

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

อาภรณ์ คำก้อน, ปร.ค.^{1*}

สุพัตรา บัวที, Ph.D.²

อัจฉรา ชัยชาญ, ปร.ค.²

บุญญภัทร์ ภูมิภู, พย.ม.²

กัญจน์นิษา เรืองชัยทิวีสุข, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 3 สิงหาคม 2565; วันที่แก้ไข: 26 กันยายน 2565; วันที่ตอบรับ: 27 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไป (10 ข้อ) 2. ความรู้ด้านสุขภาพ (47 ข้อ) และ 3. พฤติกรรมสุขภาพ (26 ข้อ) โดยส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองอยู่ในระดับพอใช้ได้ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ($M=4.02, SD=0.63$) สูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ($M=3.45, SD=0.79$), $t(68)=3.32, p<.05$ อย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุจากทั้งสองชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับต่ำ (Pearson's $r(68)=.32, p<.05$) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* ผู้ประพันธ์บทความ: อาภรณ์ คำก้อน, อีเมล: aphorn.k@msu.ac.th

Health Literacy and Health Behaviors to Prevent Hypertension Among Older Adults in the Urban and Semi-Urban Community

Aphorn Khamkon, Ph.D.^{1*}

*Supatra Buatee, Ph.D.*²

*Atchara Chaichan, Ph.D.*²

*Bunyapat Phumpu, M.N.S.*²

*Kunnicha Ruangchaitaweek, M.N.S.*¹

(Received: August 3rd, 2022; Revised: September 26th, 2022; Accepted: September 27th, 2022)

Abstract

Health literacy is an important factor affecting healthy behaviors in older adults for preventing hypertension. The objectives of this research were to describe the health literacy and health behaviors related to preventing hypertension, to compare the health literacy between older adults living in urban and semi-urban communities, and to determine the relationship between health literacy and health behaviors to prevent hypertension. Participants were older adults who met the inclusion criterion of not being diagnosed with hypertension. Data were collected using a three-part questionnaire, consisting 1. general information (10 items), 2. health literacy (47 items), and 3. health behavior (26 items) sections. The Cronbach's alpha coefficients for the second and the third parts were .98 and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test statistics and Pearson's correlations. The results found that the overall health literacy of older adults living in urban communities was generally at a very good level, whereas those of ones living in semi-urban communities were only at a fair level. The mean scores for health literacy of the older adults living in urban communities ($M=4.02$, $SD=0.63$) was significantly higher than that of the ones living in semi-urban communities ($M=3.45$, $SD=0.79$), $t(68)=3.32$, $p<.05$. The older adults from both types of communities exhibited an overall moderate level health behavior for preventing hypertension. Furthermore, there was a low, positive correlation between the health literacy and health behaviors exhibited by the older adults (Pearson's $r(68)=.32$, $p<.05$). Therefore, health care providers should provide activities to promote health literacy among older adults in semi-urban communities in order to prevent hypertension.

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

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

* Corresponding author: Aphorn Khamkon, E-mail: aphorn.k@msu.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมหรือถดถอยของร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 74.5 มีภาวะความดันโลหิตสูง (Osthega, Fryar, Nwankwo, & Nguyen, 2020) สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2551-2552 พบร้อยละ 48.1 ปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 53.2 และปี พ.ศ. 2562-2563 พบร้อยละ 60.7 (วิชัย เอกพลากกร, 2564) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะมีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษาอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิด การมีความดันโลหิตสูงจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นจากการมีแรงดันในหลอดเลือดสูง ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวขึ้น ความสามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำได้ลดลงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) รวมทั้งอาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก (Stroke) ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต และจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอเนื่องจากหลอดเลือดไตเสื่อมก็จะทำให้เกิดภาวะไตวายได้ โดยสาเหตุหลักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพและทำหน้าที่ได้ลดลง ร่วมกับการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Shukuri, Tewelde, & Shaweno, 2019) เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น รวมถึงการมีภาวะอ้วน และการมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน (Legese & Tadiwos, 2020) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้น จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และ/หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Carey, Muntner, Bosworth, & Whelton, 2019) ทั้งนี้การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรภิมล กรรกฎกำจร, และดวงใจ ปิ่นเจริญ, 2565; ประไพพิศ สิงหสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์, 2562) โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสารและนำความรู้ที่ได้รับมาเลือกปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีพอเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1988) ได้ให้คำนิยามความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นครั้งแรก ซึ่งหมายถึง

ทักษะต่าง ๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นเสมอ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

ความรู้ด้านสุขภาพจึงบ่งชี้ถึงระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560) นอกจากนี้ผลการศึกษาของณัฐรุพัทธ์ จันทร์ฉาย และวรรณิเดียววิเศษ (2563) ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ เชื้อชาติ) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (รายได้ และการประกอบอาชีพ) และปัจจัยทางสังคม (การศึกษา สถานภาพสมรส เขตพื้นที่อยู่อาศัย) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลม โรมานและคณะ (2562) พบว่า ปัจจัยพื้นที่อยู่อาศัยมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน เนื่องจากบริบทของพื้นที่อาจมีผลต่อแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

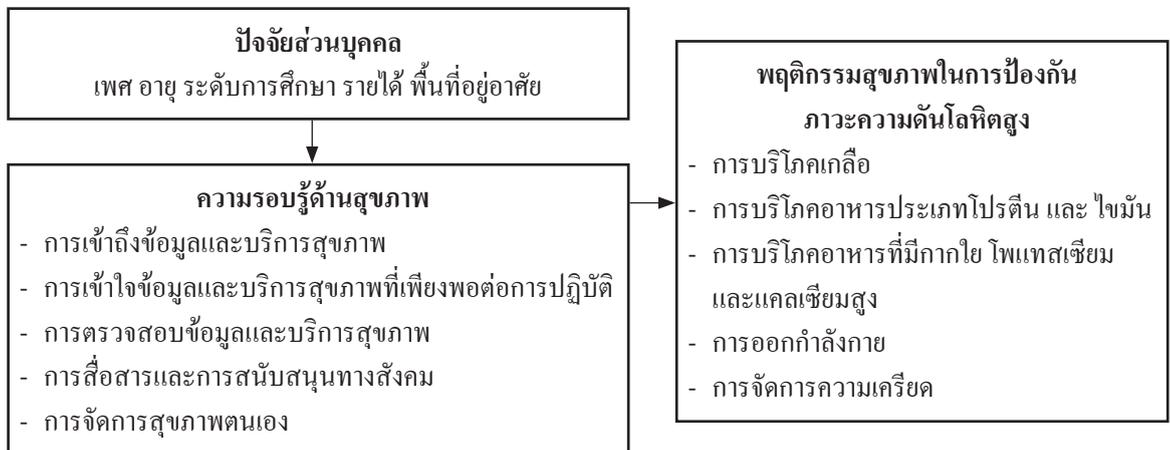
จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่แตกต่างกัน จึงยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมือง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ออกมาวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย (The Thailand Health Literacy Scale) โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และใช้แนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูงและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 3 กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองซึ่งหมายถึงเขตเทศบาลเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองซึ่งหมายถึงเขตเทศบาลตำบลของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเทศบาลเมืองและชุมชนเทศบาลตำบลในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดอำนาจการทำนาย (Power) .80 ระดับนัยสำคัญ (Significant level) .05 ทั้งนี้จากความแตกต่างของบริบทและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ทำให้ยังไม่มียานวิจัยที่จะนำมาเทียบเคียงได้ ร่วมกับใน

การศึกษาวิจัยทางการแพทย์นิยมนำขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับกลาง (Polit & Beck, 2010) จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางที่ใช้ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Rice, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 รวมทั้งหมดเป็น 70 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการรู้คิดในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 178-434/2565 วันที่ 20 พฤษภาคม 2565 การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลของการยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัย การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้อาจจะเก็บเป็นความลับ การอภิปรายผลจะแสดงเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ ประกอบด้วย ที่อยู่ (ชื่อชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด) เพศ ผลการตรวจร่างกาย (ความดันโลหิต ครั้งล่าสุด น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย) อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ลักษณะงานหรืออาชีพ หลักรายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อเดือน โรคประจำตัว และภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองในรอบ 7 วันที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) มีจำนวน 47 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 8 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 17 ข้อ และการจัดการสุขภาพตนเอง 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) โดยให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 47 - 235 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดีพอ (คะแนนรวมน้อยกว่า 141 คะแนน) พอใช้ได้ (คะแนนรวม 141-187.99 คะแนน) และดีมาก (คะแนนรวมตั้งแต่ 188 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของวาสนา ศรีหามาตร์, สุพัตรา บัวทิ และสุรชาติ สิทธิปกรณ์ (2558) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 โดยปรับปรุงข้อคำถามให้เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีจำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และเชิงลบ 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคเกลือ (4 ข้อ) การบริโภคอาหารประเภทโปรตีนและไขมัน (5 ข้อ) การบริโภคอาหารที่มีกากใย โปแทสเซียม และแคลเซียมสูง (7 ข้อ) การออกกำลังกาย (4 ข้อ) และ การจัดการความเครียด (5 ข้อ) ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับ 0 (*ไม่ปฏิบัติ*) ถึง 3 (*ปฏิบัติเป็นประจำ*) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2560) ได้แก่ มีการปฏิบัติน้อย (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.99) มีการปฏิบัติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.99) และมีการปฏิบัติมาก (ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.00 ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองและในเขตเทศบาลตำบลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองและกิ่งเมืองได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98 และ .81 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัยจากนายกเทศมนตรีอำเภอเมือง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแจ้งความประสงค์ผ่าน อสม. ที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่
2. ผู้วิจัยลงพื้นที่พร้อมกับ อสม. เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และทำการตรวจคุณสมบัติ หากตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ
3. เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 40 นาที และคอยช่วยเหลือหากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องการ เช่น ช่วยอ่านคำถาม เป็นต้น
4. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน หากข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสอบถามเพิ่มเติมจนครบทุกข้อ แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ใช้สถิติทดสอบที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลมีการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่าการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 70 คน ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจำนวน 35 คน และชุมชนกึ่งเมืองจำนวน 35 คน โดยผู้สูงอายุในชุมชนเมือง มีอายุเฉลี่ย 66.37 ($SD = 7.44$) อยู่ในช่วง 60-96 ปี และผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง มีอายุเฉลี่ย 71.97 ($SD = 9.51$) อยู่ในช่วง 60-90 ปี รายละเอียดข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเมือง		ชุมชนกึ่งเมือง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
60-69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น)	28	80.00	17	48.57
70-79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง)	4	11.43	11	31.43
80 ปี ขึ้นไป (ผู้สูงอายุวัยปลาย)	3	8.57	7	20.00
เพศ				
ชาย	15	42.86	12	34.29
หญิง	20	57.14	23	65.71
สถานภาพสมรส				
โสด	7	20.00	5	14.28
สมรส/คู่	18	51.43	18	51.43
หม้าย/หย่า	10	28.57	12	34.29
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	11	31.43	30	85.72
มัธยมศึกษา	5	14.28	2	5.71
ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	20.00	2	5.71
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	34.29	1	2.86

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเมือง		ชุมชนกึ่งเมือง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
รับจ้างทั่วไป	4	11.43	2	5.71
เกษตรกร	1	2.86	17	48.57
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	25.71	3	8.57
ไม่ได้ทำงาน	12	34.29	12	34.29
ข้าราชการเกษียณ	9	25.71	1	2.86
รายได้ต่อเดือน				
≤ 5,000 บาท	15	42.86	29	82.86
> 5,000 บาท	20	57.14	6	17.14
โรคประจำตัว				
ไม่มี	23	65.71	16	45.71
มี	12	34.29	19	54.29
ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองในรอบ 7 วัน				
ดีมาก	10	28.57	8	22.86
ดี	15	42.86	16	45.71
ค่อนข้างดี	7	20.00	4	11.43
ค่อนข้างไม่ดี	2	5.71	7	20.00
ไม่ดี	1	2.86	0	0

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 35

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองโดยรวมส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 57.14) คะแนนเฉลี่ย 190.97 ($SD=27.51$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองโดยรวมส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 37.14) คะแนนเฉลี่ย 165.69 ($SD = 37.58$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับไม่ตีพอ (ร้อยละ 42.86, 40.00 ตามลำดับ) ส่วนด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 37.14 , 48.57 ตามลำดับ) สำหรับด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 48.57) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ชุมชนเมือง			ชุมชนกึ่งเมือง		
	ไม่ดีพอ	พอใช้ได้	ดีมาก	ไม่ดีพอ	พอใช้ได้	ดีมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	6 (17.14)	11 (31.43)	18 (51.43)	15 (42.86)	11 (31.43)	9 (25.71)
	$(M = 30.89, SD = 7.21)$			$(M = 25.14, SD = 7.11)$		
ด้านที่ 2 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	5 (14.29)	4 (11.43)	26 (74.29)	14 (40.00)	11 (31.43)	10 (28.57)
	$(M = 20.00, SD = 5.16)$			$(M = 16.6, SD = 5.23)$		
ด้านที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	3 (8.57)	8 (22.86)	24 (68.57)	10 (28.57)	13 (37.14)	12 (34.29)
	$(M = 24.17, SD = 4.38)$			$(M = 20.54, SD = 6.46)$		
ด้านที่ 4 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	1 (2.86)	12 (34.29)	22 (62.86)	10 (28.57)	8 (22.86)	17 (48.57)
	$(M = 72.09, SD = 10.87)$			$(M = 62.29, SD = 17.47)$		
ด้านที่ 5 การจัดการสุขภาพตนเอง	3 (8.57)	11 (31.43)	21 (60.00)	4 (11.43)	17 (48.57)	14 (40.00)
	$(M = 43.83, SD = 8.39)$			$(M = 41.11, SD = 8.27)$		
โดยภาพรวม	1 (2.86)	14 (40.00)	20 (57.14)	10 (28.57)	13 (37.14)	12 (34.29)
	$(M = 190.97, SD = 27.51)$			$(M = 165.69, SD = 37.58)$		

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 35

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.78, SD = 0.36$ และ $M = 1.75, SD = 0.29$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน ($M = 1.96, SD = 0.44$) รองลงมาคือ ด้านการบริโภคเกลือ ($M = 1.94, SD = 0.54$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.38, SD = 0.41$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ด้านการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนและไขมันอยู่ในระดับมาก ($M = 2.06, SD = 0.41$) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง คือ ด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.26, SD = 0.42$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง	ชุมชนเมือง			ชุมชนกึ่งเมือง		
	M	SD	ระดับการปฏิบัติตัว	M	SD	ระดับการปฏิบัติตัว
ด้านที่ 1 การบริโภคเกลือ	1.94	0.54	ปานกลาง	1.84	0.61	ปานกลาง
ด้านที่ 2 การบริโภคอาหารประเภทโปรตีน และ ไขมัน	1.96	0.44	ปานกลาง	2.06	0.41	มาก
ด้านที่ 3 การบริโภคอาหารที่มีกากใย โปแทสเซียม และแคลเซียมสูง	1.74	0.58	ปานกลาง	1.64	0.50	ปานกลาง
ด้านที่ 4 การออกกำลังกาย	1.87	0.88	ปานกลาง	1.95	0.83	ปานกลาง
ด้านที่ 5 การจัดการความเครียด	1.38	0.41	ปานกลาง	1.26	0.42	ปานกลาง
โดยภาพรวม	1.78	0.36	ปานกลาง	1.75	0.29	ปานกลาง

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 35

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(68) = 3.32, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ($M = 4.02, SD = 0.63$) สูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ($M = 3.45, SD = 0.79$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson's $r(68) = .32, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ และผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองร้อยละ 68.57 จบการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองร้อยละ 85.71 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองสามารถที่จะรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้มากกว่า ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนกึ่งเมืองก็อาจมีข้อจำกัดในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองไปใช้บริการในหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพและได้รับฟังคำอธิบาย

หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ก็อาจจะไม่เข้าใจ และไม่สามารถจดจำได้ทั้งหมด สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา (2563) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า การศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง จึงอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อโทรทัศน์ วิทยุ รวมไปถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในรูปแบบสื่อออนไลน์ สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจของ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2564) ที่ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยมีเพียงร้อยละ 12.9 ที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อติดตามและรับฟังข่าวสารได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tiller, Herzog, Kluttig, & Haerting (2015) ที่พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายुरับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่เข้าสู่กระบวนการชราภาพที่เริ่มมีการเสื่อมถอยของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงมีความสนใจและใส่ใจสุขภาพตัวเองมากขึ้น และตั้งใจกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นตามศักยภาพ แต่อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานเข้าสู่ตัวเมืองหรือย้ายไปอยู่ใกล้ที่ทำงานจึงส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพัง หรือแม้แต่การเสียชีวิตของกลุ่มสมรสที่อยู่ด้วยกันมายาวนาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เคยมีอยู่เดิม (ทศพร คำผลศิริ, 2561) ขาดบุคคลที่จะช่วยเกื้อหนุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากกลุ่มสมรสจะคอยให้กำลังใจเอาใจใส่ เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาหรือมีคู่คิด สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556; อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2560) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากมีความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สามารถประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อภิัญญา อินทร์ตัน, 2557) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) สอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงเนตร ชรรมกุล และธณิดา พุ่มท่าอิฐ (2564) ที่พบว่าความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ในทำนองเดียวกันกับผลการศึกษาของ Cui et al. (2021) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวจีนมีความสัมพันธ์กันทางบวก จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่รู้วิธีการค้นหาข้อมูลและใช้อุปกรณ์สืบค้นข้อมูลได้ ก็จะมีโอกาสเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้

สรุปผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมืองแตกต่างกันโดยผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุชุมชนเมืองและกึ่งเมืองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล บุคลากรสุขภาพจึงควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. ด้านการวิจัย ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อให้ได้องค์ความรู้เป็นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุต่อไป

ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 ชุมชน ทำให้ไม่มีความหลากหลายของพื้นที่ซึ่งยังไม่อาจเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง” ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนในการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ 2564

เอกสารอ้างอิง

- กรรมณี อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกฎกำจร, และดวงใจ ปิ่นเจริญ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 200-212.
- กองสุศาสตร์ศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 40-57.
- ณัฐฐพัชร จันทร์ฉาย, และวรรณิ์ เดียววิเศษ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 17-26.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, และธณิดา พุ่มท่าอิฐ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(1), 106-118.
- ทศพร คำผลศิริ. (2561). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ. ใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1* (หน้า 89-105). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63-74.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (บรรณาธิการ). (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์*, 11(1), 37-51.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ศรีหามาตร์, สุพัตรา บัวที, และสุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 21(2), 27-40.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมล โรม่า, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, จุติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ต้นหนึ่ง, รุ่งนภา คำพาง, และ รังมณี บุตรชน. (2562). *รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: ทริค ชิงค์.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 174-178.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- Carey, M. R., Muntner, P., Bosworth, H. B., & Whelton, P. K. (2019). Prevention and control of hypertension: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(11), 1278–1293. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008>
- Cui, G. H., Li, S. J., Yin, Y. T., Chen, L. J., Li, J. Q., Liang, F. Y., . . . Chen, L. (2021). The relationship among social capital, eHealth literacy and health behaviours in Chinese elderly people: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 45. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10037-4>
- Legese, N., & Tadiwos, Y. (2020). Epidemiology of hypertension in Ethiopia: A systematic review. *Integrated Blood Pressure Control*, 13, 135–143. <https://doi.org/10.2147/IBPC.S276089>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Osthega, Y., Fryar, C. D., Nwankwo, T., & Nguyen, D. T. (2020). *Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States 2017–2018 NCHS Data Brief, no 364*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Study guide for essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Rice, M. J. (2009). Effect size in psychiatric evidence-based practice care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 15*(2), 138-142. <https://doi.org/10.1177/1078390309335007>
- Shukuri, A., Tewelde, T., & Shaweno, T. (2019). Prevalence of old age hypertension and associated factors among older adults in rural Ethiopia. *Integrated Blood Pressure Control, 12*, 23-31.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health, 15*, 883.
- World Health Organization. (1988). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.