

## ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง\* Health Literacy and Self-management Among Elderly Monks with Hypertension\*

|            |              |           |                 |
|------------|--------------|-----------|-----------------|
| สุทธินันท์ | คอดริงตัน ** | Sutthinan | Codrington **   |
| ศิริรัตน์  | ปานอุทัย *** | Sirirat   | Panuthai ***    |
| ทศพร       | คำผลศิริ *** | Totsaporn | Khampolsiri *** |

### บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้การจัดการตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณ์ญาณ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ( $r = .552, .463, .526, .419$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* ผู้เขียนหลัก นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
e-mail: sutthinan.cod@cmu.ac.th

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## Abstract

Health literacy is an essential factor for more effective self-management especially among elderly monks with hypertension. This correlation descriptive research aimed to investigate overall health literacy, functional literacy, communicative/interactive literacy, critical literacy, self-management, and the association between health literacy and self-management among elderly monks with hypertension. Participants in this study were elderly monks with hypertension attending outpatient department of a university hospital and community hospitals in Chiang Mai province. The 88 participants were selected using purposive sampling. The research instruments used in this study were a demographic data and illness recording form, health literacy of elderly monks with hypertension, and self-management of elderly monks with hypertension. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and Spearman's correlation.

The results showed that the participants had moderate levels of overall health literacy, functional literacy, and communicative/interactive literacy and self-management, while critical literacy was at a low level.

Overall health literacy, functional literacy, communicative/interactive literacy, and critical literacy had a positive correlation with self-management at a moderate level ( $r = .552, .463, .526,$  and  $.419$ , respectively)

The results from this study can serve as database information for health care practitioners who look after elderly monks with hypertension to encourage self-management through health literacy enhancement.

**Keywords:** Health literacy, Self-management, Elderly monks with hypertension

---

\* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\* Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: sutthinan.cod@cmu.ac.th

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

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรสูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยจากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4 พบร้อยละ 48.1 ในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป และเพิ่มเป็นร้อยละ 53.2 จากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 (Aekplakorn, 2011; Aekplakorn, 2016) นอกจากนี้ในกลุ่มพระสงฆ์และสามเณรจากการสำรวจสถานะสุขภาพของพระสงฆ์-สามเณรทั่วประเทศไทยในปี 2559 พบโรคความดันโลหิตสูงสูงเป็นอันดับแรกโดยพบร้อยละ 29.45 ของโรคเรื้อรังทั้งหมดในพระสงฆ์ที่อาพาธ (Priest Hospital Department of Medical Service, 2018) ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทางด้านร่างกาย ซึ่งจะนำมาสู่ภาวะฟุ้งฟิง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ

การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ระดับปกติสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีคือ การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และ การรักษาด้วยยา (Thai Hypertension Society, 2019) ในพระสงฆ์เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะได้รับกรวดเวียนหลักปฏิบัติบางประการโดยไม่ผิดตามหลักของการปฏิบัติตนตามพระธรรมวินัย แต่อย่างไรก็ตามในพระสงฆ์สูงอายุพบว่าการปฏิบัติตามกิจวัตรที่บำเพ็ญเพื่อให้บรรลุนิพพานอย่างเคร่งครัด ฉันทาหารมือเดียวและฉันทาหารปรุงสุกจากการบิณฑบาต ไม่สามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคเนื่องจากอาหารที่ฉันทจะขึ้นอยู่กับผู้ที่ใส่บาตรถวาย ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่แสวงหาการรักษาพยาบาล และไม่มีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยสื่อสารสนเทศเนื่องจากไม่ใช่กิจวัตรของสงฆ์ (Wuttisaksakul, 2018) จึงส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ และทำให้การดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management)

เป็นการกระทำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ซึ่งบุคคลต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลตนเองโดยการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Lorig & Holman, 2003) โดยเน้นที่การจัดการ 3 ด้าน คือ 1) การจัดการตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การเลือกบริโภคอาหารเฉพาะกลุ่มโรค การออกกำลังกายและการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติและวิถีชีวิต สร้างบทบาทใหม่หรือการคงไว้ซึ่งบทบาทที่เหมาะสมกับการรักษาโรคเรื้อรัง 3) การจัดการด้านอารมณ์ รวมถึงด้านจิตใจซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความกลัว โกรธ วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า โดยวิธีการมองโลกในแง่ดีและเปลี่ยนมุมมองชีวิตในอนาคต (Lorig & Holman, 2003) ทั้งนี้การจัดการทั้ง 3 ด้านให้มีประสิทธิภาพบุคคลจำเป็นต้องมีทักษะประกอบ 5 ทักษะหลัก ร่วมกับการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (problem solving) 2) การตัดสินใจ (decision making) 3) การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและใช้แหล่งช่วยเหลือให้เกิดประโยชน์ (resource utilization) 4) การเป็นหุ้นส่วนพันธมิตรกับบุคลากรด้านสุขภาพ (the formation of a patient-provider partnership) และ 5) การลงมือทำ (action planning) นอกจากนี้ยังมีคุณลักษณะที่ทำการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพโดยต้องปรับให้เหมาะสมกับตนเอง (self-tailoring) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบุคคล วัฒนธรรม กฎหมายและสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Lorig & Holman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองอยู่ทั้งในระดับต่ำและระดับดี แต่ยังไม่พบการศึกษาการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม เพื่อให้สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลจากแหล่งต่างๆ สามารถ

ติดต่อสื่อสารและขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ รวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแปลผลข้อมูล (Nutbeam, 2000) เพื่อนำมาใช้ในการจัดการโรคของตนเอง ระดับความรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะในการอ่าน การเขียน การเข้าใจคำศัพท์ การแปลความหมาย การคิดคำนวณจำนวนตัวเลข เพื่อใช้เป็นข้อมูลด้านสุขภาพ ในการดำรงสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวันที่สำคัญ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นการใช้ทักษะที่เพิ่มขึ้นจากระดับพื้นฐาน โดยใช้ร่วมกับทักษะทางสังคมในการดำรงชีวิต เพื่อจัดการกับข้อมูลที่หลากหลายจากการสื่อสารกับบุคคลอื่นและตัดสินใจนำไปใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจรรณญาณ เป็นการใช้ทักษะขั้นสูงโดยเป็นการใช้ทั้งทักษะระดับปัญญา ทักษะทางสังคม การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์ เปรียบเทียบ ประมวลผลข้อมูลที่ได้รับและนำมาใช้เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงการเป็นผู้จัดการ และให้การสนับสนุนแก่บุคคลในชุมชนในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุของ เกโบเออร์, เดอ วินเทอร์, สปูเรนเบิร์ก, ไวน์เนีย, และ ไรจ์เนเวลด์ (Geboers, de Winter, Spooenberg, Wynia, & Reijneveld, 2016) ในผู้สูงอายุจังหวัดโกรนิงเกน ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะทำให้การจัดการตนเองต่ำลงด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 พบว่าส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ใหญ่ และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมและอธิบายการจัดการตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการตนเอง และความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุที่

เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อหาความสัมพันธ์ดังกล่าว และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เกิดผลกระทบต่าง ๆ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร
2. การจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้การดำเนินโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงต้องมีการจัดการตนเองที่ดี เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งมีเป้าหมายในการจัดการตนเองใน 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งบุคคล

จำเป็นต้องมีทักษะประกอบ 5 ทักษะ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและใช้แหล่งช่วยเหลือให้เกิดประโยชน์ การเป็นหุ้นส่วน พันธมิตรกับบุคลากรด้านสุขภาพ การลงมือทำ ร่วมกับการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองใน 3 ด้าน และมีทักษะทั้ง 5 ทักษะได้ ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะทาง ทักษะทางปัญญา และ ทักษะทางสังคม (Nutbeam, 2000) เพื่อให้สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลจากแหล่งต่างๆ โดยแบ่งเป็นแต่ละระดับคือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้น วิจัยญาณ โดยความรู้ด้านสุขภาพระดับต่าง ๆ จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหา ติดต่อสื่อสาร หาข้อมูลเพิ่มเติม คัดเลือกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และได้ตอบอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูล หรือสร้างแนวทางการปฏิบัติใหม่ที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านการจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) ได้รับการรักษาด้วยยา

ลดระดับความดันโลหิต 3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Ministry of public health (2014) ที่ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟฟ์เฟออร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ประกอบไปด้วยคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium effect size) ที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.3 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2008) โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชนโดยแบ่งตามภูมิศาสตร์ของจังหวัดเชียงใหม่ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวนพื้นที่ละ 1 โรงพยาบาล และจำนวนพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) อย่างเป็นสัดส่วน โดยได้ผลการสุ่มดังนี้ 1) โรงพยาบาลสงฆ์แห่งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 53 คน 2) โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 10 คน 3) โรงพยาบาลสารภี จำนวน 10 คน 4) โรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 15 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ

จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม เขตที่ตั้งของวัด แหล่งบริการด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และ ข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวร่วมอื่นๆ ยาที่ใช้สำหรับลดระดับความดันโลหิตและยาอื่นๆ ระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 3 ครั้ง และโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานของ จริยานพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Noppakror, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) ที่พัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) และผู้วิจัยได้แบ่งเป็น แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ โดยหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .96, .96, .96, และ .95 ตามลำดับ และความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน โดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87, .92, .90, และ .85 ตามลำดับ

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ เบญจมาศ ภาดแสง, ดวงฤดี ลาคุชะ, และ ทศพร คำผลศิริ (Thatseng, Lasuka, & Khampolsiri, 2012) ที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .95 และความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับยื่นเอกสารเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลสงฆ์แห่งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่า การผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาหรือบริการทางด้านสุขภาพ ข้อมูลที่ถูกรวบรวมจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะเปิดเผยในเฉพาะรูปที่เป็นภาพรวมของการนำเสนอและอภิปรายในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงหน่วยงานต่างๆ หลังได้รับอนุญาตจากผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่แล้ว จึงเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์แห่งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสันป่าตอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสารภี และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลดอยสะเก็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเอง หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) พบว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และคะแนนการจัดการตนเอง มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ในการวิเคราะห์ และพบว่าความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ทั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009)

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 68.39 ปี (SD = 7.15) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี 52 ราย (ร้อยละ 59.09) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา 31 ราย (ร้อยละ 35.23) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1-10 ปี 60 ราย (ร้อยละ 68.18) รับประทานยาสำหรับลดระดับความดันโลหิตและยาอื่นๆ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป 67 ราย (ร้อยละ 76.14)

เขตที่ตั้งของวัดส่วนใหญ่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง 55 ราย (62.50) แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก 88 ราย (ร้อยละ 100) ในจำนวนนี้มีผู้ใช้แหล่งข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์และอินเทอร์เน็ตเพิ่มเติมจำนวน 30 และ 27 รายตามลำดับ (ร้อยละ 34.09 และร้อยละ 30.68) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 76 ราย (ร้อยละ 86.36) ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 51 ราย (ร้อยละ 57.95)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน และความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 36.10, SD = 9.57, ( $\bar{X}$  = 13.94, SD = 3.84,  $\bar{X}$  = 13.19, SD = 3.73 ตามลำดับ) มีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจาร์ณญาณอยู่ในระดับต่ำ (median = 7.50, Q.D. = 3.00) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 78.43, SD = 9.48) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการกระจายข้อมูล ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

| ตัวแปร                            | คะแนนแบบสัมภาษณ์ | ช่วงคะแนน    | แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการกระจายของข้อมูล | ระดับ   |
|-----------------------------------|------------------|--------------|---|---------|
| ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม           | 14.00-56.00      | 15.00-56.00  | $\bar{X}$ = 36.10<br>SD= (9.57)             | ปานกลาง |
| ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน     | 5.00-20.00       | 5.00-20.00   | $\bar{X}$ = 13.94<br>SD= (3.84)             | ปานกลาง |
| ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ | 5.00-20.00       | 5.00-20.00   | $\bar{X}$ =13.19<br>SD= (3.73)              | ปานกลาง |
| ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ  | 4.00-16.00       | 4.00-16.00   | Median= 7.50<br>Q.D.= (3.00)                | ต่ำ     |
| การจัดการตนเอง                    | 26.00-104.00     | 56.00-103.00 | $\bar{X}$ = 78.43<br>SD (9.48)              | ปานกลาง |

เมื่อจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.28 ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.32 ความรู้

ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.18 ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.36 และพบว่าการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.55 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเอง (n = 88)

| ตัวแปร                            | ระดับต่ำ<br>จำนวน (ร้อยละ) | ระดับปานกลาง<br>จำนวน (ร้อยละ) | ระดับสูง<br>จำนวน (ร้อยละ) |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม           | 18 (20.45)                 | 46 (52.28)                     | 24 (27.27)                 |
| ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน     | 16 (18.18)                 | 39 (44.32)                     | 33 (37.50)                 |
| ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ | 24 (27.27)                 | 38 (43.18)                     | 26 (29.55)                 |
| ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ  | 54 (61.36)                 | 15 (17.05)                     | 19 (21.59)                 |
| การจัดการตนเอง                    | 0                          | 48 (54.55)                     | 40 (45.45)                 |

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .553, p < .001$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ( $r = .469, p < .001$ ) ระดับปฏิสัมพันธ์ ( $r = .528, p < .001$ ) ระดับวิจารณ์ญาณ ( $r = .388, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเอง ( $n = 88$ )

| ตัวแปร                               | การจัดการตนเอง | ระดับความสัมพันธ์ |
|--------------------------------------|----------------|-------------------|
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม           | .553**         | ปานกลาง           |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน     | .469**         | ปานกลาง           |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ | .528**         | ปานกลาง           |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ  | .388**         | ปานกลาง           |

\*\*  $p < .001$

### การอภิปรายผล

1. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 1) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 68.39 ปี ทำให้มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น การได้ยิน และการจดจำสำหรับการอ่าน เขียน เข้าใจความหมายของข้อมูลลดลงเล็กน้อย เห็นได้จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.32) (ตารางที่ 2) ส่งผลให้มีการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงเพื่อการทำความเข้าใจกับข้อมูลใหม่โดยใช้ทักษะทางปัญญาได้พอสมควร แต่อย่างไรก็ตามยังเกิดผลกระทบในการอ่านฉลากยาและใบให้คำแนะนำหรือแผ่นพับให้ความรู้ที่มีความซับซ้อนไม่ทราบชื่อหรือคำศัพท์ที่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ โคบายาชิ, วอร์ดล์, วูล์ฟ, และ ฟอน แวกเนอร์ (Kobayashi, Wardle, Wolf, & Von Wagner, 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่าอายุที่มากขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานลดลง มีผลต่อการใช้ทักษะทางปัญญาในการอ่าน การทำความเข้าใจ การคำนวณ รวมทั้งคำศัพท์ที่ใช้ทางการแพทย์

การศึกษาทางโลกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 35.23 ร่วมกับวัดเป็นที่อยู่อาศัยของผู้สงบ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งส่งผลต่อการใช้ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมในระดับที่สูงขึ้นเพื่อรับและจัดการข้อมูลจากแหล่งบริการด้านสุขภาพและข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.18) และ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 61.36) (ตารางที่ 2) อันเนื่องมาจากการแสวงหาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้มีประสบการณ์ หรือรับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพไม่ใช่กิจวัตรของสงฆ์ ทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการเข้าถึงสื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ที่เป็นข้อมูลด้านสุขภาพและนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันร่วมกับกิจวัตรของสงฆ์ ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างพระสงฆ์สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์ หรือ ผู้ที่มี

ประสบการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่เข้าใจคำแนะนำ ไม่กล้าสอบถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม เมื่อข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอทำให้ไม่เกิดการคิดในเชิงการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงความสัมพันธ์หรือเปรียบเทียบข้อมูล ขาดการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือค่าระดับความดันโลหิตเพื่อประกอบการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัญชนก ขุมทอง, วิจารณ์ โปธิศิริ, และ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (Kumthong, Poltisiri, & Kaeo-dum-kong, 2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง จำนวน 1,138 คน พบว่าการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันทั้งในด้านการสนับสนุน และแลกเปลี่ยนข้อมูล จะช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล

2. การจัดการตนเองในพระสงฆ์ผู้สูงโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.55) (ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้ว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถจัดการกับปัญหาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและเป็นไปตามกิจวัตรของสงฆ์ทั้งในด้านการรักษา ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านอารมณ์ได้ปานกลาง ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมได้ทุกด้านเนื่องจากข้อจำกัดความเป็นสมณวัตรที่พึงอยู่ในอาการสำรวมเพื่อเป็นที่เคารพแก่บุคคลที่พบเห็น ไม่สามารถประกอบอาหารได้เอง ต้องฉันอาหารตามที่ได้รับจากการบิณฑบาต หากประเภทอาหารที่ได้รับมามีปริมาณน้อย ไม่เพียงพอต่อการคัดเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ คุณิศค์กุล วุฒิสักดิ์สกุล (Wuttisaksakul, 2018) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 167 รูป

พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ฉันอาหารที่ได้จากการบิณฑบาตรวมทั้งภัตตาหารที่โยมอุปัฏฐากได้นำมาถวายอย่างตั้งใจ และต้องฉันเพื่อตอบสนองความศรัทธาของฆราวาสไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ รวมถึงเป็นความเชื่อสำหรับผู้ที่ล่วงลับไปจะได้รับอาหารเช่นเดียวกับที่พระสงฆ์ฉัน

ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานร่วมกับระยะเวลาที่ได้รับบริการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 35.23 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 68.90 (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ซึ่งการศึกษาขั้นพื้นฐานจะช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุสามารถรับรู้และเข้าใจคำแนะนำ ในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะ สังคมประสบการณ์ พัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจ ค้นหาแหล่งช่วยเหลือ และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองให้มีความเหมาะสม กระทั่งสามารถประยุกต์หรือปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งไม่ขัดต่อหลักกัจจัตถ์ของสงฆ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒนายุ, และ นันทวัน สุวรรณรูป (Jandeekaewsakul, Watthayu, & Suwonnarop, 2018) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขจำนวน 3 แห่ง ในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าเมื่อมีองค์ความรู้พื้นฐานดีจะทำให้การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ สุมาพร สุจ้านงค์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ (Sujamng, Therawiwat, & Imamee, 2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดบัวหลวง จำนวน 200 คน พบว่าเมื่อระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานมากขึ้น จะทำให้การจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นตาม

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาทางโลกในระดับที่สูงและการศึกษาทางธรรมทั้งแผนกธรรมและแผนกบาลี

ไม่ได้เน้นการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลสุขภาพ และการศึกษาร่วมใหญ่ของสงฆ์จะมุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการทางพระพุทธศาสนา จึงอาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณิศนันท์ วุฒิสักดิ์สกุล (Wuttisaksakul, 2018) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 167 รูป พบว่าจำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุดทั้งทางโลกและทางสงฆ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ทั้งในด้านการบริหารร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านสุขภาพอนามัย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน กับการจัดการตนเอง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ( $r = .553$ ) (ตารางที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่ดีจะทำให้ระดับการจัดการตนเองดีตาม สามารถอธิบายได้ว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมทั้งในระดับพื้นฐานและระดับขั้นสูงในการจัดการกับข้อมูลจากสื่อต่างๆ สืบค้นหาข้อมูลที่จำเป็น แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลอื่นๆ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตตามหลักกัจจัตยธรรมของสงฆ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้พระสงฆ์สูงอายุมีการจัดการตนเองที่ดี ทั้งในด้านการรักษา ด้านบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกโบเออร์ และคณะ (Geboers et al., 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ จังหวัดโกรนิงเกน ประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 1,052 คน พบว่าเมื่อมีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะทำให้การจัดการตนเองต่ำด้วย

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ ระดับวิจารณญาณกับการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับ

ปานกลาง ( $r = .469, 528, 388$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใช้ทักษะทางปัญญาพื้นฐานในการอ่าน เขียน คิดคำนวณตัวเลข ทำความเข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์และความหมาย และใช้ทักษะทางปัญญาที่สูงขึ้นร่วมกับทักษะทางสังคมในการสื่อสาร เจรจาต่อรอง ตัดสินใจคัดเลือกและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับมาจากสื่อที่มีความหลากหลาย นอกจากนี้พระสงฆ์สูงอายุยังสามารถใช้ข้อมูลที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมขั้นสูงร่วมกันเพื่อการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผล ประกอบการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การค้นหาแหล่งช่วยเหลือ มีส่วนร่วมในการรักษาและวางแผน ซึ่งส่งผลให้การจัดการตนเองดีขึ้น มีการออกกำลังกาย เลือกฉันอาหารและยาเฉพาะโรคที่เหมาะสม สามารถจัดการด้านอารมณ์ มีทักษะในการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮจ์มันส์, เวฟริจัน, เรเดเมกเกอร์ส, ฟาน เดอร์ ฟาร์ท, และ ไรจ์เกิน (Heijmans, Waverijin, Rademakers, van der Vaart, & Rijken, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพ วิจารณญาณกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1,341 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณมีความเกี่ยวข้องกันเพื่อให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับดี และการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองในระดับสูง ผู้ป่วยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ วิจารณญาณที่ดี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการ

ตนเองให้แก่พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

2. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนาสื่อในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับระดับของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านและการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทำให้องค์ความรู้จากการศึกษาไม่ครอบคลุมพระสงฆ์สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค ดังนั้นควรมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านและการจัดการตนเองในกลุ่มที่มีโรคร่วมหลายโรคเพื่อขยายผลการศึกษาให้

ครอบคลุมการดูแลพระสงฆ์สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง

2. ควรศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านต่อการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางจัดโปรแกรมการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนผู้ช่วยสอน/ผู้ช่วยวิจัย (TA/RA) ซึ่งเป็นทุนอุดหนุนการศึกษา แก่ผู้ที่เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### References

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2011). *National health examination surveys* (4<sup>th</sup> ed.). Nonthaburi: Augson Graphic and Design. (in Thai).
- Aekplakorn, W. (Ed.). (2016). *National health examination surveys* (5<sup>th</sup> ed.). Nonthaburi: Augson Graphic and Design. (in Thai).
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research, 25*(11), 2869-2877.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling, 98*(1), 41-48. doi: 10.1016/j.pec.2014.10.006
- Jandeekaewsakul, P., Watthayu, N., & Suwonnarop, N. (2018). Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *Journal of Nursing Science, 36*(1), 31-43. (in Thai).
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology Psychological Sciences, 71*(3), 445-457. doi:10.1093/geronb/gbu161

- Kumthong, T., Poltisiri, V., & Kaeo-dum-kong, K., (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes Mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85. (in Thai).
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education, history, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Ministry of Public Health. (2014). *Geriatric health assessment handbook*. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King. (in Thai).
- Noppakror, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Priest Hospital Department of Medical Service. (2018). *Information of monks and novice*. [brochures]. Bangkok: Priest Hospital. (in Thai) Retrived from <http://priest-hospital.go.th/100YrsPublicHealthThailand>
- Sujamnon, S., Therawiwat, M., & Imamee, N. (2013). Factors related to self-management of hypertension patients, Taladkwan District Health Promotion Hospital, Nontaburi province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 29(2), 20-30. (in Thai).
- Thai Hypertension Society. (2019). *Guidelines in the treatment of hypertension 2019*. (in Thai) Retrieve from <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>.
- Thatseng, B., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2012). Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal*, 39(4), 124-137. (in Thai)
- Wuttisaksakul, K. (2018). Factors related to health behaviors of monks in Fang District, Chiang Mai. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 24(1), 71-83. (in Thai)