)	121	42.61	ไม่ดี
13 – 15 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	135	47.54	พอใช้
16 – 20 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	28	9.86	ดีมาก
\bar{X} = 14.00 คะแนน, S.D. = 3.61, Max = 20 คะแนน, Min = 4 คะแนน			

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้สูงอายุก่อนวัยโรครวมความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. มากที่สุด คือ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.54

ตอนที่ 7 ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนวัยโรครวมความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 23 แสดงคะแนนสรุปในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนวัยโรครวมความดันโลหิตสูง (n = 284)

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรอบรู้
0 – 35.33 คะแนน (< 60 % ของคะแนนเต็ม)	69	24.12	ไม่ดี
35.34 – 70.67 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	93	32.92	พอใช้
มากกว่าหรือเท่ากับ 70.68 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	122	42.96	ดีมาก
\bar{X} = 73.27 คะแนน, S.D. = 9.70, Max = 94 คะแนน, Min = 49 คะแนน			

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยภาพรวม คือ เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืน รองลงมาเป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเชี่ยวชาญ ร้อยละ 42.96 อยู่ในระดับดีมาก และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 32.92 อยู่ในระดับพอใช้ และเป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ร้อยละ 24.12 อยู่ในระดับไม่ดี

ตารางที่ 24 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ	5.80	0.47	ดีมาก
การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.05	2.00	พอใช้
การสื่อสารด้านสุขภาพ	11.04	1.32	ไม่ดี
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	14.73	2.73	พอใช้
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	14.78	2.70	พอใช้
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	14.00	3.61	พอใช้
ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ	73.27	9.70	ดีมาก

จากตารางที่ 24 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (\bar{X} =73.27, S.D. = 9.70) ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (\bar{X} =5.80, S.D. = 0.47), การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} =13.05, S.D. = 2.00), การสื่อสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (\bar{X} =11.04, S.D. = 1.32), การจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} =14.73, S.D. = 2.73), การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} =14.78, S.D. = 2.70) และการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} =14.00, S.D. = 3.61)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต
ตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ตารางที่ 25 แสดงจำนวน ร้อยละของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ข้อมูล	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7 วัน/ สัปดาห์	4-5 วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การควบคุมปริมาณอาหารและควบคุม รสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ เช่น แกงจืดเหล็กใส่กะทิ แกงมะเข้ ผัดเต้าเจี้ยว ผัดผักกาดดอง	51 (17.96)	183 (64.44)	40 (14.08)	10 (3.52)	0 (0.00)
2. การกินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอ วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม เช่น ผักกาด ต้นหอม ผักชี มะเขือกรอบ มะม่วง ลำไย	40 (14.08)	173 (60.56)	60 (21.13)	11 (3.87)	0 (0.00)
3. การควบคุมการกินอาหารทุกมื้อและ การคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณ พลังงานของอาหารที่ได้รับพอเพียงกับ สภาพร่างกายตนเอง	31 (10.72)	172 (60.56)	68 (23.94)	13 (4.58)	0 (0.00)
4. การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหว ต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก เช่น เดินบาร์สโบลบ ปั่นจักรยาน วิ่ง รำไม้พลอง เดินแอโรบิก แกว่งแขนขา	48 (16.90)	128 (45.07)	95 (33.45)	13 (4.58)	0 (0.00)
5. การทำงานใช้แรงกายหรือเคลื่อนไหว ต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก เช่น กวาดบ้านถูบ้าน ซักผ้า ไล่วัวเข้าคอก ขึ้นดอยไปหาของกิน	69 (24.30)	123 (46.48)	71 (25.00)	12 (4.22)	0 (0.00)

ตารางที่ 25 แสดงจำนวน ร้อยละของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. (ต่อ)

ข้อมูล	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7 วัน/ สัปดาห์	4-5 วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
6. การมีการจัดการความเครียดของ ตนเอง เช่น ฟังเพลง เข้าวัดฟังธรรมะ ฟังเทศน์ ปรึกษาเจ้าหน้าที่อนามัย	24 (8.45)	114 (40.15)	19 (41.90)	27 (9.51)	0 (0.00)
7. มีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วย การมองโลกในแง่ดีเสมอ	13 (4.58)	77 (27.12)	149 (52.46)	43 (15.14)	43 (15.14)
8. การสูบบุหรี่ ยาเส้น และสูดควันบุหรี่	0 (0.00)	2 (0.70)	13 (4.58)	29 (10.21)	240 (84.51)
9. การดื่มเหล้าดื่ม เหล้าขาว เหล้าแดง	0 (0.00)	0 (0.00)	13 (4.58)	33 (11.62)	238 (83.80)
10. การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (3.17)	47 (16.55)	228 (80.28)

จากตารางที่ 25 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ สูบบุหรี่ ยาเส้น และสูดควันบุหรี่ ร้อยละ 84.51 รองลงมา คือ ไม่ได้ดื่มเหล้าดื่ม เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์ ไวน์ ร้อยละ 83.80 และไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.28

ตารางที่ 26 สรุปคะแนนในภาพรวมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
1 – 16.66 คะแนน (< 60% ของคะแนนเต็ม)	83	29.11	ไม่ดี
16.67 – 33.33 คะแนน (≥ 60 - < 80% ของคะแนนเต็ม)	93	32.63	พอใช้
มากกว่าหรือเท่ากับ 33.34 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	108	38.26	ดีมาก

\bar{X} = 40.27 คะแนน, S.D. = 4.13, Max = 48 คะแนน, Min = 26 คะแนน

จากตารางที่ 26 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. มากที่สุด คือ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 38.26 รองลงมาเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้องบ้างอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 32.63 และเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.11

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 27 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ	0.054	0.36	ไม่มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	0.520	<0.01*	ปานกลาง
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	0.445	<0.01*	ปานกลาง
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	0.547	<0.01*	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	0.261	<0.01*	ค่อนข้างต่ำ
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ	0.586	<0.01*	ปานกลาง
ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ	0.586	<0.01*	ปานกลาง

* มีความสัมพันธ์กันนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 27 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน 5 ด้าน ในระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ประกอบไปด้วย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ($r = 0.586$, $p < 0.01$) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ ($r = 0.547$, $p < 0.01$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ($r = 0.52$, $p < 0.01$) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ($r = 0.445$, $p < 0.01$) ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ คือ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ ($r = 0.261$, $p < 0.01$) และภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.586$, $p < 0.01$)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 284 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

บริบทของตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

จากการศึกษา บริบทของตำบลทุ่งกระเซาะที่เริ่มตั้งแต่บริบทด้านสังคมทำให้ทราบว่าตำบลทุ่งกระเซาะเป็นชุมชนแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท อัตราของประชากรวัยพึ่งพิง คือ อายุ 0-14 ปี และอายุ 64 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นภาระที่เพิ่มขึ้นของประชากรวัยทำงานด้วยประชากรในตำบลทุ่งกระเซาะส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธประมาณร้อยละ 95 การประกอบอาชีพหลักในตำบลทุ่งกระเซาะ ได้แก่ เกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ ทำสวน (ข้าว ข้าวโพด ถั่วเหลือง) เลี้ยงสัตว์ (โค สุกร) รับจ้างทั่วไป เป็นสังคมชนบทจะมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกันเกือบทั้งหมด ไปมาหาสู่กันได้สะดวก ด้านระบบสาธารณสุขในตำบลทุ่งกระเซาะมีสถานบริการด้านสาธารณสุขจำนวน 3 แห่ง คือ รพ.สต.ทุ่งกระเซาะ รพ.สต.บ้านใหม่ รพ.สต.บ้านห้วยพลู ซึ่งประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ ใช้สิทธิ์โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่ไม่ติดต่อและป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือด ซึ่งมาจากขาดการออกกำลังกาย รวมไปถึงขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการบริโภค และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสาเหตุของการเกิดโรค คือ ความเครียด ความรู้ด้านสุขอนามัยและโภชนาการ การออกกำลังกาย และวิถีการบริโภค

ด้านการศึกษาตำบลทุ่งกระเซาะมีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ตั้งให้บริการประชาชนในตำบล มีศูนย์ การศึกษานอกกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบลทุ่งกระเซาะ (กศน.) มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีศูนย์การเรียนรู้ ICT ประจำตำบลทุ่งกระเซาะ และผู้ปกครองบางส่วนก็นิยมส่งบุตรหลานเข้าไปเรียน ในตัวจังหวัดตาก ซึ่งอยู่ไกลมากนัก จากสภาพปัญหาของสังคมที่เป็นปัญหาหลักของชุมชนตำบล ทุ่งกระเซาะ คือ ประชากรอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นอันดับที่หนึ่งของอำเภอบ้านตาก เนื่องมาจากกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ส่วนมาก สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพและจะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ การหารายได้มากกว่าการเข้า ร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่มีความรู้ ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ประกอบกับการบริโภคอาหารที่ นิยมอาหารรสจัดทั้งหวาน มัน เค็ม ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมอง

บริบทด้านเศรษฐกิจของชุมชน พบว่ามีสาธารณูปโภคด้านน้ำประปา มีไฟฟ้าครบทุก ครัวเรือน มีเส้นทางในการคมนาคมที่สะดวก มีพื้นที่การเกษตรเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะพื้นที่ทำนา โดยการทำไร่ ทำนา มีการปลูกไม้ผลแบบไว้รับประทานเอง นอกจากพื้นที่ทำการเกษตรแล้ว บ้านสี่ขอ ตำบลทุ่งกระเซาะยังมีรายได้จากการปลูกผัก เช่น กะหล่ำปลี แตงกวา เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้ ค่อนข้างสูงและเป็นรายได้ประจำในแต่ละเดือนอีกด้วย

บริบทด้านการเมือง มีการบริหารงานในระดับนโยบายท้องถิ่นโดยเทศบาลตำบล ทุ่งกระเซาะ มีแผนพัฒนาตำบล ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจชุมชน พัฒนาสังคม พัฒนา การศึกษา ศาสนาวัฒนธรรม พัฒนาสาธารณสุข และพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยพัฒนาสาธารณสุข แผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อม

บริบทด้านวัฒนธรรมตำบลทุ่งกระเซาะ ส่วนมากพูดภาษาพื้นเมือง ร้อยละ 90 มีความเชื่อ ในด้านศาสนา ชาวบ้านยังยึดถือเรื่องราวเกี่ยวกับศาสนาอย่างเหนียวแน่น เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง และมีความสามัคคี การอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมถึงการยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน

ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 เพศหญิง ร้อยละ 49.3 มีอายุเฉลี่ย 68 ปี อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 61.3 รองลงมาอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 31.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.3 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 30.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.9 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 5.6 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงวัว ร้อยละ 42.6 รองลงมารับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.3 มีรายได้ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 59.2 รองลงมา

มีรายได้ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 23.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.3 มีโรคไขมันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 58.9 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.6 และไม่มีบทบาทหน้าที่ในชุมชน ร้อยละ 75.5 รองลงมา มีบทบาทหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และมีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 12.2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ .2 ส.

ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาหารที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 99.65 รองลงมาคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อปัญหามากที่สุด ร้อยละ 99.30 และการออกกำลังกายลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.24

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือการต้องการข้อมูลสุขภาพ สามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยครั้ง ร้อยละ 58.80 สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. บ่อยครั้ง ร้อยละ 57.75 และมีปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ตนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 51.41

ตอนที่ 3 การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ การฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. จากบุคคลต่าง ๆ พบว่า ไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาทุกครั้ง ร้อยละ 63.73 รองลงมา คือ การเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟังจนเขาเข้าใจบ่อยครั้ง ร้อยละ 60.92 และการอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. แล้วพบว่า ไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้ง ร้อยละ 53.52

ตอนที่ 4 การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือการปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ทุกครั้ง ร้อยละ 28.87 รองลงมาคือ มีการสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้พอเหมาะ กับตนเองในแต่ละมื้อ ทุกครั้ง ร้อยละ 23.24 และมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ทุกครั้ง ร้อยละ 19.37

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ผู้สูงอายุกุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. กับผู้อื่น ตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม ทุกครั้ง ร้อยละ 28.87 รองลงมาคือ การเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์/เกิดความสนใจ ต้องหาข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อทุกครั้ง ร้อยละ 24.30 และการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที ทุกครั้ง ร้อยละ 24.30

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ผู้สูงอายุกุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ ส่วนใหญ่ตอบถูกในข้อความถามจะตัดสินใจทำอะไรเมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวาน หรือ มัน จนเกินไป และข้อความหากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร ร้อยละ 98.59 รองลงมา ข้อคำถามหากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรงตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด ร้อยละ 86.97

ตอนที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 73.27$, S.D. = 9.70) ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 5.80$, S.D. = 0.47), การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 13.05$, S.D. = 2.00), การสื่อสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 11.04$, S.D. = 1.32), การจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 14.73$, S.D. = 2.73), การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 14.78$, S.D. = 2.70) และการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 14.00$, S.D. = 3.61)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตาม

หลัก 3 อ. 2 ส.

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 40.27$, S.D. = 4.13) พฤติกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ ยาเส้น และสูดควันบุหรี่ ร้อยละ 84.51 ไม่ได้ดื่มเหล้าดื่ม เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์ ไวน์ ร้อยละ 83.80 และไม่ได้คุยใกล้ชิดกับผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.28

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน 5 ด้าน ในระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ประกอบไปด้วย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ($r = 0.586, p < 0.01$) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ ($r = 0.547, p < 0.01$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ($r = 0.52, p < 0.01$) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ($r = 0.445, p < 0.01$) ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ คือ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ ($r = 0.261, p < 0.01$) และภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.586, p < 0.01$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตาม

หลัก 3 อ. 2 ส.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คือ ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ถูกต้อง ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลทุ่งกระเซาะ มีการคัดกรองโรคกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเมื่อพบผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่จะมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยทันทีและถ้ายังมีภาวะความดันโลหิตสูงอีกทางเจ้าหน้าที่จะมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และมีการนัดติดตามผลการวัดความดันในแต่ละครั้งและนัดให้กลุ่มเสี่ยงมารับฟังความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงซ้ำอีก มีการบอกให้ทราบว่ารระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับใด และควรปฏิบัติตัวอย่างไร นอกจากนี้

โรงพยาบาลบ้านตาก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีแพทย์ออกตรวจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลทุ่งกระเซาะทุกเดือน และมีพยาบาลเวชปฏิบัติออกให้บริการร่วมด้วยทุกครั้ง ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติจะมีการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่ากลุ่มเสี่ยงจะได้รับการสอนและคำแนะนำหลายครั้งจากเจ้าหน้าที่ ถือเป็นภาระเน้นย้ำความรู้และการปฏิบัติตัวให้กับกลุ่มเสี่ยงแต่เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถจำสิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้ได้ทั้งหมดอาจมีการลืมความรู้บางเรื่องที่เจ้าหน้าที่ได้อบรมให้ จึงทำให้ภาพรวมของความรู้อยู่ในระดับดีมาก

ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง และจากการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน มีการจัดกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมนอกจากนี้สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปแห่งชาติได้กำหนดให้บรรจุเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในแผนการปฏิรูปประเทศประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2561 เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีการดำเนินการเชิงรุกในการเสริมสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กระบวนการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค การสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา) ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ และแอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฌนอมพันธ์ (2562) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าความรู้ด้านอาหารมีระดับความรู้โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัวจากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มจันทร์

วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.7

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อวิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชัน ไลน์ (LINE) แต่ผลการศึกษายังพบว่า การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับอยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยังไม่ได้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังรู้สึกว่าการได้รับข้อมูลยังอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์กับตนเอง เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อควบคุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณธัช ปัญญาใส และคนอื่นๆ (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ได้ร้อยละ 73.8 ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการกระตุ้นหรือความเอาใจใส่ด้านการดูแลตนเองเท่าที่ควร หากกลุ่มเสี่ยงมีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ดีก็ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่สะดวกและทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลาด อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา และยังสอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ (2562) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับพอใช้ อาจเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง จากแหล่งข้อมูลต่างๆเช่น โทรทัศน์/เคเบิลทีวี สื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อน ญาติหรือคนในครอบครัวซึ่งการเสริมสร้างองค์ความรู้และการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเองที่เหมาะสม สามารถเพิ่มระดับความสามารถการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่าส่วนใหญ่มีการสื่อสารอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่ไม่ดี ซึ่งในการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ต้องมีความรู้ขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในการป้องกันความดันโลหิตสูง จึงจะ

สามารถมีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้ ซึ่งการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพมีความสำคัญช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจสาเหตุการเกิดโรค รวมถึงอันตรายและผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของตนที่ดีเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของสิ่งคุกคาม สามารถวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองได้ แต่เนื่องด้วยตำบลทุ่งกระเซาะ เนื่องจากด้วยกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถจำสิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้ได้ทั้งหมด อาจมีการลืมความรู้อ่างเรื่องที่เจ้าหน้าที่ได้อบรม รวมถึงตำบลทุ่งกระเซาะมีหลายชาติพันธุ์ทำให้การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยส่งผลให้การสื่อสารอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณรัชช ปัญญาใส และคณะ (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 55.3 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และชาตินัย หวานวาจา (2563) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์การเรียนรู้ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการสื่อสารข้อมูลอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 30.3 ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี ดังนั้นควรมีการพัฒนาให้ให้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและพบว่าการสื่อสารทางสุขภาพกับบุคคลอื่นและการสื่อสารกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถเลือกรับสื่อทางสุขภาพ สามารถนำไปวางแผนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่า การเพิ่มทักษะระดับบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย การกำหนดการวางแผนการจัดการตนเองด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข โดยให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง การจัดการความเสี่ยงที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีข้อมูลในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeem (2008) ที่อธิบายไว้ว่าการจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่วนการตัดสินใจ เป็นความสามารถในกำหนดทางเลือก ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณรัชช ปัญญาใส และคนอื่นๆ (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 46.6 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา, ชุติพร หิตอักษร, สุทธนันท์ กัลลกะ, อติญาณ ศรีเกษตริณ, และดาราวรรณ ร่องเมือง (2563) ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าด้านการจัดการตนเองการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 76.3

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49 ซึ่งมีข้อเสนอแนะควรนำเสนอข่าวสารใหม่ ๆ ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ทันสมัย และดึงดูดความสนใจ และสามารถกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา, ชุติพร หิตอักษร, สุทธนันท์ กัลลกะ, อติญาณ์ ศรเกษตรินและดารารวรรณ รองเมือง (2563) ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.7 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณณัชช ปัญญาใส และคนอื่น ๆ (2560) ได้ศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 49.5 และดังนั้นหากต้องการให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องส่งเสริมความสามารถของประชาชนและการรับรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพ การอบรมให้ความรู้แก่บุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีป้องกันการเจ็บป่วยได้

ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อวิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในระดับพอใช้ แต่ยังไม่ถูกต้องมากพอ ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อวิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ที่ไม่มีรายละเอียดมากพอ หรือไม่เหมาะสมเฉพาะตัวบุคคลตามบริบทของผู้ป่วยรายบุคคล ดังนั้น ควรมีการหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละราย มีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย อาจเป็นการสอนแบบตัวต่อตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอ่านและเข้าใจในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การสร้างความตระหนัก เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลดี ผลเสียของการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของกรณธัช ปัญญาใส และคนอื่น ๆ (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 61.2 สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฤณอมพันธ์ (2562) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 71.3 และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา, ชุติพร ทิถอักษร, สุทธานันท์ กัลละ, อดิญาณ์ ศรเกษตริณ, และดาราวรรณ ร่องเมือง (2563) ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 78.4 จากผลจากการศึกษานี้ หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรการจัดบริการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตให้แก่อายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง เหมาะสมเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนวัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ผู้สูงอายุก่อนวัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุก่อนวัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้สูบบุหรี่ ยาเส้น และสูดควันบุหรี่ ดื่มเหล้าดื่ม เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์ ไวน์ และไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เนื่องจากจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากได้นำนโยบายพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบได้จัดทำหนังสือราชการขอให้หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตากให้บังคับใช้กับร้านค้าอย่างจริงจัง มีการดำเนินงานรณรงค์การลด ละ เลิก การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ในวันสำคัญทุกเทศกาล งานวันอาสาสมัครสาธารณสุขของอำเภอบ้านตาก งานศพปลอดเหล้า การพนันของทุกหมู่บ้าน รวมทั้งมีหมู่บ้านศีลห้าด้วยจึงทำให้การเข้าถึงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ได้ยากขึ้น ทั้งนี้ เป็นเพราะผู้สูงอายุก่อนวัยเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรควิถีชีวิตและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์ อสม.ได้ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ปฏิบัติดังต่อไปนี้เป็นประจำ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ และควรตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของประไพพิศ สิงห์เสมอ, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 และสอดคล้องกับการศึกษาของพรศิริ พันธสี,

และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับดีมาก คือ ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนสูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ จากการอภิปรายดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. เป็นเหตุผลสำคัญในการดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นจะส่งผลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นดีขึ้นด้วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กันอยู่ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ เชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคถ้าหากป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การที่ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้ ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อเฉพาะที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้องจริงและเป็นแบบอย่างที่ดี มีความสามารถและเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด อ่านเขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของตนเองอย่างถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดีได้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด รวมถึงการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในของตนเองและสภาพแวดล้อมล้อมตัวที่เป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิศา ผาติเสนะ (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

ความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลาด อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมาพบว่า โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ การีสรรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ นุชนาฏ สุทธิ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมมีผลมาจากการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและสามารถจัดการตนเองได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดบริการเชิงรุกเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารด้านสุขภาพที่สะดวกและทั่วถึง
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพที่หลากหลาย สามารถเรียนรู้ได้ง่าย มีช่องทางการเข้าถึงสื่อที่เชื่อถือได้ รวมทั้งสื่อที่เป็นบุคคลต้นแบบในชุมชน
3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลทุ่งกระเซาะควรได้รับการจัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรถูกกำหนดแผนพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไว้ในข้อบัญญัติและให้การสนับสนุนส่งเสริมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาการจัดการตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ
2. การศึกษาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
3. การศึกษารูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง





บรรณานุกรม

นครราชสีมา: โปรแกรมวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครราชสีมา.

ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, ปรีชา มนทกานติกุล, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ.
(2550). ตำราเภสัชบำบัด *Textbook of pharmacotherapy* กรุงเทพฯ: โยลิสดิก
พับลิชชิง.

มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ วัฒนพันธ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนคร
พิงค์. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*. 10(1), 35-50.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ:
ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

ประไพพิศ สิงหสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด
จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 11(1), 37-51.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พรศิริ พันธสี, และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
สุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุสมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทย
แขวงทุ่งนวดตอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2563*,
6(1), 45 – 57.

พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ Essential hypertension. สืบค้น
10 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php?pn=2>

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. สืบค้น
10 ธันวาคม 2561. จาก <https://thaitgri.org/?p=38427>

รุ่งนภา จันทรา, ชุติพร หิตอักษร, สุทธนันท์ กัลละ, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, และดาราวรรณ ร่องเมือง.
(2563). ความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข NJPH. 30(2), 177-189.

รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ชุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบ
รู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชน
แห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ* 2561, 45(3), 253-64.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกระเซาะ. (2561). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. ตาก: โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกระเซาะ.

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่. (2561). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. ตาก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยพลู. (2561). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. ตาก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยพลู.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากร กรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการรณรงค์ ออกรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อ.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. สืบค้น 19 พฤศจิกายน 2561, จาก <http://www.thaihypertension.org>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. สืบค้น 17 ธันวาคม 2561, จาก http://203.157.157.4/GCC/section9/HealthPlan12_2560_2564.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564. สืบค้น 17 ธันวาคม 2561, จาก http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/7.%20ONATI/1.แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ.pdf
- สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0. (2560). การขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 20 ธันวาคม 2561 จาก http://dohhl.anamai.moph.go.th/download/2561/HLO_fact%20sheet_oct2017.pdf
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2561). ความดันโลหิตสูง...เพศฆาตเงียบ. สืบค้น 17 ธันวาคม 2561, จาก https://www.hiso.or.th/hiso/tonkit/tonkits_70.php
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2559). *รายงานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ”* สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2559). *ข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัด*

- ตาก. จังหวัดตาก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก. (2561). *ข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบ้านตาก*. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อัญชลี จัทรินทรากกร. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มบง จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจน์กมล. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*. หมอชาวบ้าน.
- Bertoia, M. L., Waring, M. E., Gupta, P. S., Roberts, M. B., & Eaton, C. B. (2011). Implications of new hypertension guidelines in the United States. Retrieved September 15, 2018 <http://ahajournals.org>
- Bloom, B. (1997). *Taxonomy of educational objectives Hand book1: 111111 Cognitive domains*. New York: David McKay.
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2010). *Kaplan's clinical hypertension (10th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim SH. (2009). *Health literacy and functional health status in Korean older adults*. J Clin Nurs. 18(2). 2337-43.
- Krejcie and Morgan. (1970). Determining sample size for research activities. Retrieved September 9, 2018, from <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>
- McCarthy D, Waite K, Curtis L, Engel K, Baker D, Wolf D. (2012). *What did the Doctor Say? Health Literacy and Recall of Medical Instructions*. Medicare. 50(4). 277-82.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social Science & Medicine. 67(12). 2071-2078.
- Nutbeam D. (2009). *Defining and measuring Health literacy: what can we learn from literacy studies?* Int. J. Public Health. 54(4). 303-5.
- Nutbeam. D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for*

contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 15(3). 183-184.

Pender, N. J. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice (5th ed.)*. New Jersey: Pearson Education.

Rosamond, W., et al. (2007). Heart disease and stroke statistics-2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Retrieved December 24, 2018 <http://circ.ahajournals.org>

Rubio-Guerra, A. F., et al. (2013). *Depression increases the risk for uncontrolled hypertension.* Experimental & Clinical Cardiology. 18(1). 10-12.

U.S. Department of Health and Human Services. (2004). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Retrieved December 24, 2018 <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>

World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis. Retrieved December 24, 2018 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

World Health Organization. (2009). Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. *Nairobi, Kenya*, 26-30.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์ | ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี |
| 2. อาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อาจารย์ประจำหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตร์ คณะ
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี |
| 3. อาจารย์ ดร.สุนีย์ กั้นแจ่ม | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อาจารย์ประจำหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตร์ คณะ
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ |



ภาคผนวก ข
สำเนาหนังสือราชการ

ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/ว๒๖๔



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑ - ๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ นักศึกษาหลักสูตรสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก” ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชารีย์ ใจคำวัง เป็นประธานกรรมการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชาวกุทธิ์ จันจัน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ ๐ ๘๐๕๐ ๖๒๘๗ ๘

ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/ว๒๖๔



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน อาจารย์ ดร.กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑ - ๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก” ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชาธิ์ ใจคำวัง เป็นประธานกรรมการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจิ้น)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ ๐ ๘๐๕๐ ๖๒๘๗ ๘

ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/ว๒๖๔



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์
อ.เมือง จ.อุดรดิตต์ ๕๓๐๐๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน อาจารย์ ดร.สุนีย์ กันแจ่ม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เนื้อหาบทที่ ๑ - ๓	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ร่างแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินความถูกต้องของแบบสอบถาม	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาววันวิสา ยะเกียงงำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก” ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชารีย์ ใจคำรัง เป็นประธานกรรมการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์เชิงวิชาการของวิทยานิพนธ์ดังกล่าว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ชาวฤทธิ์ จันจัน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๕๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๕๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาววันวิสา ยะเกียงงำ ๐ ๘๐๕๐ ๖๒๘๗ ๘



ที่ อว ๐๖๑๔.๑๐/ว๒๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๙ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำบลทุ่งกระเซาะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามวิจัย จำนวน ชุด

ด้วย นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก” ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชารีย์ ใจคำวัง เป็นประธานกรรมการควบคุมการจัดทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน อนุญาตให้ นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามแบบสอบถามวิจัยที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในชั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.เชาวฤทธิ์ จันจัน)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘, ๑๖๔๙

โทรสาร ๐ ๕๕๔๑ ๖๖๐๑-๓๑ ต่อ ๑๖๔๘

นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ ๐ ๘๐๕๐ ๖๒๘๗ ๘

COA No. ๐๐๘/๖๒
TAKREC No. ๐๐๘/๖๒



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 165 หมู่ 7 ตำบลไม้งาม อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โทร. 0-55 518 132

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

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

ชื่อโครงการ : ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
เลขที่โครงการวิจัย : -008/2562
ผู้วิจัยหลัก : นางสาววันวิสา ะเกียงง่า
สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด(Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง : 008/2562
วันที่รับรอง : 02/05/2562
วันหมดอายุ : 31/12/2562

ลงนาม
(ผศ.(พิเศษ) นพ.รเมศ ว่องวิไลรัตน์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(นายปราโมทย์ เลิศขามป้อม)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ที่ อว ๐๖๑๔.๘/ ๒๓๒



สถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสาร

เรียน นางสาววันวิสา ยะเกียงจำ และคณะ

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัย เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก” เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๓) (ISSN ๑๖๘๖ ๔๔๐๙ (Print) ISSN ๒๖๕๑ ๑๒๐๗ (Online)) นั้น

บัดนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินบทความของท่านตามกระบวนการแล้ว และเห็นควรรับบทความของท่านไว้เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการฉบับดังกล่าว โดยให้แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามเงื่อนไขของวารสาร ทั้งนี้ หากมหาวิทยาลัยดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่มวารสารวิชาการและเผยแพร่ลงในเว็บไซต์ <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/uruj/index> เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จักได้จัดส่งให้ท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เสถียรภักดิ์ มุขดี)

บรรณาธิการผู้พิมพ์และโฆษณา

วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

งานบริการวิชาการ

โทร. ๐๕๕-๔๑๖๖๐๑-๓๐ ต่อ ๑๖๔๒

โทรสาร. ๐๕๕-๔๑๖๖๐๑-๓๐ ต่อ ๑๖๔๒



ที่ อว๐๖๑๔.๘/ว๐๐๑

สถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๑๔ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ส่งวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๒

เรียน ผู้ตีพิมพ์วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๒

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิชาการ/วิจัย เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุตรดิตถ์ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๓) TCI ฐาน ๒ นั้น

บัดนี้ มหาวิทยาลัยฯ ได้จัดพิมพ์วารสารวิชาการฉบับดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอมอบวารสาร
จำนวน ๑ เล่ม ให้แก่ท่านเพื่อใช้ประโยชน์ และได้ส่งวารสารไปยังหน่วยงานภายนอก เพื่อประโยชน์ใน
การศึกษาค้นคว้าและอ้างอิง สามารถดาวน์โหลดวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ได้ที่
<https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/uruj/index>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เสถียรภักดิ์ มุขติ)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา

บรรณาธิการผู้พิมพ์และโฆษณาวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

งานบริการวิชาการ

โทร. ๐๕๕-๔๑๖๖๐๑-๓๐ ต่อ ๑๖๔๒

โทรสาร ๐๕๕-๔๑๖๖๐๑-๓๐ ต่อ ๑๖๔๒, ๐๕๕-๔๑๖๐๒๐



ภาคผนวก ค
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับ
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอ
บ้านตาก จังหวัดตาก

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ
ทั้งสิ้นต่อท่าน

3. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรค
ความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. แบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

ตอนที่ 4 การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความ
ดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60
ปีขึ้นไป มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อ
วิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล
ครอบครัวและชุมชนเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตาม 3 อ. 2 ส. ตามเกณฑ์ที่กำหนด

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่
กำหนด

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

วันวิสา ยะเกียงง่า

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (บริบูรณ์)
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. รอบเอว.....เซนติเมตร
6. ค่าดัชนีมวลกาย.....กก./ม² (ผู้วิจัยกรอกข้อมูล)
 1. น้อยกว่า 18.5 (ผอม)
 2. ระหว่าง 18.5 – 22.9 (ปกติ)
 3. ระหว่าง 23.0 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)
 4. ระหว่าง 25.0 – 29.9 (อ้วนระดับ 1)
 5. มากกว่า 30.0 (อ้วนระดับ 2)
7. สถานภาพ
 1. โสด 2. สมรส 3. หย่า
 4. หม้าย 5. แยกกันอยู่
8. นับถือศาสนา
 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ
9. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. อนุปริญญา/ปวส.
 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
10. อาชีพหลัก
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. รับจ้างทั่วไป
 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 4. ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงวัว
 5. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ 6. อื่น ๆ
11. รายได้เฉลี่ย.....ต่อเดือน
12. โรคประจำตัว
 1. ไม่มี
 2. มี ระบุ.....

13. การมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. ไม่มี
2. มี
3. ไม่ทราบ

14. บทบาทหน้าที่ในชุมชน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่มีบทบาทหน้าที่ในชุมชน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. คณะกรรมการต่าง ๆ เช่น กรรมการหมู่บ้าน, วัด, โรงเรียน, ชมรมต่าง ๆ
4. อดีตกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน
5. ข้าราชการบำนาญ
6. อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. แบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย × ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

- ก. อาหารที่มีรสเค็มจัด
- ข. อาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำบ่อย
- ค. อาหารที่มีรสหวานจัด
- ง. อาหารหมักดอง

2. นางดำชอบกินอาหารท้องถิ่น เช่น ผักกาดดอง ผัดเต้าเจี้ยว นางดำจะเสี่ยงเป็นโรคใดมากที่สุด

- ก. ไขมันในเลือดสูง
- ข. ไตวายเฉียบพลัน
- ค. โรคความดันโลหิตสูง
- ง. โรคเบาหวาน

3. การออกกำลังกายอย่างไร ถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

- ก. ออกกำลังกายจนเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที
- ข. ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 60 นาที
- ค. ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที
- ง. ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักผ่อนน้ำให้มากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

4. บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี
- ก. นางมะลิ คิดหาทางแก้ปัญหากับทุกเรื่องให้ได้
 - ข. นางพิกุล คอยระวังคนนินทาว่าร้ายตัวเอง
 - ค. นางบุญนาค ตั้งใจทำงานอย่างมีความสุข
 - ง. นางพุด เข้าวัดฟังธรรมแม้จะไม่อยากเข้าก็ตาม
5. บุคคลในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด
- ก. นางนิด กินข้าวพร้อมกับลูกที่สูบบุหรี่อยู่ตลอดเวลา
 - ข. นางหน้อย สูบบุหรี่ไปคุดไป
 - ค. นางแก้ว ลองหัดสูบบุหรี่ตามคำชวนของเพื่อน
 - ง. นางกล้า สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาใดมากที่สุด
- ก. โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ
 - ข. โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน
 - ค. โรคอ้วน โรคกระเพาะ โรคปอด
 - ง. โรคมะเร็ง โรคเครียด โรคไตวายเฉียบพลัน

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง 4	บ่อยครั้ง 3	บางครั้ง 2	นานๆครั้ง 1	ไม่ได้ปฏิบัติ 0
1. ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน					
3. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากหนังสือพิมพ์ หรือทาง อินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง โดยสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆ แหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 3 การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง 4	บ่อยครั้ง 3	บางครั้ง 2	นานๆครั้ง 1	ไม่ได้ปฏิบัติ 0
1. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจอยู่บ่อยครั้งแค่ไหน					
3. ท่านได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส เพื่อให้คนอื่นเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส ที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 4 การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง 4	บ่อยครั้ง 3	บางครั้ง 2	นานๆครั้ง 1	ไม่ได้ปฏิบัติ 0
1. ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. ท่านวางเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ บ่อยครั้งแค่ไหน					
3. ท่านประเมินอารมณ์ตนเองแล้วพบว่าเครียดและท่านจะจัดการตนเองเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพของท่าน บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ2ส บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน เช่น จัดสวนดอกไม้ จัดของเป็นระเบียบ เป็นต้น เพื่อให้ท่านปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ2ส ได้มากขึ้น บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง 4	บ่อยครั้ง 3	บางครั้ง 2	นานๆครั้ง 1	ไม่ได้ปฏิบัติ 0
1. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อบ่อยครั้งแค่ไหน					
3. ท่านใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ นั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. เมื่อท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส กับผู้อื่น ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย × ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับท่านปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ

1. เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชื้อเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวาน หรือ มัน จนกินไป ท่านจะตัดสินใจทำอย่างไร
 - ก. กินตามคำเชื้อเชิญนั้นทันที
 - ข. กินตามคำเชื้อเชิญนั้น แต่กินในปริมาณที่น้อย
 - ค. ขอขอบคุณ แต่เสี่ยงที่จะไปกินอาหารประเภทอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน
 - ง. ขอขอบคุณและบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถกินอาหารดังกล่าวได้
2. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร
 - ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
 - ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็ค่อยหยุดตามเพื่อน
 - ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
 - ง. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน
3. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุ่มร่าตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด
 - ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
 - ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็ค่อยหยุดตามเพื่อน
 - ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
 - ง. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน
4. หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะทำอย่างไร
 - ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
 - ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็ค่อยหยุดตามเพื่อน
 - ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
 - ง. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน
5. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร
 - ก. ดื่มตามคำชวนของเพื่อน
 - ข. ดื่มแต่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยาท
 - ค. ปฏิเสธและให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง
 - ง. ดื่มตามคำชวนและให้เพื่อนขับรถไปส่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต
สูงตามหลัก 3 อ. 2 ส.

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน
ในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ยสัปดาห์/				
	6-7 วัน/ สัปดาห์	4-5 วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ท่านมีการควบคุมปริมาณ อาหารและควบคุมรสอาหารไม่ให้ หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ เช่น แกง ซีเหี้ยกใส่กะทิ แกงมะแฮะ ผัด เต้าเจี้ยว ผัดผักกาดดอง บ่อยแค่ไหน					
2. ท่านกินผักและผลไม้สด สะอาด เสมอ และกินอย่างน้อยวันละ 400 กรัมต่อวัน เช่น ผักกาด ต้นหอม ผักชี มะเขือกรอบ มะม่วง ลำไย บ่อยแค่ไหน					
3. ท่านควบคุมการกินอาหารทุก มื้อและมีการคำนึงถึงประโยชน์ และปริมาณพลังงานของอาหารที่ ได้รับพอเพียงกับสภาพร่างกาย ตนเอง บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านออกกำลังกายหรือ เคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมี เหงื่อออก เช่น เดินบาร์สโบลบ ปั่น จักรยาน วิ่ง รำไม้พลอง เดินแอโร บิก แกว่งแขน-ขา บ่อยแค่ไหน					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ยสัปดาห์/				
	6-7 วัน/ สัปดาห์	4-5 วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
5. ท่านทำงานใช้แรงกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ไล่วัวเข้าคอก ขึ้นดอยไปหาของกิน บ่อยครั้งแค่ไหน ผักกาดดอง บ่อยแค่ไหน					
6. ท่านมีการจัดการความเครียดของตนเอง เช่น ฟังเพลง เข้าวัดฟังธรรมะ ฟังเทศน์ ไปเที่ยว ปรีक्षा เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยแค่ไหน					
7. ท่านมีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ บ่อยครั้งแค่ไหน					
8. ท่านสูบบุหรี่ ยาเส้น และสูดควันบุหรี่ บ่อยแค่ไหน					
9. ท่านดื่มเหล้าต้ม เหล้าขาว เหล้าแดง เบียร์ ไวน์ บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ดื่มเหล้าสูบบุหรี่ บ่อยครั้งแค่ไหน					

*****ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้*****



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาววันวิสา ยะเกี้ยงงำ
วัน เดือน ปี เกิด	28 พฤษภาคม พ.ศ. 2534
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนสรรพวิทยาคม สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสรรพวิทยาคม สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงแพทยแผนไทย จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
ที่อยู่ปัจจุบัน	12/1 หมู่ 5 ซอยร่มโพธิ์ 7/2 ตำบลแม่จะเรา อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก 63140