

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Nov. 17,2021

Revised: Oct. 27,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Factors associated with Alcohol Drinking among Hypertension Patients in Banphai District, Khon Kaen Province

ชนกนันท์ แสนสุนนท์ และ กฤษกันทร สุวรรณพันธ์*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Chanoknan Saensunon and Kritkantorn Suwanaphant

Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen. Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 225 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านไผ่ กลุ่มวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสมการการถดถอยพหุโลจิสติก พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95%CI)

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับร้อยละ 18.22 (95% CI: 12.88 to 23.12) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (44.44%) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.22 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.22 ด้านการจัดการตนเองส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.78 ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.67 และด้านการตัดสินใจส่วนมากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.33 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ (Adj. OR=3.33; 95%CI: 1.26 to 5.34; p-value = 0.010) และ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ (Adj. OR=2.59; 95%CI: 1.59 to 6.97; p-value = 0.001)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมเชิงรุกหรือรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ , การดื่มแอลกอฮอล์ , โรคความดันโลหิตสูง

* Corresponding author: กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ E-mail: kritkantorn@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Nov. 17,2021

Revised: Oct. 27,2022

Accepted: Nov. 20,2022

Published: Dec. 18, 2022

A cross-sectional analytical study aimed to identify the factor associated with alcohol drinking among hypertension patients in BanPhai District KhonKaen Province. 225 of sample size were selected by systematic random sampling. The data were analyzed by computer programs and presented by frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and multiple logistic regression models (with 95% CI)

The results revealed that the prevalence of alcohol drinking among HT patients were 18.22% (95% CI: 12.88 to 23.12). Almost half of them have the health literacy: cognitive skill dimension presented at a moderate level (44.44%). More than half of them have the health literacy: access skill dimension presented at the moderate level (66.22%). Almost of them have a health literacy: communication skill dimension presented at the moderate level (82.22%). Half of them have the health literacy: self-management skill dimension presented at the moderate level (49.78%). Half of them have the health literacy: media literacy skill dimension presented at the moderate level (62.67%). Half of them have the health literacy: decision skill dimension presented at a good level (53.33%). Factors associated with alcohol drinking among hypertension patients were Health literacy: cognitive skill dimension (Adj. OR= 3.33 ; 95%CI: 1.26 to 5.34 ; p-value = 0.010) and were health literacy: decision skill dimension(Adj. OR=2.59 ; 95%CI: 1.59 to 6.97 ; p-value = 0.001). There are statistically significant relationships.

Therefore, suggestions: The stakeholder should be promoting proactive activities or campaigns to increase cognitive skill and decision skill for change the behavior of alcohol consumption and increase the level of health literacy to be higher.

Keywords: Health literacy, alcohol drinking, hypertension

*** Corresponding author:** Kritkantorn Suwanaphant E-mail: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (World Health Organization (WHO), 2013) จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,345.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) ซึ่งจากสถานการณ์เห็นได้ชัดว่ามีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Strategy and Planning Division, 2015) ซึ่งในปี 2561 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6,064,821 คน ซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9.16 (Ministry of Public Health, 2019) ในจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 173,973 คน ซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9.65 (Khon Kaen Provincial Health Office, 2019) และในอำเภอบ้านไผ่ พบมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 9,452 คน ซึ่งมีความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9.42 (Banphai District Health Office, 2018)

สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจาก ปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและมีไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (WHO, 2013) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะทำให้มีความเสี่ยงก่อให้เกิดโรคและอุบัติเหตุ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยกว่า 200 โรคซึ่งหนึ่งในนั้นคือโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณปีละ 3.3 ล้านคน และ ทำให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพเท่ากับร้อยละ 5.9 ของภาระโรคทั่วโลก (Health education division, 2015) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า และโรคมะเร็ง ในประเทศไทยมีการดื่มแอลกอฮอล์มีผู้เสียชีวิตถึง 22,672 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 59 (13,383 คน) จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 17 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรทั้งหมด 53.9 ล้านคน ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ทำให้มีผู้ดื่มเพิ่มขึ้น ทั้งปัจจัยภายในตัวเอง เช่น ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และยังมีปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลและเอื้อต่อการดื่มเช่น การชักชวน สื่อโฆษณา เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Health education division, 2015)

ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากติดต่อกันส่งผลทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบเกิดความดันเลือดสูงส่งผลให้ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงเป็นประจามีอัตราเป็นโรคมามากกว่าคนที่ดื่มน้อย ดังนั้นจึงควรปรับพฤติกรรม ลด เลิกการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Health education division, 2015) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Nutbeam D., 2000) เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพได้รับการกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ว่าเป็นทักษะการเรียนรู้และสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลในทางที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี (WHO, 2009) ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Cho, YI., Lee, SY., Arozullah, AM. & Crittenden, KS., 2008) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนคือความรู้ด้านสุขภาพที่

เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมและสุขภาวะที่ดี (National Revolution Committee for Health and Environment, 2016) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญ (Rareton, A., 2018) ซึ่งปัจจุบันรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ขอนแก่น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่

จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 9,452 คน คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการในสถิติ Multiple logistic regression(Hsieh, et al, 1998) ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 225 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดงานวิจัยและบริบทพื้นที่ที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognition skill) ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 2ส.ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบคำถาม 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวแปลผลคะแนนเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale)

ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ได้คะแนน 1 ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 0

ข้อคำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ได้คะแนน 0 ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 1

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom et al. (1956)

ความรู้ระดับดี	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99
ความรู้ระดับไม่ดี	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60

ส่วนที่ 2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self – management skill) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ มีระดับมาตราการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale)

ข้อคำถามเชิงบวก

เป็นประจำ	หมายถึง ได้คะแนน 4 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 2 คะแนน
นานๆครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 1 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ได้คะแนน 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

เป็นประจำ	หมายถึง ได้คะแนน 0 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 1 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 2 คะแนน
นานๆครั้ง	หมายถึง ได้คะแนน 3 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง ได้คะแนน 4 คะแนน

การแปลผลเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. นำมาจัดระดับ 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวของ Best (1978) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับที่ต้องการแบ่งดังนี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำช่วงค่าคะแนนในขั้นมาจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนในขั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับขั้น}} \\ &= \frac{4 - 1}{3} = 1.00 \end{aligned}$$

การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

2.67 – 4.00	หมายถึง ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับดี
1.34 – 2.66	หมายถึง ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลาง

0.00 – 1.33 หมายถึง ระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 2.3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะคำถาม เป็นแบบให้เลือกรับตอบคำถาม 2 ตัวเลือก คือใช่และไม่ใช่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง คำตอบเดียวแปลผลคะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale)

ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ได้คะแนน 1 , ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 0

ข้อคำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ได้คะแนน 0 , ตอบ ไม่ใช่ ได้คะแนน 1

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom et al. (1956)

การตัดสินใจอยู่ในระดับดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99

การตัดสินใจอยู่ในระดับไม่ดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อเป็น แนวทางในการกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม

2) นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษา มาสร้างแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยาม ศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

3) นำแบบสอบถามที่ร่างขึ้นนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านสถิติและ ระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ทั้งด้านวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้และความ ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อันประกอบไปด้วยเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพ

4) ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

5) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ใน พื้นที่อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน

6) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามด้านความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.88

7) นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในการ ออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น และ โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2) ติดต่อประสานงานและทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ และ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยจะไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ชี้แจง ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ การเก็บข้อมูลจะไม่ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลในแบบสอบถามโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

2) ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามตามสะดวก โดยใช้สถานที่ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างและไม่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง บรรยากาศเป็นส่วนตัว

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถาม

4) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล คือ เดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมาประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กรณีข้อมูลแจกแจงนับ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติ Simple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรต้นทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ ผลที่ได้คือ Crude Odds และ P-value พิจารณาค่า P-value < 0.25 เพื่อทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์หาลายตัวแปรจากนั้นใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตีเอนแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและตัวแปรอิสระ (Final model) โดยวิเคราะห์หาลายตัวแปร นำตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบเข้าสู่โมเดล (Crude analysis) เข้าสู่โมเดล Multivariate analysis ผลที่ได้คือค่า Adjusted Odds Ratio และ P-value จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า P-value > 0.05 ออกทีละตัวแปรจนกว่าจะไม่สามารถตัดตัวแปรใดๆออกจากโมเดลได้เนื่องจากไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า P-value > 0.05 ถือเป็นโมเดลสุดท้ายที่จะใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการตีเอนแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับตัวแปรอิสระ

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6120055

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 68.89) มีอายุเฉลี่ย $59.53(\pm 10.25)$ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.44 การสำเร็จการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.11) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.44) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ (ค่าBMI 18.5 – 24.99) (ร้อยละ 51.56) และมีการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 11.56)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้

ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 44.44 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 31.11 และระดับดี ร้อยละ 24.45 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.22 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 32.45 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.33 ด้านทักษะการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.22 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 9.78 และระดับดี ร้อยละ 8.00 ด้านการจัดการตนเอง อยู่ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.78 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 46.22 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.00 ด้านการรู้เท่าทันสื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.67 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 28.44 และระดับไม่ดี ร้อยละ 8.89 ด้านการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.78 และระดับไม่ดี ร้อยละ 13.89 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (n=225)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านความรู้ความเข้าใจ		
ระดับดี	55	24.45
ระดับปานกลาง	100	44.44
ระดับไม่ดี	70	31.11
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ		
ระดับดี	73	32.45
ระดับปานกลาง	149	66.22
ระดับไม่ดี	3	1.33
ด้านทักษะการสื่อสาร		
ระดับดี	18	8.00
ระดับปานกลาง	185	82.22
ระดับไม่ดี	22	9.78
ด้านการจัดการตนเอง		
ระดับดี	104	46.22
ระดับปานกลาง	112	49.78

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (n=225) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการจัดการตนเอง		
ระดับไม่ดี	9	4.00
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับดี	64	28.44
ระดับปานกลาง	141	62.67
ระดับไม่ดี	20	8.89
ด้านการตัดสินใจ		
ระดับดี	120	53.33
ระดับปานกลาง	76	33.78
ระดับไม่ดี	29	12.89

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate) โดยมีการทดสอบข้อตกลงการใช้สถิติ (Assumption) และการแจกแจงข้อมูล (Normality test) และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ด้วยวิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดี เป็น 3.33 เท่า (Adj OR=3.33 ; 95%CI: 1.26 to 5.34 ; p-value = 0.010) และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับดี เป็น 2.59 เท่า (Adj OR=2.59 ; 95%CI: 1.59 to 6.97 ; p-value = 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	จำนวน	% การดื่มแอลกอฮอล์	Crude OR	Adj OR	95% CI	P-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ด้านความรู้ความเข้าใจ						0.010
ระดับดี	155	14.19	1	1		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	จำนวน	% การดื่ม แอลกอฮอล์	Crude OR	Adj OR	95% CI	P-value
ด้านความรู้ความเข้าใจ						
ระดับปานกลางถึงไม่ดี	70	27.14	2.25	3.33	1.26 to 5.34	0.001
ด้านการ ตัดสินใจ						
ระดับดี	120	10.83	1	1		
ระดับปานกลางถึงไม่ดี	105	26.67	2.99	2.59	1.59 to 6.97	

อภิปรายผล

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากการวิจัยพบว่า มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเองและด้านการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จะพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาสามารถศึกษาหาข้อมูลเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพได้ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งต้องไปพบแพทย์เป็นประจำซึ่ง ทำให้ได้รับรู้สุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอยู่เสมอ จึงทำให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Waivongkitjakarn, S. et al. (2018) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน ชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอมืองจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง งานวิจัยของ Darun, P. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ งานวิจัยของ Ginggeaw, S. & Prasertsri, N. (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดี เป็น 3.33 เท่า (Adj OR=3.33 ; 95%CI: 1.26 to 5.34 ; p-value = 0.010) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา แต่ยังมีส่วนน้อยที่ไม่ได้เรียนหนังสือซึ่งทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี ทำให้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wongkongdech, R., Wongkongdech, A. and Hansawong, J. (2018) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สื่อสังคมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในโรงเรียนเขตเมืองผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกัน

การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดื่มแอลกอฮอล์ งานวิจัยของ Rattanamanee, N., Phasunon, P. and Chantuk, T. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของข้าราชการ กองทัพเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี พบว่า ความรู้และความเข้าใจมีผลกระทบทางลบกับการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในงานวิจัยของ Niyakit, S. (2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลไทรน้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงไม่ดีจะมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจในระดับดี เป็น 2.59 เท่า (Adj OR=2.59 ; 95%CI: 1.59 to 6.97 ; p-value = 0.001) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือสมรส (อยู่ด้วยกัน) ซึ่งการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีส่งผลให้เกิดการดูแลกันของคนในครอบครัวให้รอดพ้นจากเข้าไปสัมผัสกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ดีในระดับหนึ่ง Niyakit, S. (2016) ซึ่งถ้ามีการดูแลกันในครอบครัวก็จะทำให้ส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prompim, A., Laohasirirong, W., Udompanich, S., Phajan, T. and Suwannaphant, K. (2016) ที่ศึกษา สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น มีทักษะการตัดสินใจในระดับต่ำถึงปานกลางมีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจและด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ ควรส่งเสริมกิจกรรมเชิงรุกหรือรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคอื่นๆ ด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น เพื่อที่จะได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในแต่ละกลุ่มโรคได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น
2. ควรเพิ่มปัจจัยในการศึกษาอื่นๆ เช่น ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ทศนคติ เป็นต้น
3. ควรมีการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง

References

- Auttama, N., Seangpraw, K. (2018). Factors Predictor Health Literacy among Older Adults with Risk Hypertension Disease, Phayao Province. *Journal of Health Education*, 42(2), 75-85. (In Thai).
- BanPhai District Health Office. (2018). Morbidity rate of hypertension per hundred thousand population in Health Region 7KhonKaen Province CUP BanPhai Hospital. Retrieved November 20,2019, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>
- Best, John W. (1977) . Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B.S.. (1956). Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain. New York: McKay.
- Cho, YI., Lee, SY., Arozullah, AM., Crittenden, KS. (2008) Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly, *Social Science & Medicine*, 66(8). 1809-16.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334.
- Darun, P. (2018). Health literacy factors influencing on Health behavior of population in Buengkan Provice. *Journal of Department of Health Service Support*, 15(3), 71-82. (In Thai).
- Eftekhari Ardebili, H., Fathi, S., Moradi, H., Mahmoodi, M. & Maheri, A. (2014) Effect of Educational Intervention based on the Health Belief Model in Blood Pressure Control in Hypertensive Women. *J Mazandaran Univ Med Sci* , 24(119). 62–71
- Ginggeaw, S., Prasertsri, N. (2014). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-morbidity, *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 43-54 (In Thai).
- Health education division Department of health service support Ministry of public health. (2015). Situations and trends of health problems and Desirable behavior and criteria for alcohol drinking behavior. In Health education division, Changing behavior of drinking alcohol behavior or alcoholic beverages for working (pp. 7 – 13). Nonthaburi: Online.
- Health education division Department of health service support Ministry of public health. (2018). Strengthening and assessing health literacy and health behavior Children and youth aged 7-14 years and people aged 15 and older
- Hsieh, Y.F., Bloch, A.D., & Larsen, D.M. (1998). A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. *Statistics in Medicine*, 17,1623-1634.

- KhonKaen Provincial Health Office. (2019). The prevalence of hypertension. Retrieved November 20,2019, from https://kkhdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Ministry of Public Health. (2019). Morbidity rate of hypertension per hundred thousand population. Retrieved November 20,2019, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
- National Revolution Committee for Health and Environment. (2016). Health Literacy Revolution and Health Communication. Available at: https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf
- Niyakit, S. (2016). Factors Related to Alcohol Drinking Behavioral of the People in Rainoi sub-district, Meuang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of ODPC 10th Ubon Ratchathani*, 14(2), 16-32. (In Thai).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*.15(3), 259–267.
- Office of Public Health System Develop Division of Non Communicable Diseases Department of diseases control. (2018). Campaign issues on World Hypertension Day 2018. In World Hypertension day 2018 (pp. 1). Nonthaburi: Bureau of non Communicable disease.
- Promptim, A., Laohasiriwong, W., Udompanich, S., Phajan, T., Suwannaphant, K. (2016). Alcohol Use Disorder Situations and It's Associated Factors among Working Age Males in The Industrial Areas, Khon Kaen Province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(2), 18-31. (In Thai).
- Rareton, A. (2018). Health Literacy and Health Behaviour, 3Aor 2Sor, for the Village Health Volunteers (VHVs) : Case study of Hintok Sub-district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province, *Journal of Department of Health Service Support*, 15(3), 71-82. (In Thai).
- Rattanamanee, N., Phasunon, P., Chantuk, T. (2018). Factors affecting alcohol drinking of the rotal thai navy officials in Sattahip Chonburi Provice, *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 12(28) , 197-211. (In Thai).
- Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. (2015). Bangkok : Samcharoen Printing House.
- Waivongkitjakarn, S., Sangpaibool, S., Kimavaha, S., Panichsombat, C., Chutrakoolwong, J., Theerathitiwong, P., Pinitsuntorn, S., Paileklee, S. (2018). Health Literacy of Hypertension in Hypertensive Patients in Sam Liam Community, Khon Kaen Province, *Srinagarind Med J* 2018;33. (In Thai).

- Wongkongdech, R., Wongkongdech, A., Hansawong, J. (2018). Health literacy in social media using for alcohol prevention among junior urban high school students. *Journal of the Office of DPC* 7, 26(1), 46-57. (In Thai).
- World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis. Retrieved November 20,2019, from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
- World Health Organization [WHO]. (2009) World health report. Available at: https://www.who.int/whr/media_centre/factsheet3/en/.