



Development of an Instrument Assessing Perceived Risk of Hypertension-related Complications

Pulawit Thongtaeng, RN, PhD¹, Junjira Seesawang, RN, PhD²

Abstract

Purpose: To develop and evaluate psychometric properties of the perceived risks of hypertension-related complications tool for hypertensive older people.

Design: A methodological research was used to develop a tool. Both qualitative and quantitative methods were used for data collection.

Methods: This study consisted of 3 phases, studying the framework, developing the tool and testing the quality of the tool. The subjects were hypertensive older adults who lived in Northern Thailand. Phase 1, 20 hypertensive older adults were involved in in-depth interviews and 10 registered nurses were involved in focus group. Data were analyzed by content analysis. Phase 2, item pool and content validity were performed; then, a pilot study was conducted with 30 subjects to check the reliability using Cronbach's alpha. Phase 3, reliability and item analysis of the tool were examined with 220 subjects.

Main findings: The final version of the perceived risks of hypertension-related complications tool has 19 items with 4-point Likert scale. The tool consists of 5 domains: 1) anxiety, 2) optimistic bias, 3) personal risk identification, 4) perceived severity of hypertension-related complications, and 5) perceived causes of personal risk for hypertension-related complications. The Item-Objective Congruency index was .95 and the internal consistency reliability using Cronbach's alpha coefficient was .75.

Conclusion and recommendations: The result showed that the perceived risks of hypertension-related complications tool for hypertensive older people was reliable and had adequate validity to evaluate the perceived risk of hypertension-related complications among older people. It should be beneficial for researchers and health care providers in using this tool.

Keywords: complications, hypertension, instrument development, perceived risk

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(2):12-23

Corresponding Author: Lecturer Junjira Seesawang, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 76000, Thailand; e-mail: jseesawang@yahoo.com

¹ Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Chiang Mai Province, Thailand

² Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Thailand

Received: 17 August 2020 / Revised: 20 September 2020 / Accepted: 29 October 2020



การพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ปุลวิษฐ์ ทองแดง, พย.ด.¹ จันทร์จิรา สีสว่าง, พย.ด.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือ โดยใช้ทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย: การพัฒนาแบบประเมินแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะศึกษากรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงระยะพัฒนาเครื่องมือ และระยะทดสอบคุณภาพเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ภาคเหนือของประเทศไทย ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย ระยะนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 สร้างข้อคำถามและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และระยะที่ 3 ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงและวิเคราะห์รายข้อของแบบประเมิน

ผลการวิจัย: แบบประเมินฉบับล่าสุดมีจำนวน 19 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ความกังวล 2) การมีอคติเชิงบวก 3) การระบุความเสี่ยงของตนเอง 4) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ และ 5) การรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ .95 และความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ .75

สรุปและขอเสนอแนะ: แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความเที่ยงและความตรงเพียงพอที่จะใช้ในการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัยและผู้สนใจในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตสูง พัฒนาเครื่องมือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(2):12-23

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์จันทร์จิรา สีสว่าง, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000, e-mail: jseesawang@yahoo.com

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

² วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วันที่รับบทความ: 17 สิงหาคม 2563 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 กันยายน 2563 / วันที่ตอบรับบทความ: 29 ตุลาคม 2563

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ¹ ซึ่งผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากขึ้น โดยที่สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมตามวัยที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และจากปัจจัยอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มหรือไขมันสูง ภาวะเครียด หรือความอ้วน² เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย³ จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2559⁴ พบว่าผู้สูงอายุชายและหญิงอายุระหว่าง 66-69 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 และ 47 ตามลำดับ ผู้สูงอายุชายและหญิงอายุระหว่าง 70-79 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 และ 53 ตามลำดับ และผู้สูงอายุชายและหญิงอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 69 และ 59 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2555 คือ 5.79 และในปี พ.ศ. 2558 คือ 12.1⁵ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราการตาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี (poor blood pressure control) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวายหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย และไตวาย เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูงมักจะไม่มีแสดงอาการเตือนหรือไม่มีอาการแสดง แต่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ลดปริมาณโซเดียมที่รับประทานในแต่ละวัน บริโภคอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองดังกล่าวเป็นสิ่งที่จำเป็นในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง⁶ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ไม่มาตรวจตามนัด และไม่ปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร⁷⁻⁹ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว เช่น อายุที่มากขึ้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ความเชื่อ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง¹⁰⁻¹²

การรับรู้ความเสี่ยงหรือโอกาสเสี่ยง (risk perception or perceived risk) มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ประเมินความเสี่ยงของตนเองอยู่ในระดับสูงหรือมาก มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ประเมินความเสี่ยงของตนเองอยู่ในระดับต่ำหรือน้อย¹³ ซึ่งมีงานวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค หรือป้องกันโอกาสเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น¹⁴ นอกจากนี้การรับรู้ความเสี่ยงยังเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral intention) ของบุคคล¹⁵ ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยหลักในการขัดขวางการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา¹⁶

การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสำคัญ การที่บุคคลจะปฏิบัติตามแผนการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้นั้น บุคคลผู้นั้นจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการจะทราบและเข้าใจว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไรนั้น บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องมีการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น อาการภาวะแทรกซ้อนของโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งข้อคำถามจากงานวิจัยดังกล่าวเป็นเพียงการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่ประเมินว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือไม่ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศพบว่า มีการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง¹⁹ โดยใช้ข้อคำถามเพียงข้อเดียว คือ “ท่านจะให้คะแนนเท่าไรสำหรับความเสี่ยงของตัวเองในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผลจากโรคความดันโลหิตสูง” เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง²⁰ ที่ใช้ข้อคำถามเพียงข้อเดียว คือ “โอกาสของท่านในการเกิดโรคหัวใจในอีก 10 ปีข้างหน้าเป็นอย่างไร” อย่างไรก็ตาม การใช้ข้อคำถามเพียงข้อเดียวไม่สามารถประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้ครอบคลุม เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคไต และถึงแม้ว่าจะมีการสร้างแบบสอบถามจำนวน 28 ข้อเกี่ยวกับการใช้ยาความดันโลหิตสูง ความตระหนักเกี่ยวกับโรค และการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁸ แบบสอบถามดังกล่าวไม่สามารถประเมินมิติอื่นๆ ของการรับรู้ความเสี่ยงได้ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง

จากช่องว่างความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดย

คาดหวังว่าเครื่องมือนี้จะสามารถประเมินการรับรู้ความเสี่ยงดังกล่าวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้จริง รวมทั้งนำไปสู่การวางแผนให้การพยาบาลได้ตรงกับปัญหาในการรับรู้ความเสี่ยง และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัยและผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือ (methodological research) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษากรอบแนวคิด ระยะพัฒนาเครื่องมือ และระยะทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 การศึกษากรอบแนวคิด

เป็นการศึกษากรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีจุดประสงค์เพื่อสืบค้นลักษณะของการรับรู้ความเสี่ยงและแนวคิดเบื้องต้นของการรับรู้ความเสี่ยง เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ความเสี่ยง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในคัดเข้าการศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี และ 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติทางจิต และ 2) มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งในการสัมภาษณ์ระยะที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแนวประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. ประชุมกลุ่มย่อย (focus group) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อำเภอมะแมร์ จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ซึ่งในการประชุมกลุ่มย่อยมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย

เครื่องมือวิจัย คือ แนวประเด็นคำถามในการประชุมกลุ่มย่อย

3. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง โดยทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้ความเสี่ยงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น risk perception, risk biases, personal risk เป็นต้น และนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร และการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อยมาใช้ในการกำหนดกรอบในการพัฒนาแบบประเมิน การออกแบบข้อคำถาม และกำหนดองค์ประกอบด้านต่างๆ ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบในการพัฒนาแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความกังวล การมีอคติเชิงบวก การระบุนิสัยของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ต่อสุขภาพ และการรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือ

เป็นระยะที่นำกรอบโครงสร้างของแบบประเมินที่ได้ในระยะที่ 1 มาสร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินฉบับร่างที่หนึ่ง และนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน สอดคล้อง และครอบคลุมของเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Item-Objective Congruency index: IOC) และเลือกข้อที่มีค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป²¹ มาทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบประเมินไปทดสอบความเข้าใจข้อคำถามแต่ละข้อในชุดเครื่องมือกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย โดยวิธีสัมภาษณ์กระบวนการคิดในการตอบแบบสอบถาม (cognitive interview) และทดสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลดอนแก้ว อำเภอมะแมร์ จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าการศึกษา ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี และ 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษาดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติทางจิต และ 2) มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งในการศึกษาระยะที่ 2 มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย

ผลการศึกษาในระยะที่ 2 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินฉบับร่างที่หนึ่ง ด้วยการวิเคราะห์ค่า IOC ได้เท่ากับ .95 ซึ่งถือว่ายอมรับได้ ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.5-0.8 ผู้วิจัยคัดเลือกไว้และนำไปปรับปรุงข้อความให้มีความกระชับ ได้ใจความ และสื่อความหมายได้ตรงกันตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.0 ผู้วิจัยคัดเลือกไว้จำนวน 16 ข้อ ดังนั้นแบบประเมินฉบับร่างที่สองมีจำนวน 20 ข้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การคัดเลือกข้อคำถาม

ด้าน	จำนวนข้อย่อย	ค่า IOC	
		0.5-0.8 (ปรับตามข้อเสนอแนะ)	1.0 (เลือกไว้)
1. ความกังวล	1	-	1
2. การมีอคติเชิงบวก	1	1	-
3. การระบุความเสี่ยงของตนเอง	8	1	7
4. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ	4	1	3
5. การรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	6	1	5

แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ฉบับร่างที่สอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความกังวล 2) การมีอคติเชิงบวก 3) การระบุความเสี่ยงของตนเอง 4) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ และ 5) การรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างมาก = 4 คะแนน, เห็นด้วย = 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างมาก = 1 คะแนน

ซึ่งในการนำไปใช้จะมีการคิดคะแนนในด้านที่ 1, 2 และ 3 เป็นรายข้อตามคะแนนของ Likert scale ส่วนการแปลผลค่าคะแนนในด้านที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม และด้านที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งช่วงคะแนนดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ/การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง/การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง/การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง

ผลการทดสอบความเข้าใจภาษาของแบบประเมินฉบับร่างที่สองกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจภาษาและความหมายของเนื้อหาที่อยู่ในแบบประเมิน และสามารถประเมินคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงได้ หลังวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ปรับคำที่อาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจ คือ “โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน หรือแตก” เปลี่ยนเป็น “โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน หรือแตก เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต” และผลการวิเคราะห์ความเที่ยงเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ .71

ระยะที่ 3 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เป็นการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามคุณสมบัติที่กำหนด ด้วยแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สร้างขึ้น และทดสอบความเที่ยง

ของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคร่วมกับการวิเคราะห์รายข้อ ซึ่งมีการพิจารณาตามเกณฑ์เพื่อตัดข้อความหรือเก็บข้อความไว้ ดังนี้

1. พิจารณาค่า Corrected item-total correlation (r) โดยถ้าพบว่า ค่า r ต่ำกว่า 0.3 หมายความว่า ข้อความนั้นมีความสัมพันธ์ต่ำกับคะแนนรวมในด้านนั้น จึงจะตัดคำถามข้อนั้นออก

2. พิจารณา Cronbach's alpha if item deleted โดยพิจารณาว่าถ้าหากตัดข้อความนั้นทิ้ง จะทำให้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าสูงขึ้น จึงควรตัดคำถามข้อนั้นออก นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูล และปรับลดข้อคำถามให้ได้แบบประเมินฉบับสมบูรณ์

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูล และปรับลดข้อคำถามให้ได้แบบประเมินฉบับสมบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าการศึกษา ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี และ 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติทางจิต และ 2) มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม

การศึกษาระยะนี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด 1 คำถามต่อกลุ่มตัวอย่าง 10-12 ราย²² ซึ่งจากขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินเบื้องต้น (การศึกษาระยะที่ 2) ได้คำถามฉบับร่างจำนวน 20 ข้อ จึงเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 220 ราย

เครื่องมือการวิจัย

แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรค

ความดันโลหิตสูง ฉบับร่างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือฉบับเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) วิเคราะห์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในข้อคำถามของแบบประเมินโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการศึกษาระยะที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 50.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 84.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.3) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 60.9) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี (ร้อยละ 39.5)

การศึกษาความเที่ยงของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ร่วมกับการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องหรือมีความเกี่ยวข้องน้อย โดยพิจารณาค่า Corrected item-total correlation (r) ที่มีค่าต่ำกว่า .30 และคำนึงถึงค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านต้องเพิ่มขึ้นด้วย ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากเดิมมีคำถามจำนวน 20 ข้อ ตัดแล้วคงเหลือจำนวน 19 ข้อ โดยข้อที่ตัดทิ้ง 1 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 15 ด้านการรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามว่า “ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ” เนื่องจากมีค่า Corrected item-total correlation (r) ต่ำ คือ .218 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่จะต้องตัดข้อความนี้ออกไป Cronbach's alpha มีค่าเพิ่มขึ้นจาก .827 เป็น .855 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงและการวิเคราะห์รายข้อของแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำแนกตามองค์ประกอบ

ด้าน	Cronbach's alpha	Corrected item-total correlation	Cronbach's alpha if item deleted
ความกังวล	.767		
โรคแทรกซ้อนตามมา		.327	.741
การมีอคติเชิงบวก	.767		
เปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน		.327	.741
การระบุความเสี่ยงของตนเอง	.788		
โรคหัวใจและหลอดเลือด		.376	.717
โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน		.321	.712
ไตวาย		.329	.718
จอประสาทตาเสื่อม		.383	.762
เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 1 ปีข้างหน้า		.551	.719
เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันใน 1 ปีข้างหน้า		.612	.724
เกิดไตวายใน 1 ปีข้างหน้า		.497	.733
เกิดจอประสาทตาเสื่อมใน 1 ปีข้างหน้า		.500	.737
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ	.859		
โรคหัวใจและหลอดเลือด		.746	.806
โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน		.746	.806
ไตวาย		.760	.736
จอประสาทตาเสื่อม		.588	.712
การรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	.827		
ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ		.218	.855
รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม		.663	.791
รับประทานอาหารประเภทของทอด ไขมัน ฯลฯ		.663	.791
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ		.683	.740
สูบบุหรี่		.787	.759
มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90		.652	.799

Cronbach's Alpha รวมของแบบประเมินทั้งฉบับ = .748

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เลขที่โครงการ C01/2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในแต่ละระยะของการศึกษา พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือ เป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ข้อมูลของโครงการวิจัย ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว และทำแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง แต่ในกรณีที่อ่านหนังสือไม่ได้ หรือมีปัญหาการมองเห็น ผู้วิจัยและพยาบาลจะเป็นผู้สัมภาษณ์ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยอาศัยข้อมูลความเชื่อ และแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลตรงตามตัวแปรที่ศึกษา แต่อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามปลายปิด จึงส่งผลให้ผู้ถามไม่ได้รายละเอียดเพิ่มเติม²³ เช่น เพราะเหตุใดผู้สูงอายุจึงรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 1 ปีข้างหน้าอยู่ในระดับมาก เป็นต้น จึงไม่ทราบถึงเหตุผลและความคิดของผู้ถูกถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงนี้ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความกังวล 2) การมีอคติเชิงบวก 3) การระบุความเสี่ยงของตนเอง 4) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ และ

5) การรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทุกด้านมีความสำคัญในการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกันทั้ง 5 ด้าน ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกัน และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค²⁴⁻²⁵ เช่น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยรายอื่น แล้วเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคน้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่น (การมีอคติเชิงบวก) หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่เชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือมีผลกระทบต่อนตนเองในด้านต่างๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ และส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การพัฒนาแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ พบว่ามีข้อคำถามที่ต้องตัดทิ้งจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อคำถาม “ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ” ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อหรือมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงว่า การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยหรือการไม่ออกกำลังกายไม่ใช่สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาอธิบายเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารไขมันสูง และความเครียด เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง²⁶⁻²⁹ ดังนั้นหลังมีการตัดทิ้งข้อคำถามในแบบประเมิน ควรมีการทดสอบซ้ำในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินในการศึกษานี้เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ มีจำนวนข้อคำถามที่ใช้ได้จำนวน 19 ข้อ ซึ่งเป็นจำนวนข้อที่ไม่มากเกินไป มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ³⁰ และแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความกังวล การมีอคติเชิงบวก การระบุนิสัยของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ และการรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการใช้ข้อคำถามเพียง 1 ข้อ ในการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองในปัจจุบันต่อการเกิดโรคหัวใจ และความเสี่ยงของตนเองในการเกิดโรคหัวใจในอีก 10 ปีข้างหน้า²²⁻²³ ทำให้ไม่สามารถประเมินองค์ประกอบอื่นๆ ได้อย่างครอบคลุม

สรุปและข้อเสนอแนะ

แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่น ที่สามารถใช้ในการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้ ซึ่งแบบประเมินฉบับล่าสุดมีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ความกังวล การมีอคติเชิงบวก การระบุนิสัยของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อสุขภาพ และการรับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เดียว ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือของประเทศไทย ดังนั้นเพื่อให้เครื่องมือนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย มีบริบท

แตกต่างกัน หรือกลุ่มวัยอื่น นอกจากนี้ในการทำแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำแบบประเมินด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีปัญหาด้านการมองเห็น พยาบาลจึงเป็นผู้อ่านแบบประเมินให้ผู้สูงอายุฟัง ซึ่งการเก็บข้อมูลโดยวิธีการที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อความเข้าใจของผู้สูงอายุในข้อคำถามที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดใน exclusion criteria สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็น หรือใช้วิธีการเก็บข้อมูลเหมือนกัน

การศึกษาค้างนี้เป็นการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ ดังนั้นการศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำ รวมทั้งควรมีการทดสอบความตรงของเครื่องมือในลักษณะอื่น เช่น ความตรงเชิงโครงสร้าง เป็นต้น นอกจากนี้ในการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง อาจใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดและเหตุผลของผู้ถูกประเมิน

References

1. Lionakis N, Mendrinou D, Sanidas E, Favatas G, Georgopoulou M. Hypertension in the elderly. *World J Cardiol.* 2012;4(5):135-47. doi: 10.4330/wjv4.i5.135.
2. Wongsuwan P. Development of instrument for keep taking medicine and motivation in taking medicine among elderly hypertension in community. *Journal of Nursing and Education.* 2017;10(1):90-104. (in Thai).
3. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in elderly: silence killer should be aware. *Journal of Phrapokklao Nursing College.* 2017;28(1): 100-11. (in Thai).
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2016. Nakhon Pathom: Printery; 2017. 138 p. (in Thai).



5. Sakboonyarat B, Rangsin R, Kantiwong A, Mungthin M. Prevalence and associated factors of uncontrolled hypertension among hypertensive patients: a nation-wide survey in Thailand. *BMC Res Notes*. 2019;12:380. doi: 10.1186/s13104-019-4417-7.
6. Hallberg I, Ranerup A, Kjellgren K. Supporting the self-management of hypertension: patients' experiences of using a mobile phone-based system. *J Hum Hypertens*. 2016;30(2):141-6. doi: 10.1038/jhh.2015.37.
7. Jantanon N, Singchai B, Worawong W. Self-care behavior of hypertension patients who live in Muang district, Chumphon province. *KKU Research Journal*. 2011;16(6):749-58. (in Thai).
8. Kummak S. Self-care behavior among hypertension patients in Tambon Nanglao Health Promoting Hospital, Amphur Satingpha, Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016;3(3):153-69. (in Thai).
9. Seesawang J, Thongtang P. Taking care of myself: role of self-care in management of hypertension among Thai older adults with hypertension. *Sci Int (Lahore)*. 2018;30(2):143-7.
10. Thongtang P, Seesawang J. Lived experience of Thai older adults living with hypertension. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(3):288-95. (in Thai).
11. Chang AK, Lee EJ. Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):584-91. doi: 10.1111/ijn.12271.
12. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse*. 2017;53(6):607-21. doi: 10.1080/10376178.2017.1368401.
13. Rouyard T, Kent S, Baskerville R, Leal J, Gray A. Perceptions of risks for diabetes-related complications in type 2 diabetes populations: a systematic review. *Diabet Med*. 2017;34(4):467-77. doi: 10.1111/dme.13285.
14. Barros AA, Guedes MVC, de Jesus Moreira Moura D, de Menezes LCG, Aguiar LL, Xavier GA. Health behaviors of people with hypertension: health belief model. *Rev Rene*. 2014;15(3):525-32. doi: 10.15253/2175-6783.2014000300018.
15. Sheeran P, Harris PR, Epton T. Does heightening risk appraisals change people's intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. *Psychol Bull*. 2014;140(2):511-43. doi: 10.1037/a0033065.
16. Freimuth VS, Jamison A, Hancock G, Musa D, Hilyard K, Quinn SC. The role of risk perception in flu vaccine behavior among African American and white adults in the US. *Risk Anal*. 2017;37(11):2150-63. doi: 10.1111/risa.12790.
17. Brawarsky P, Eibensteiner K, Klinger EV, Baer HJ, Getty G, Orav EJ, et al. Accuracy of self-perceived risk for common conditions. *Cogent Med*. 2018;5:1463894. doi: 10.1080/2331205X.2018.1463894.
18. Mohd Azahar NMZ, Krishnapillai ADS, Zaini NH, Yusoff K. Risk perception of cardiovascular diseases among individuals with hypertension in rural Malaysia. *Heart Asia*. 2016;9(2):1-4. doi: 10.1136/heartasia-2016-010864.
19. Power BJ, Oddone EZ, Grubber JM, Olsen MK, Bosworth HB. Perceived and actual stroke risk among men with hypertension. *J Clin Hypertens*. 2008;10(4):287-94. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07797.x.



20. Peterson LM, Helweg-Larsen M, Volpp KG, Kimmel SE. Heart attack perception biases among hypertension patients: the role of educational level and worry. *Psychol Health*. 2012;27(6):737-51. doi: 10.1080/08870446.2011.626856
21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 2012. 773 p.
22. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006. 928 p.
23. Sexton E, King-Kallimanis BL, Morgan K, McGee H. Development of the Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ): a confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC Geriatr*. 2014;14:44. doi: 10.1186/1471-2318-14-44.
24. Ferrer R, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol*. 2015;5:85-9. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.03.012.
25. Ferrer RA, Klein WMP, Avishai A, Jones K, Villegas M, Sheeran P. When does risk perception predict protection motivation for health treats? A person-by-situation analysis. *PLoS One*. 2018;13(3):e0191994. doi: 10.1371/journal.pone.0191994.
26. Newtonraj A, Arun S, Bazroy J, Tovia S. Lay perspectives on causes and complications of hypertension; and barrier to access health care by known hypertensive patients: a qualitative study from a rural area of South India. *Int J Community Med Public Health*. 2017;4(3):704-7. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20170743.
27. Tan CS, Hassali MA, Neoh CF, Saleem F. A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Pract*. 2017;15(4):1074. doi: 10.18549/pharmpract.2017.04.1074.
28. Sadeq R, Lafta RK. Knowledge, attitude and practice about hypertension in hypertensive patients attending hospitals in Baghdad, Iraq. *South East Asia Journal of Public Health*. 2017;7(1):29. doi: 10.3329/seajph.v7i1.34676.
29. Kisokanth G, Ilankoon IMP, Arulanadem K, Goonewardena CSE, Sundaresan KT, Joseph J. Assessment of knowledge on the disease, its complications and management strategies among hypertensive patients attending medical clinics at teaching hospital, Batticaloa, Sri Lanka. *Journal of the Postgraduate Institute of Medicine*. 2016;3:E30:1-11. doi: 10.4038/jpgim.8097.
30. Shamsabadi A, Delbari A, Sadr AS, Mehraeen E, Mohammadzadeh N, Kalhori SRN. Questionnaire development and validation for designing a health telemonitoring system for frail elderly people. *Digit Health*. 2019;5:1-11. doi: 10.1177/2055207619838940.