

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

อามานี แดมะยู พย.ม.*
ศิริรัตน์ ปานอุทัย พย.ด.**
พนิดา จันทโสภิพันธ์ พย.ด.***

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การออกแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุนับถือศาสนาอิสลามที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนราธิวาส จำนวน 88 ราย ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง แต่ระดับวิจารณ์อยู่ในระดับต่ำ สำหรับการจัดการตนเองโดยรวมและด้านการรักษาและด้านบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการอารมณ์และด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.469, 0.346, 0.403, 0.344$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้านของการจัดการตนเองพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการรักษาและด้านบทบาทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.443$) แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการจัดการตนเองด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัด ($r = 0.194, 0.186$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(3) 87-107

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ/การจัดการตนเอง/ผู้สูงอายุไทยมุสลิม/โรคความดันโลหิตสูง
วันที่ได้รับ 3 มี.ค.63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 พ.ค.63 วันที่รับตีพิมพ์ 1 มิ.ย.63

* นักศึกษาลัทธิศรัทธาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Correlation between Health Literacy and Self-Management amongst Older Thai Muslims with Hypertension

Amanee Daemayu, M.N.S.*

Sirirat Panuthai, Ph.D.**

Phanida Juntasopeepun, Ph.D.***

Abstract:

Objective: To examine any correlation between health literacy and self-management amongst older Thai Muslims with hypertension.

Design: Descriptive correlational study.

Methodology: A total of 88 participants were recruited. All of them were older Thai Muslims having been diagnosed with hypertension and receiving treatment at Health-Promoting Hospitals in Narathiwat province from January to February 2020. The instruments for data collection were the demographic and illness recording form, the health literacy questionnaire for older persons with hypertension, and the self-management questionnaire for older Thai Muslims with hypertension. The data were analysed using descriptive statistics and the Pearson correlation coefficient.

Results: The participants displayed a moderate level of functional and overall health literacy, a high level of communicative/interactive health literacy, and a low level of critical health literacy. The participants' overall self-management, treatment management, and role management were at a moderate level, whilst their emotional management and cooperation with follow-up appointments were at a high level. The participants' overall, functional, communicative/interactive, and critical health literacy had a moderate-degree positive correlation with their overall self-management, at a statistically significant level of 0.01 ($r = 0.469, 0.346, 0.403, \text{ and } 0.344$, respectively). When each aspect of self-management was taken into consideration, it was found that the participants' health literacy had a moderate-degree positive correlation with their treatment and role management, at a statistically significant level of 0.01 ($r = 0.443$), but had a low-degree correlation with their emotional management and cooperation with follow-up appointments ($r = 0.194 \text{ and } 0.186$, respectively).

Recommendations: The results of this study can provide fundamental information for nurses and healthcare professionals caring for older Thai Muslims with hypertension, to promote health literacy and self-management ability.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020;35(3) 87-107

Keywords: health literacy; self-management; older Thai Muslims; hypertension

Received 3 March 2020, Revised 25 May 2020, Accepted 1 June 2020

* Student in Master of Nursing Science, Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

**Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, E-mail: siriratpanuthai@hotmail.com.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ผู้คนทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นจาก 594 ล้านคนในปี 1975 เป็น 1.13 พันล้านคนในปี 2558¹ และคาดการณ์ว่าโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ซึ่งในผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีอายุ 60 ปี และ 70 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 25 และร้อยละ 75 ของประชากรผู้สูงอายุ² ในประเทศไทยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 33.6 ในปี 2560 ของผู้สูงอายุทั้งหมดโดยเพิ่ม 1.7 เท่า³ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมได้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามอายุ ในเพศชายอายุระหว่าง 60-69 ปีร้อยละ 23.8 อายุระหว่าง 70-79 ปีร้อยละ 24.3 อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 30.8 ส่วนเพศหญิงอายุระหว่าง 60-69 ปี พบร้อยละ 26.4 อายุระหว่าง 70-79 ปี พบร้อยละ 27.0 และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 28.4 เมื่อจำแนกตามภาคพบว่าภาคใต้มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.9 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ และจากการศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 717 คนของจิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตริย์⁴ พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ร้อยละ 34.5

แนวทางการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับเป้าหมายคือความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 70-79 มิลลิเมตรปรอท⁵

ประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และการจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การจำกัดหรืองดแอลกอฮอล์ และการเลิกสูบบุหรี่ และ 2) การใช้ยาลดความดันโลหิตสูงร่วมด้วยอย่างสม่ำเสมอ⁶ ซึ่งชาวไทยมุสลิมมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามหลักคำสอนทางศาสนาในคัมภีร์อัลกุรอานและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เช่น อาหารที่รับประทานต้องเป็นอาหารฮาลาล มีคุณประโยชน์ (ฮาลาลและฮาลาล) และไม่ปฏิบัติหรือรับประทานอาหารต้องห้าม (หะรอม) แต่ส่วนใหญ่พบว่าชาวไทยมุสลิมจะเน้นรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล กะทิและรสเค็ม เช่น แกงไตปลา น้ำบูดูมีสมัน โรตีมะตะบะ เป็นต้น⁶ ออกกำลังกายต้องคำนึงถึงการแต่งกายที่เหมาะสม มีการปกปิดร่างกายตามหลักของศาสนา สถานที่ออกกำลังกายต้องมิดชิดอยู่ในบริเวณบ้านหรือบริเวณใกล้บ้าน หลีกเลี่ยงการปะปนระหว่างชายหญิง^{7,8} นอกจากนั้นผู้สูงอายุไทยมุสลิมยังมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เมื่อลิ้มรับประทานยาแล้วจะรับประทานยาเพิ่มสองเท่าในมือต่อไป และหยุดรับประทานยาเอง⁹ ในส่วนของการมาตรวจตามนัดในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรวจตามแพทย์นัด เนื่องจากปัญหาการมารับบริการ ปัญหาเศรษฐกิจ และจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่¹⁰ จากการศึกษาของวัลย์รัตน์ ไร่ใหญ่¹¹ พบว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองในระดับมาก ร้อยละ 55.9 ระดับปานกลางร้อยละ 64.8 นอกจากนั้นการศึกษาของพัชรวิทย์มีแจ่ม, ปริศนา อัครธนพล, พรทิพย์ ลิ้มธีระยศ, และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม¹² พบว่าพฤติกรรม

ออกกำลังกายและพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้จำเป็นต้องมีการจัดการกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) ตามแนวคิดของลอริกและฮอลแมน¹³ หมายถึง การปฏิบัติและฝึกทักษะของผู้สูงอายุไทยมุสลิมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สามารถดำรงอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้ ประกอบด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านรักษา เป็นการที่ผู้สูงอายุร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต 2) การจัดการด้านบทบาท เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมหรือการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่หรือบทบาทใหม่ของชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3) การจัดการด้านอารมณ์ เป็นการเรียนรู้ที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ผู้สูงอายุไทยมุสลิมต้องเผชิญเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการที่บุคคลจะจัดการตนเองใน 3 ด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีทักษะ 5 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving) 2) ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) 3) ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) 4) ทักษะความร่วมมือหรือการเป็นหุ้นส่วนกับบุคลากรทางการแพทย์ (formation of patient-provider partnership) และ 5) ทักษะการวางแผนการปฏิบัติ (Action planning)¹³

การจัดการตนเองที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง¹⁴ 2) การสนับสนุนทางสังคม¹⁵ 3) การรับรู้ความสามารถหรือ

สมรรถนะของตนเอง¹⁴ และ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁵ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ นัทปัม¹⁶ หมายถึง เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้แหล่งข้อมูลเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของพนิดา จันทรดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนา, และนันทวัน สุวรรณรูป¹⁵ พบว่าความแตกฉานทางสุขภาพหรือความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองซึ่งความรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy หรือ Basic health literacy) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy หรือ communicative health literacy) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) สำหรับการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องคำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการอ่านเพื่อทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาสู่การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาทั้งการปฏิบัติด้านการรักษา ด้านบทบาทและด้านการจัดการทางอารมณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุวัย 75 ปีขึ้นไปและผู้ดูแลของ Geboers, de Winter, Spoorenberg, Wynia, & Reijneveld¹⁷ ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ในกลุ่มอายุ

75 - 80 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจะส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการตนเองที่เพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ Amini, Daddost, Khodavisi, & Tapak¹⁸ ในจังหวัดฮามาแดน ประเทศอิหร่าน ในกลุ่มอายุ 34-71 ปี พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในหมวดการกำกับตนเอง หมวดการติดตามอาการ หมวดการปฏิบัติต่อโรค หมวดความร่วมมือในการใช้ยา และหมวดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองจากการทบทวนวรรณทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ และกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง อย่างไรก็ตามความรู้ที่พบอาจไม่สามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไทยมุสลิมมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่นทั้งด้านระดับการศึกษา โดยผลการสำรวจพบว่าจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุไทยมุสลิมอยู่ในระดับต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ อาจส่งผลให้ไม่สามารถอ่านฉลากยาเกี่ยวกับมียา ชนิดยาและจำนวนยาได้ การมีข้อจำกัดต่อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้วยข้อจำกัดด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสารในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูท้องถิ่นหรือภาษายาวี⁶ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและ

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุจึงต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จึงต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคตามบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความรุนแรงจากโรค ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริคและฮอลแมน¹³ มีองค์ประกอบที่สำคัญต่อการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาท 3) การจัดการด้านอารมณ์ โดยผู้สูงอายุจำเป็นต้องมี 5 ทักษะในการปฏิบัติการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรทางการแพทย์ 5) การวางแผนการปฏิบัติ โดยการจัดการตนเองให้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม¹⁶ การเปิดโอกาสในการสื่อสารและร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนาความรู้และพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งจะต้องเอื้อต่อสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน โดยทักษะการเรียนรู้และทักษะทางสังคมเป็นแรงจูงใจในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาอิสลามทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาอิสลามทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส คุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
2. ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต
3. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)¹⁸ ที่ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป

4. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ใช้แบบประเมินสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอว์¹⁹ ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่²⁰ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้ 8 คะแนนขึ้นไป

5. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยและภาษายาวีได้

6. ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (โรคไบโพลาร์) โรคจิตเภท และโรคแพนิค เป็นต้น

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้การคำนวณเพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.30 จากการเปิดตาราง โพลิตและเบค²² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 88 คน

สำหรับการคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสมีทั้งหมด 11 โรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมา 4 โรงพยาบาล โดยได้ผลการสุ่ม ดังนี้ 1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุโหงบาลา 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปอ 3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกศิลา และ 4.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปือราเป๊ะ

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (sampling

without replacement) จากแฟ้มทะเบียนรายชื่อให้ได้ สุขภาพตำบล ดังตารางนี้
จำนวนตามที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริม

ตารางแสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
สุโขทัย	182	18
บางปอ	231	23
บ้านโคกศิลา	114	12
บือราแปะ	350	35
รวม		88

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมและการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอร์¹⁹ ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่²⁰ เพื่อคัดกรองความสามารถในการรู้คิด ความจำและความเข้าใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย ความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิดคำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้

0-2 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของการรู้คิดอย่างรุนแรง

3-5 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของการรู้คิดอยู่ในระดับปานกลาง

6-7 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติของการรู้คิดเล็กน้อย

8-10 คะแนน หมายถึง มีการรู้คิดปกติ

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข²¹ เพื่อคัดกรองความสามารถในการช่วยเหลือด้วยตัวเอง โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติ 10 กิจกรรม ดังนี้

1) การอาบน้ำ และการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เองหรือต้องการความ

ช่วยเหลือ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-1

2) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การกลั่นกรองถ่ายปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เอง ทำได้บางส่วนแต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือทำไม่ได้ด้วยตนเอง คะแนนอยู่ระหว่าง 0-2

3) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านและการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เอง ทำได้บางส่วนแต่ต้องการความช่วยเหลือ ทำไม่ได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่หรือทำไม่ได้ด้วยตนเอง คะแนนอยู่ระหว่าง 0-3

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 คือ พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)

คะแนน 5-11 คะแนน เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 2 คือ ดูแลตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)

คะแนน 0-4 คะแนน เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 3 คือ พึ่งพาตนเองไม่ได้ พึ่งพิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน แหล่งข้อมูลข่าวสาร ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

2. ข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยาที่ใช้ประจำ แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ และสิทธิการรักษาพยาบาล

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรค

เบาหวานชนิดที่ 2 ของจริยาน พเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ ทศพร คำผลศิริ (2560)²³ มาใช้และได้ขออนุญาตการนำเครื่องมือมาใช้แล้วโดยเปลี่ยนชื่อจากโรคเบาหวานเป็นโรคความดันโลหิตสูงและยังคงจำนวนข้อคำถามเดิมไว้ทุกประการ ประกอบด้วย คำถามด้านลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 5 ข้อ คำถามด้านบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ 5 ข้อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนการปฏิบัติทางบวก ได้แก่ (1) ไม่เคย (2) นาน ๆ ครั้ง (3) บางครั้ง (4) บ่อยครั้ง และการปฏิบัติทางลบ ได้แก่ (4) ไม่เคย (3) นาน ๆ ครั้ง (2) บางครั้ง (1) บ่อยครั้ง คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าระหว่าง 14 - 56 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ 14.00 - 28.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ 28.01 - 42.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และ 42.01 - 56.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 5.00 - 10.00

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 10.01 - 15.00

ระดับสูง ช่วงคะแนน 15.01 - 20.00

ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์

ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 5.00 - 10.00

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 10.01 - 15.00

ระดับสูง ช่วงคะแนน 15.01 - 20.00

ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ

ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 4.00 - 8.00

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 8.01 - 12.00

ระดับสูง ช่วงคะแนน 12.01 - 16.00

2.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเอง

ในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาคุชะ, และ ทศพร คำผลศิริ (2555)²⁴ มาใช้ และได้ขออนุญาตการนำเครื่องมือมาใช้แล้ว โดยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวและดัดแปลงบางข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทยมุสลิมและยังคงจำนวนข้อคำถามเดิมไว้ทุกประการ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 7 ข้อ ด้านการรับประทานยา 7 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) ดังนี้ (4) ปฏิบัติประจำ (3) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2) ปฏิบัติบางครั้ง (1) ไม่ปฏิบัติ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าระหว่าง 26.00 - 104.00 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ 26.00 - 52.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกาจัดการตนเองในระดับต่ำ 53.00 - 79.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกาจัดการตนเองในระดับปานกลาง และ 80.00 - 104.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกาจัดการตนเองในระดับสูง

การจัดการตนเองด้านการรักษาและบทบาท

ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 19.00 - 38.00

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 38.01 - 57.00

ระดับสูง ช่วงคะแนน 57.01 - 76.00

การจัดการตนเองด้านอารมณ์

ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 3.00 - 6.00

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 6.01 - 9.00

ระดับสูง ช่วงคะแนน 9.01 - 12.00

การจัดการตนเองด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัด

ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 4.00 - 8.00

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 8.01 - 12.00

ระดับสูง ช่วงคะแนน 12.01 - 16.00

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น

(The short portable mental status questionnaire, SPMSQ) และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

2. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ปรับเปลี่ยนของโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ และผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุโหงบาลา อำเภอมือง จังหวัดนราธิวาส มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกาจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความตรงตามด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการที่เป็นชาวไทยมุสลิมและเข้าใจบริบทของอิสลาม 2 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.96 และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความคงที่ (stability) ของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ (test retest) กับผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
สุโหงบาลา อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ในกลุ่ม
ตัวอย่างเดียวกัน จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Correlation's coefficient) เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ
วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะ
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 2562/142
และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
โดยการแนะนำตัวผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการ
เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือและชี้แจง
ให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยเป็นความสมัครใจ
โดยมีการลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือและ
หากปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ
ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอมาวิเคราะห์
ข้อมูลเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์
ในทางการวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองหลังจาก
โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเมืองนราธิวาส เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้า
พบผู้อำนวยการและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง
และผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลที่ละแห่ง โดยเรียงลำดับ
ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุโหงบาลา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปอ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกศิลา และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบือราปะ ในอำเภอเมือง จังหวัด
นราธิวาส เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและ
การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
เป็นแบบสัดส่วน (proportional) ตามจำนวนประชากร
ผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ
แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหลังจาก
นั้นผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่
มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และนำมาสุ่มอย่างง่ายแบบไม่
แทนที่ให้ได้ครบจำนวน 88 ราย แล้วจึงนำกลุ่มตัวอย่าง
ที่สุ่มได้มาคัดกรองระดับสติปัญญาและความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่คัดกรอง
ผ่านเกณฑ์ตามแบบคัดกรองคุณสมบัติทุกคน และเมื่อ
ได้ผู้ป่วยตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสถานที่
เหมาะสม โดยเริ่มจากการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อ
กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ
ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้
ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ
ไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการอ่านข้อ
คำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วยตนเอง
โดยไม่มีการอธิบายเพิ่ม ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 30
นาที และเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแต่ละราย ผู้วิจัย
ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลก่อนกล่าว
ขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทย

มุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Correlational analysis) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) ซึ่งพบการแจกแจงของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนการจัดการตนเองเป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) และพบว่ามีการแจกแจงของความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเป็นแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการหาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง และได้กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน 0.01 - 0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ 0.30 - 0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง 0.70 - 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และ 1 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.60 อายุเฉลี่ย 67.89 ปี อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 59.10 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.20 ไม่ได้รับการศึกษา

ร้อยละ 33.00 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 ในปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.40 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 19.30 โดยอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และคู่สมรส ร้อยละ 67.00 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 2,146 บาทต่อเดือน อยู่ในชว่่นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,528 บาทต่อเดือน ร้อยละ 72.70 แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้รับจากแพทย์-พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 54.50 รองลงมาจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ร้อยละ 34.10 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.9 ปี อยู่ในชว่่น 2 - 5 ปี ร้อยละ 38.60 จำนวนยาที่ใช้ประจำเท่ากับหรือมากกว่า 3 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 55.70 แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 67.00 รองลงมาโรงพยาบาลระดับจังหวัด ร้อยละ 28.40 และสิทธิการรักษาพยาบาลใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ร้อยละ 84.10

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด 23.00 คะแนน สูงสุด 53.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 36.53 คะแนน ($SD = 6.16$) อยู่ในระดับปานกลาง จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตามระดับคะแนนที่ตั้งเกณฑ์ไว้ 3 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.14 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 17.04 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.82

และเมื่อจำแนกข้อมูลรายด้านพบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

เท่ากับ 12.50 (Q.D.= 4.00) คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ค่ามัธยฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์เท่ากับ 16.00 คะแนน (Q.D.= 2.00) อยู่ในระดับสูง และค่ามัธยฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเท่ากับ 7.00 คะแนน (Q.D.= 1.50) อยู่ในระดับต่ำ

ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองต่ำสุด 58.00 คะแนน สูงสุด 79.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเท่ากับ 77.93 คะแนน (SD = 7.57) อยู่ในระดับปานกลาง จำแนกระดับการจัดการตนเอง ตามระดับคะแนนที่ตั้งเกณฑ์

ไว้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 รองลงมาระดับสูงร้อยละ 40.91 และไม่พบในระดับต่ำ

และเมื่อจำแนกข้อมูลรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองด้านการรักษาและบทบาทเท่ากับ 54.51 คะแนน (SD= 6.87) อยู่ในระดับปานกลาง ค่ามัธยฐานของคะแนนการจัดการตนเองด้านการจัดการอารมณ์เท่ากับ 11.00 คะแนน (Q.D.= 1.38) และค่ามัธยฐานของคะแนนการจัดการตนเองด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัดเท่ากับ 13.00 คะแนน (Q.D.= 1.00) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 88)

ตัวแปร	คะแนนแบบสัมภาษณ์	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	ค่ากลางที่แสดงแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00-56.00	23.00-53.00	$\bar{X}$ = 36.53 SD = (6.16)	ปานกลาง	
ระดับต่ำ					6 (6.82)
ระดับปานกลาง					67 (76.14)
ระดับสูง					15 (17.04)
ระดับพื้นฐาน	5.00-20.00	5.00-20.00	Median = 12.50 Q.D.= (4.00)	ปานกลาง	
ระดับปฏิสัมพันธ์	5.00-20.00	11.00-20.00	Median = 16.00 Q.D.= (2.00)	สูง	
ระดับวิจารณ์ญาณ	4.00-16.00	4.00-14.00	Median = 7.00 Q.D.= (1.50)	ต่ำ	
การจัดการตนเอง	26.00-104.00	58.00-79.00	$\bar{X}$ = 77.93 SD = (7.57)	ปานกลาง	
ระดับต่ำ					-
ระดับปานกลาง					52 (59.09)
ระดับสูง					36 (40.91)

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88) ต่อ

ตัวแปร	คะแนนแบบสัมภาษณ์	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	ค่ากลางที่แสดงแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ด้านการรักษาและบทบาท	19.00 – 76.00	36.00-68.00	$\bar{X} = 54.51$ SD = (6.87)	ปานกลาง	
ด้านการจัดการอารมณ์	3.00 – 12.00	7.00-12.00	Median = 11.00 Q.D.= 1.38	สูง	
ด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัด	4.00 – 16.00	8.00-16.00	Median = 13.00 Q.D.= 1.00	สูง	

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง จากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า มีการแจกแจงของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนการจัดการตนเองเป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) และพบว่า มีการแจกแจงของความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ

เป็นแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการหาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.469, p < 0.01$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ($r = 0.346, p < 0.01$) ระดับปฏิสัมพันธ์ ($r = 0.403, p < 0.01$) และระดับวิจารณ์ญาณ ($r = 0.344, p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเอง (n=88)

	การจัดการตนเอง	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.469**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	0.346**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	0.403**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ	0.344**	ปานกลาง

**p < 0.01

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองรายด้าน พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองด้านการรักษาและด้านบทบาทในระดับ

ปานกลาง ($r = 0.443$) ที่ $p < 0.01$ แต่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการจัดการตนเองด้านอารมณ์และด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัด ($r = 0.194, 0.186$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองแต่ละรายด้านกับความรู้ด้านสุขภาพ (n=88)

	ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความสัมพันธ์
การจัดการตนเองด้านการรักษาและด้านบทบาท	0.443**	ปานกลาง
การจัดการตนเองด้านอารมณ์	0.194**	ต่ำ
การจัดการตนเองด้านการประสานความร่วมมือและการมาตรวจตามนัด	0.186**	ต่ำ

** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกแต่ละรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงและความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 67.89 ปี ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้การเรียนรู้ ความเข้าใจที่ช้าลง การได้ยิน ความจำและการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพลดลงโดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะสามารถเรียนรู้ เข้าใจ และความจำได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อายุมากและสอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानเรื่องความสัมพันธ์ของอายุกับความรู้ด้าน

สุขภาพระดับพื้นฐานของ โคบายาชิ และคณะ²⁵ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถของความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาขั้นต่ำ คือ ประถมศึกษา ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำจะมีข้อจำกัดต่อความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพของบุคคลซึ่งอาจส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ความเข้าใจ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ทั้งการค้นคว้า การเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อันสาร์ และคณะ²⁶ พบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร²⁷ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นหากผู้สูงอายุได้รับการศึกษาในระดับสูงผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส ร้อยละ 67.00 ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยการได้มีการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ โดยบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร ช่วยประเมินและอธิบายข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวสุขภาพ²⁹ นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และช่วยในการทำความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพและช่วยในการตัดสินใจใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสม เช่นเดียวกับการใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นส่วนใหญ่และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยบุคลากรด้านสุขภาพเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและยังช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้^{28,29} นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับจากแพทย์-พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 54.50 ซึ่งแหล่งข้อมูลข่าวสารเป็นสื่อสารสนเทศที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด เสียงตามสายในชุมชน วิทยุโทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ต ป้ายโฆษณา และแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการรับข้อมูลข่าวสารจากประชาคมหมู่บ้าน โรงพยาบาลและชมรมผู้สูงอายุและจากบุคคลอื่นที่มีการถ่ายทอดข้อมูลและประสบการณ์การดูแล

สุขภาพ ซึ่งจะเป็นการรับข้อมูลข่าวสารในลักษณะทางเดียว การอ่านหรือศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีความลำบากในผู้สูงอายุ ดังนั้นแหล่งข้อมูลข่าวสารจึงมีความสำคัญต่อการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในระดับต่ำจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการได้รับความรู้ด้านสุขภาพลดลงจึงส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ³⁰ ซึ่งจากการศึกษาของกามิละห์ ชง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ ภารดี นานาศิลป์²⁹ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมุสลิมพบว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิมมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 1.02 ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในสังคมหรือครอบครัว จะทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของบุคคล สามารถไตร่ตรองและเลือกรูปแบบการรักษาสุขภาพได้

ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำซึ่งหมายถึงทักษะในการคิดวิเคราะห์ของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงยังมีข้อจำกัดอาจเนื่องจากความคิดเชิงวิเคราะห์เป็นทักษะทางปัญญาขั้นสูง ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพอย่างลึกซึ้ง ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับบริบทและประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการควบคุมภาวะสุขภาพของตนเองได้นอกจากนั้นความรู้ระดับวิจารณ์ญาณยังเป็นทักษะทางสังคมขั้นสูงคือสามารถต่อรอง ตั้งคำถาม และอภิปรายร่วมกับบุคลากรสุขภาพได้โดยผู้ป่วยต้องรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเองที่มีส่วนรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงอาจมีข้อจำกัดด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ ด้วยข้อจำกัดด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสารซึ่งส่วนใหญ่การสื่อสารด้านสุขภาพของบุคลากรสุขภาพใช้

ภาษาไทย ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่ไม่เข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้ร่วมกับระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.5 ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถวิเคราะห์และทำความเข้าใจกับข้อมูลได้ และผู้สูงอายุอาจไม่กล้าที่จะสอบถามหรือตั้งคำถามกับบุคลากรสุขภาพผู้ให้ข้อมูลได้ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณจึงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ กามิละห์ ซง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ ภารดี นานาศิลป์²⁹ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมุสลิม พบว่า ไม่พบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณในผู้สูงอายุไทยมุสลิม ซึ่งระดับวิจารณ์ญาณเป็นความสามารถเลือกอย่างไตร่ตรองถึงความเหมาะสมของการรักษาหรือการรับข้อมูลที่เหมาะสมกับตนมากที่สุด อีกทั้งข้อมูลที่ตนเองสนใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถสอบถามได้ทั้งรูปแบบสารอาหารที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม บริบทของตนเองในขณะที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง³¹

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการจัดการตนเองโดยรวมและการจัดการตนเองด้านการรักษาและบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้จากปัจจัยด้านอายุ คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น โดยมีอายุเฉลี่ย 67.89 ปี ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง เนื่องจากอายุที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสรีรวิทยาในทางเสื่อมถอยมากยิ่งขึ้น จึงส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานและการปฏิบัติตัวลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองได้อย่างจำกัด³² ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของราตรี อร่ามศิลป์ และคณะ³³ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งการศึกษาช่วยให้มีการพัฒนา

ทักษะ ความรู้ มีโอกาสในการเรียนรู้ และการแสวงหาข้อมูลได้จากแหล่งต่างๆ ที่แตกต่างกัน จึงมีการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้และเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา³⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร สุจ่านงค์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และ นิรัตน์ อิมามิ³⁴ พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกกำลังกาย และอีกทั้งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าเส้นยากจนเกินครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 72.70) โดยมีรายได้เฉลี่ย 2,146 บาทต่อเดือน รายได้ต่อเดือนเป็นฐานะทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการของบุคคล ทั้งความสามารถในการเลือกและการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพที่หลากหลาย การเลือกชนิดอาหารที่ควรบริโภคให้เหมาะสม และการเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง¹¹ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร สุจ่านงค์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และ นิรัตน์ อิมามิ³⁴ พบว่าระดับรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของการศึกษาของวลัยรัตน์ ไร่ใหญ่¹¹ พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = 0.178, p < 0.001$) กล่าวคือผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำจะมีการจัดการตนเองต่ำด้วย

การจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูงในผู้สูงอายุไทยมุสลิมเมื่อประสบกับปัญหาการเจ็บป่วยจะมีการจัดการความเครียดของตนเอง โดยจะใช้หลักการศรัทธาต่ออัลลอฮ์และการปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ ได้แก่ การละหมาด การขอพรหรือการสรรเสริญต่อ

อัลลอฮ์ การอ่านหรือฟังอัลกุรอาน การสร้างจิตให้เกิดความใกล้ชิดและไว้วางใจในอัลลอฮ์⁴ ซึ่งในคำสอนศาสนาอิสลามเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรค มีแนวทางการบำบัดรักษาไว้ทั้ง 2 ทาง ทั้งการบำบัดด้านจิตใจ และการบำบัดทางวัตถุ คือ การรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ดังนั้นอิสลามอนุญาตให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์เกี่ยวกับความเจ็บปวดหรือความเดือดร้อนให้บุคลากรทางการแพทย์หรือคนอื่น ๆ ฟังได้ ซึ่งไม่ใช่การระบายความโกรธหรือความรู้สึกหงุดหงิดจากโรค แต่ให้เป็นการระบายที่ไม่ถี่มากเกินไป แต่ทั้งนี้เมื่อมีความเครียดหรือความทุกข์จากโรค ศาสนาอิสลามสนับสนุนให้ระบายความทุกข์หรือการสรรเสริญกับอัลลอฮ์เป็นทางที่ดีที่สุด⁶

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดี สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีทักษะทางปัญญา (cognitive skills) ขั้นพื้นฐาน (basic cognitive skills) ซึ่งเป็นทักษะในการอ่าน เขียน จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ สื่อข้อความจากแผ่นพับ สลากยาใบกำกับยา ฉลากยา ใบนัด หรือเอกสารยินยอมรับการรักษา และข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ ผู้ป่วยที่มีทักษะการฟังสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางวิทยุ เสียงตามสาย การอบรมให้ความรู้ และสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนทักษะทางสังคมขั้นพื้นฐานคือทักษะการพูด สื่อสารสามารถสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ทำให้ได้รับข้อมูลจากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพซึ่งจากผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน

สุขภาพระดับพื้นฐานกับการจัดการตนเอง ในส่วนของความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมขั้นสูงคือความสามารถในการเจรจาต่อรองหรือซักถามบุคลากรสุขภาพเมื่อไม่เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ และทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการนำข้อมูลมาประกอบการปรับพฤติกรรมจัดการสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และการจัดการตนเอง เช่นเดียวกับความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ที่เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะด้านสังคมขั้นสูงที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองระดับปานกลางที่สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีทักษะการประเมิน การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ การเปรียบเทียบ ก่อนการตัดสินใจ เพื่อการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถเลือกและไตร่ตรองถึงความเหมาะสมของการรักษาหรือการรับข้อมูลที่เหมาะสมกับตนมากที่สุด ทั้งรูปแบบอาหารที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของตนเอง การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการลดพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการตนเองด้านบทบาท ทั้งการจดบันทึก การรับประทานยา การติดตามระดับความดันโลหิตสูง และการติดตามการนัดหมายจากแหล่งบริการได้ และการจัดการด้านอารมณ์ เมื่อประสบกับความเครียดหรือความวิตกกังวลจากโรคความดันโลหิตสูง และพิจารณาข้อมูลการปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ได้ตามวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยมุสลิมแต่ละบุคคล ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุวัย 75 ปีขึ้นไปของเกเบอและคณะ¹⁷ ในประเทศเนเธอร์แลนด์

จำนวน 1,052 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการตนเองสูงขึ้นด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาหมีนี และคณะ¹⁸ ในจังหวัดฮามะดาน ประเทศอิหร่าน จำนวน 200 คน พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในหมวดการกำกับตนเอง หมวดการติดตามอาการตนเอง หมวดการปฏิบัติต่อโรค หมวดความร่วมมือในการใช้ยา และหมวดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Heijmans, Waverijn, Rademakers, van der Vaart, Rijken M³⁷ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1,341 คน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง แม้ว่าการมีความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์จะมีผลต่อการจัดการตนเองมากกว่าความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน และความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ แต่การดูแลตนเองขณะเป็นโรคเรื้อรังจะต้องอาศัยการมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน ทั้งความรู้และความมั่นใจที่จะช่วยให้มีการวางแผนและปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณจะเป็นการคิดวิเคราะห์ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งลักษณะการรักษาโรค ความมั่นใจที่จะช่วยเกิดความสามารถในการจัดการตนเอง ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความ

ความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ มีความสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุไทยมุสลิม ทั้งการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุไทยมุสลิมสามารถจัดการตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง และเป็นการศึกษาปัจจัยเดียว นั่นคือ ความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายการจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง และโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

References

1. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. The Lancet 2017; 389(10064):37-55.
2. Scott WB. Hypertension in older adults. Ann LongTerm Care 2015; 23(12): 42-3.
3. Department of older persons. Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Duen Tula Printing House; 2017. (in Thai)

4. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2012; 22(3):88-99. (in Thai)
5. Thai hypertension society. 2019 The guidelines on the treatment of hypertension. ChiangMai: trickthink; 2019. (in Thai)
6. Lillahkul N, Supanakul P. Way of life of Muslim people in Thailand's southern provinces and health promoting lifestyle. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018; 5(2):302-12. (in Thai)
7. Makeng M, Jittanoon P, Buapetch A. The effect of Muslim-based health behavior modification program on diabetic control behaviors and blood sugar level of uncontrolled DM Muslim patients with co-morbidity. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018; 38(1):46-62. (in Thai)
8. Armeeroh A, Poum A. Knowledge and attitude associated with self-care behavior among hypertension patients in Kohsathon sub-district, Takbai district, Narathiwat province. *Wichcha Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University* 2018;37(1): 38-49. (in Thai)
9. Wangji N, Boonyasopun U, Srikeaw M. Effect of behavioral modification program on medical adherence and blood pressure for Muslim elderly with uncontrolled hypertension [Dissertation]. Songkla: Songkla University; 2015. (in Thai)
10. Plianbumroong D. Health perceptions and health behaviors of pre-hypertension client. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34(1):83-92. (in Thai)
11. Raiyai W. Self- management of Thai Muslim elderly with hypertension Panamanians Nuea Khlong subdistrict Nuea Khlong district Krabi province [Internet]. 2018[cited 2019 Aug 6]; Available from: <https://www.western.ac.th/media/attachments/2019/01/11/4.-.pdf> (in Thai)
12. Rasamejam P, Akaratanapol P, Limteerayos P, Khlungtumneam K. Factors predicting health promoting behaviors among Thai Muslim with hypertension. *Journal of Nursing, Siam University* 2018; 19(37): 56-68. (in Thai)
13. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann behav med* 2003;26(1):1-7.
14. Pham VT, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factors related to self-management behaviours in hypertension older adults in Haiduong province, Vietnam. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2016; 10(3):56-64. (in Thai)
15. Jandekaewsakul P, Watthayu N, Suwannaroop N. Factors predicting self management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *Journal of Nursing Science*. 2018;36(1):31-43. (in Thai)
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal:a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259-67.
17. Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res*. 2016;25(11):2869-77.

18. Amini R, Daddost RA, Khodavisi, M, Tapak L. Correlation between health literacy and self-management in patients with hypertension, province of Hamadan, Iran. J Bioche Tech 2018;2(1):134-141.
19. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975;23(10):433-41.
20. Chiangmai provincial public health office. The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) [Internet]. 2018[cited 2019 Aug 9]; Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/181112154199934579.pdf (in Thai)
21. Department of medical services. Barthel activities of daily living: ADL [Internet]. 2014[cited 2019 Aug 9]; Available from: http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=508&filename=old_kan_LTC (in Thai)
22. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
23. Noppakraw J, Chintanawat R, Khampolsiri T. Health literacy and self management in older persons with type 2 diabetes mellitus [Internet]. 2018[cited 2019 Aug 6]; Available from: <http://search.lib.cmu.ac.th/search/d/index.php>. (in Thai)
24. Thatsaeng B, Lasuka D, Khampolsiri T. Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. Nursing Journal 2012;39(4):124-37. (in Thai)
25. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Von Wagner C. Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2016;71(3):445-57.
26. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, Hajmohammadi M, Bagheri F. Health literacy in older adults and its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. Health Scope 2016;5(4):1-6.
27. Nilnate W. Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. 2014. (in Thai)
28. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthaitani and Ang Thong. Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University 2016;3(6):67-85. (in Thai)
29. Song K, Panuthai S, Nanasilp P. Health literacy and Health promoting behaviors among Muslim older persons [Dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University; 2018. (in Thai)
30. Srikuankaew A, Jiawiwatkul A, Thayansin S. The relationship between happiness, health literacy and quality of life of elderly :a case study in wiang elderly school, Fang district, Chiang Mai province. MFU Connexion 2018;7(2):76-95. (in Thai)
31. Warren-Findlow J, Hutchison J, Patel P, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Assessing health literacy of hypertensive patients in a primary care setting using a self-administered questionnaire. J Health Care Poor Underserved 2014;25(4):1833-43.
32. Grey R, Pataravanich U, Chamchan C, Suwannoppakao R. New concept of older persons: the psycho-social and health perspective. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand. 2013. (in Thai)

33. Aramsin R, Kerdkul P, Jarujit S, Prachanno W. Self-management behaviors among patients with hypertension in Mueang district, Chanthaburi province. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2018; 29(1):68-77. (in Thai)
34. Sujamnong S, Therawiwat M, Imamee N. Factors related to self management of hypertension patients, Taladkwan district health promoting hospital, Nonthaburi province. *Journal of Health and Nursing Research*. 2013;29(2):21-30. (in Thai)
35. Sungkhao M, Thaniwattananon P. Effect of self-management supporting program on medication adherence and blood pressure level among the older patients with uncontrolled hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2020; 40(1):84-100. (in Thai)
36. Japakeeya I. Patient's guide and management according to Islamic principles [Internet]. 2555[cited 2019 Aug 10]; Available from:<https://islamhouse.com/th/books/396403/> (in Thai)
37. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers, J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns* 2015;98(1):41-8.