



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

The Relationship between Health Literacy for Stroke Prevention and Optimal Blood Pressure in Hypertensive Patients in Health Region 7.

อิสริย์ ปัดภัย¹ ดวงฤดี โชติกกลาง¹ เทพไทย โชติชัย¹ วณิดา ศรีพรหมสา² จูติกานต์ เอกทัตร์¹ นิชกานต์ มีลุน¹

Isaree Padphai¹ Duangrudee Chotklang¹ Tepthai Chotchai¹ Wanida Sripromsa² Thitikan Ekathat¹ Nitchakam Meelun¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sirindhorn College of Public Health Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute.

²Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Correspondence author; Email : kaogrand@hotmail.com

Received: May 2, 2022 Revised: October 10, 2022 Accepted: November 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 258 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม-แบ่งชั้นหลายขั้นตอนและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก และความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกและตัวแบบผสมเชิงเส้นวางนัยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตเหมาะสม ร้อยละ 40.32 และมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 ทักษะได้แก่การเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจ, การประเมินและการตัดสินใจปฏิบัติ อยู่ในระดับเป็นปัญหา ร้อยละ 51.45 โดยผู้ป่วยที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง มีโอกาสมีระดับความดันโลหิตเหมาะสมมากกว่าระดับต่ำ 4.20 เท่า (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53) และผู้ป่วยที่มีทักษะการตัดสินใจปฏิบัติระดับสูง มีโอกาสมีระดับความดันโลหิตเหมาะสมมากกว่าระดับต่ำ 5.26 เท่า (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ถึงร้อยละ 59.68 จากผลการศึกษาบุคลากรด้านการสาธารณสุขจึงควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจ ปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; โรคความดันโลหิตสูง; โรคหลอดเลือดสมอง



The Relationship between Health Literacy for Stroke Prevention and Optimal Blood Pressure in Hypertensive Patients in Health Region 7.

Isaree Padphai¹ Duangruedee Chotklang¹ Tepthai Chotchai¹ Wanida Sripromsa² Thitikan Ekathat¹ Nitchakarn Meelun¹

¹Sirindhorn College of Public Health Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute.

²Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Correspondence author; E-mail : kaogrand@hotmail.com

Received: May 2, 2022 Revised: October 10, 2022 Accepted: November 20, 2022

Abstract

A cross-sectional analytical study was conducted to identify the relationship between health literacy for stroke prevention and optimal blood pressure in hypertension patients. Data were collected between October 2021 and December 2021. The sample was selected using the multi-stage sampling method to recruit 258 hypertensive patients in Health region 7. Data were collected using a general information questionnaire, clinical information; and health literacy for stroke disease. Data were analyzed using descriptive statistics, the logistic regression and generalized linear mixed model. The results showed that in all most of the samples (40.32%) had a controllable blood pressure level, 51.45% reported low level of health literacy in all four skills, including access, comprehension, appraisal and application. The patients who had high levels of comprehension were 3.81 times more likely to have optimal blood pressure than those who had low levels (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53). Patients who had high levels of application had 4.49 times higher odds of optimal gotmal blood pressure than those who had low levels of application. (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19). In conclusion public, health personnel should promote health literacy in comprehension and application stroke prevention skills in patients with hypertension.

Keywords: health literacy; hypertension; stroke



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภัยที่คุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลกและทุกวินาทีที่ผ่านไปนั้นสำคัญมากโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก ในปี พ.ศ. 2564 คือรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เสียวินาทีที่มีค่าช่วยชีวิต เน้นให้ประชาชนสังเกตอาการตนเองตามหลักการ F.A.S.T. (ใบหน้าเบี้ยว แขนหรือขาอ่อนแรง พูดลำบาก รีบไปโรงพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง) หากมีอาการให้รีบไปพบแพทย์ รักษาเร็วจะมีโอกาสหาย ผลแทรกซ้อนต่ำและความพิการน้อยลง¹ จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน² สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั้งหมดถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีโดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2560–2562 พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 7 พบจำนวน 415.02, 471.56 และ 482.86⁴ ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้จะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่อาจทำให้เกิดความพิการในระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ปัจจัยเสี่ยงคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ อุดตันหรือแตก ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่จนเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โดยข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” (silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า⁴ สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2556–2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2558–2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน)⁵ และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2560–2562 พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งประเทศเท่ากับ 2,091.28, 2,245.09 และ 2,388.84 ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 7 พบจำนวน 2,163.15, 2,366.09 และ 2,443.44 ซึ่งมีจำนวนที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต

จากปัญหาและปรากฏการณ์ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นพบว่าเขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปีและจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต

จากความหมายของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น การบาดเจ็บ เนื้องอก และการติดเชื้อในสมอง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการเกิดโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)⁶

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารจัดการเป็นเลิศ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ นั้นประกอบด้วยแผนงาน 1.2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยมีโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁷ ซึ่งในระดับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขนั้นให้ความสำคัญ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถที่จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อรู้วิธีค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและมีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับนำมาปฏิบัติ, การมีความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพนำไปปฏิบัติได้, มีการประเมินตนเอง คือความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติและการตัดสินใจปฏิบัติคือ การเลือกปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายอันจะเกิดผลดี เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีทักษะปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) กับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7
- 2) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตเหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)⁸ โดยประยุกต์จากพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง⁹ ดังนี้



$$n = \frac{P(1-P) \left(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\left[B(1-B)(P_0 - P_1)^2 \right]}$$

เมื่อแทนค่าลงในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 165 คน

ทำการปรับขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานศึกษาที่ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุโลจิสติก ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor: VIF 8 และ ρ =ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (multiple correlation) ระหว่างตัวแปร การมีผลต่อระดับความดันโลหิตเหมาะสม เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปจนเป็นปัญหา multicollinearity ประกอบกับความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ได้แก่งบประมาณ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ=.6 เนื่องจากงานศึกษานี้ มีตัวแปรอิสระเข้าตัวแบบในการศึกษาหลายตัวแปรและเพื่อปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ จึงได้นำค่า n_1 แทนค่าลงในสมการ

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - P_{1.2.3..p}^2)} \quad \text{แทนค่าลงในสมการ} \quad n_p = \frac{165}{(1 - .6^2)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 258 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม-แบ่งชั้น แบบหลายขั้นตอน โดยการแบ่งเขตสุขภาพที่ 7 ออกเป็น 4 จังหวัด แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกอำเภอตัวแทนจังหวัดละ

1 อำเภอ และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากตัวแทนอำเภอและสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยดันโลหิตสูง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
- 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สมครใจและยินดียิตอบแบบสอบถาม
- 3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อ่านออกเขียนได้
- 4) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 18-70 ปี

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพครอบครัว, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการป่วยด้วยความดันโลหิตสูง, โรคประจำตัวอื่นการสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การใช้ยาต้านอึกเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์และการใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก โดยเป็นข้อมูลจากการวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลครั้งล่าสุด ได้แก่ ระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ <140/90 mmHg และควบคุมไม่ได้ คือผลการวัดความดันโลหิตจากสถานพยาบาลครั้งล่าสุด $\geq 140/90$ mmHg¹⁰

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการตัดสินใจปฏิบัติ ผู้วิจัยบูรณาการตามแนวคิดของ Sorensen et al.¹¹ และประยุกต์ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง¹² โดยการนำข้อคำถามบางส่วนนำมาปรับใช้ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่

ทักษะที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al.¹³ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 1-12 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 13-16 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 17-21 คะแนน (ร้อยละ 67-84) และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 22-25 คะแนน (ร้อยละ 85-100) และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit¹⁴ เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์ในตารางที่ 2 ในการวิเคราะห์แบบ simple logistic regression ดังนี้ ระดับความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน (<ร้อยละ 75) และระดับความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน (ร้อยละ ≥ 75)

ทักษะที่ 2 ความเข้าใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้องมีเพียงคำตอบเดียว หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนนเต็ม 10 คะแนน และประยุกต์แบบวัด 2 ระดับ¹⁴ ดังนี้ระดับความรู้ในความเข้าใจต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 0-7 คะแนน (<ร้อยละ 75) ของคะแนนเต็มและระดับความรู้ในความเข้าใจสูง หมายถึง ได้คะแนน 8-10 คะแนน (ร้อยละ ≥ 75)

ทักษะที่ 3 การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al.¹³ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ โดยแปลผลโดยแบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นดังนี้ ได้คะแนน 1-12 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 13-16 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 17-21 คะแนน (ร้อยละ 67-84) และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 22-25 คะแนน (ร้อยละ 85-100) และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์ตามเครื่องมือที่ใช้วัดตามแบบวัด 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit¹⁴ คือระดับความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน (< ร้อยละ 75) และระดับความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน (ร้อยละ ≥ 75)

ทักษะที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ในแต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือก มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง และประยุกต์ตามแบบวัดของ Sorensen et al.¹³ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า มี 4 ระดับ โดยแปลผลโดยแบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นดังนี้ ได้คะแนน 1-25 คะแนน (ร้อยละ 50), เป็นปัญหา หมายถึง ได้คะแนน 26-33 คะแนน (ร้อยละ 51-66), เพียงพอ หมายถึง ได้คะแนน 34-42 คะแนน (ร้อยละ 67-84) และเป็นเลิศหมายถึง ได้คะแนน 43-50 คะแนน (ร้อยละ 85-100) และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์ ตามเครื่องมือที่ใช้วัดตามแบบวัดแบบ 2 ระดับ Tanasugarn and Neelapaichit¹⁴ คือระดับความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-31 คะแนน (< ร้อยละ 75) และระดับความรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 38-50 คะแนน (ร้อยละ ≥ 75)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุขและด้านการพยาบาล ประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่าทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากกว่า .67 และมีการปรับรายการคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง



จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้คะแนนแต่ละทักษะดังนี้คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเท่ากับ .82 ทักษะความเข้าใจเท่ากับ .88, ทักษะการประเมินเท่ากับ .90, และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ : HE642011 วันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการจัดทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและลงนามในใบยินยอมแล้ว จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันที หลังจากได้รายงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทางคลินิก, ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ตัวแปรแบบ bivariate เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตติดด้วย สถิติ simple logistic regression และสถิติ generalized linear mixed model (GLMM) เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง จึงคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ระดับจังหวัด และนำเสนอการเปรียบเทียบอัตราส่วนและค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.09, อายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ 65.89, ดัชนีมวลกายมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 60.07, สถานภาพครอบครัวแบบคู่ ร้อยละ 67.44, ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 81.01, โรคประจำตัวร่วมเบาหวาน 27.13, ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระยะ มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 37.60, การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบ ร้อยละ 94.96, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 98.45, การใช้ยาต้านออสเตอโรพอร์ติกส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 85.66 และการใช้ยาสมุนไพรส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 65.89

2. ข้อมูลทางคลินิก กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 99.22, การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 99.61 และมีผลความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ $\geq 140/90$ mmHg ร้อยละ 59.68 ดังแสดงในตารางที่



1

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
1. การมาพบแพทย์ตามนัด			
ใช่	256	99.22	
ไม่ใช่	2	.78	
2. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
ใช่	257	99.61	
ไม่ใช่	1	.39	
3. ความดันโลหิตเหมาะสม (Optimal BP) < 140/90 mmHg	104	40.32	34.27 to 46.57
4. ความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ (Poor BP) ≥ 140/90 mmHg	154	59.68	53.42 to 65.72

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางคลินิกและ Outcome ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 258 คน)

3. จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n=258 คน)

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 58.53 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.18 (SD=3.02), ทักษะความเข้าใจพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 53.88 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.32 (SD=1.79), ทักษะการประเมินพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 46.90 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.44 (SD=2.86) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับเป็นปัญหามากที่สุด ร้อยละ 46.51 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.54 (SD=5.65) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL)	จำนวน	ร้อยละ
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล		
ไม่เพียงพอ	32	12.40
เป็นปัญหา	151	58.53
เพียงพอ	61	23.64
เป็นเลิศ	14	5.43
Mean (SD)	15.18(3.02)	
Median (min : max)	15(9:23)	
แบบ 2 ระดับ ต่ำ	228	88.37
สูง	30	11.63



ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(HL)	จำนวน	ร้อยละ
2. ทักษะความเข้าใจ		
ต่ำ	139	53.88
สูง	119	46.12
Mean (SD)	7.32(1.79)	
Median (min : max)	7(3:10)	
3. ทักษะการประเมิน		
ไม่เพียงพอ	20	7.75
เป็นปัญหา	121	46.90
เพียงพอ	108	41.86
เป็นเลิศ	9	3.49
Mean (SD)	16.44(2.86)	
Median (min : max)	16(10:25)	
แบบ 2 ระดับ		
ต่ำ	210	81.40
สูง	48	18.60
4. ทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ		
ไม่เพียงพอ	20	7.75
เป็นปัญหา	120	46.51
เพียงพอ	102	39.53
เป็นเลิศ	16	6.20
Mean (SD)	33.54 (5.65)	
Median (min : max)	33(20:48)	
แบบ 2 ระดับ		
ต่ำ	189	73.26
สูง	69	26.74

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n= 258 คน)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม จากการวิเคราะห์อย่างหยาบ การศึกษาพบว่า มีเพียงระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปคือไม่มีความสัมพันธ์

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ bivariate ระหว่าง HL กับ Optimal BP

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมด้วย สถิติ simple logistic regression พบว่าทักษะความเข้าใจระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 3.81 เท่า ของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=3.81, 95%CI=2.25 to 6.44), ทักษะการประเมินระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 2.22 เท่า ของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=2.22, 95%CI=1.17 to 4.19) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับสูงจะมีโอกาสมี Optimal BP มากเป็น 4.94 เท่าของกลุ่มที่มีทักษะระดับต่ำ (Crude OR=4.94, 95%CI=2.73 to 8.96) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดง Crude odd Ratio จากการวิเคราะห์ที่ละตัวแปรแบบ Simple logistic regression

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	%Optimal BP	Crude OR	95 %CI	p-value
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล					.054
ต่ำ	228	38.16	1	1	
สูง	30	56.67	2.11	1.98 to 4.57	
2. ทักษะความเข้าใจ					< .001
ต่ำ	139	25.90	1	1	
สูง	119	57.14	3.81	2.25 to 6.44	
3. ทักษะการประเมิน					.013
ต่ำ	210	62.38	1	1	
สูง	48	43.75	2.22	1.17 to 4.19	
4. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					<.001
ต่ำ	189	69.31	1	1	
สูง	69	30.43	4.94	2.73 to 8.96	

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ Optimal BP โดยใช้ สถิติ GLMM โดยนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากตารางที่ 3 ได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ทักษะความเข้าใจ, ทักษะการประเมิน, และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเข้าวิเคราะห์ด้วยสถิติ GLMM พบว่ามีเพียงทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้คือกลุ่มตัวอย่าง ที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง จะมีโอกาสมี Optimal BP เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 4.20 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจระดับต่ำ (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53, p-value<.001) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีทักษะความเข้าใจระดับสูง จะมีโอกาสมี Optimal BP เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 5.26 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจระดับต่ำ (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19, p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดง Crude odd Ratio และค่า 95% CI ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม (Optimal BP) จากการวิเคราะห์แบบ GLMM

Factors	Number	%Optimal BP	Crude OR	Adjusted OR	95 %CI	p-value
1. ทักษะความเข้าใจ						<.001
ต่ำ	139	25.90	1	1	1	
สูง	119	57.14	3.81	4.20	2.34 to 7.53	
2. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ						<.001
ต่ำ	189	69.31	1	1	1	
สูง	69	30.43	4.94	5.26	2.71to 10.19	

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยพบว่า

1) ระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 59.68 (95%CI= 53.42 to 65.72) และมีระดับความดันโลหิตเหมาะสม ร้อยละ 40.32 (95%CI=34.27 to 46.57) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มมากขึ้นมักจะมีศักยภาพการดูแลตนเองที่ลดลง¹⁵⁻¹⁶ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่พบอายุ ≥ 60 ปี ถึงร้อยละ 65.89 จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตควบคุมไม่ได้

2) ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 4 ทักษะได้แก่การเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับเป็นปัญหาถึงเพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา) ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคในชุมชน ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง^{17,19} และพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง¹⁸ แต่แตกต่างจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน รวมทั้งความสามารถในการได้รับบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล อาจเนื่องมาจากการยังไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ^{17,19}



3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตเหมาะสมโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงจะมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 4.20 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจ ระดับต่ำ (Adjusted OR=4.20, 95% CI=2.34 to 7.53, p-value <.001) และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง จะมีโอกาสมีความดันโลหิตเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากเป็น 5.26 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระดับต่ำ (Adjusted OR=5.26, 95% CI=2.71 to 10.19, p-value<.001) อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะทำให้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลในสื่อออนไลน์ สื่อโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยการใช้วิจารณญาณในการคัดกรองข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง และทำให้เกิดการมีโอกาสด้านโลหิตเหมาะสมมากกว่าระดับต่ำ แต่แตกต่างกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและระดับไขมันในเลือดดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทักษะการสื่อสารและทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด¹⁷ อันเนื่องมาจากการใช้รูปแบบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในภาวะความดันโลหิตสูง: การทบทวนเชิงบูรณาการ พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับไม่ดี²⁰ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันเนื่องด้วยบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไปจึงต้องมีการเข้าถึงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ทักษะความเข้าใจและทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ สามารถเป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านแอปพลิเคชันหรือรูปแบบออนไลน์เพื่อให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

References

1. Department of Disease Control, Division of Non Communicable Disease. [internet].2021 [cited 2021 October 1]. Available from : <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21374&deptcode=brc>
2. Jittanon P, et al. Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: A case study of Huinang sub-district, Trang province. Songklanagarind Journal of Nursing2021;41(2):13–25.(in Thai)
3. Pinyo P et al. Care improvement for patients with stroke through community participation songklanagarind Journal of Nursing2015;35(2);93–112.(in Thai)



4. Issues on World Hypertension Day Campaign 2018. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. [internet].2018. [cited 2021 October 31]. Available from : http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/_61.pdf
5. World hypertension day campaign messages issues. Public Health System Development Group Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. [internet].2018 [cited 2021 October 2]. Available from : http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease_61.pdf
6. Nathakon nilnate. Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2019;20(2):51-57.(in Thai)
7. 20-Year National Strategic Plan (Public Health) Ministry of Health Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, May 2016 [cited 2021 October 3]. Available from : <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>
8. Hsieh F.Y, Bloch D.A, & Larsen M.D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat med;1998.17(14),1623-1634.
9. Yutthana C, Settheetham D. Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang district, Suphanburi province. Journal of Sakon Nakhon Hospital2018;21(2):109-19.(in Thai)
10. Thai Guidelines on theTreatment of Hypertension [internet].2019 [cited 2021 October 31]. Available from : <http://www.thaihypertension.org/files/442.HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>
11. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. et al. Health literacy and public health: A systematic review andintegration of definitions and models. Bio Public Health. 2012 12(80), 147-159.
12. Development health literacy measure for diabetes and hypertension patients division of health education, department of health service support ministry of public health with Mahidol University November 2015. [internet].2021 [cited 2021 October 31]. Available from : <http://www.hed.go.th/news/5522>
13. Sorensen k, Pelikan M, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health.2015 25(6):1053-1058
14. Tanasugarn C, & Neelapaichit N. Health literacy survey for diabetes and hypertension patients. [internet].2015 [cited 2021 November 25]. Available from : <http://www.nkp-hospital.go.th/H.ed/mFile/20180122115054.pdf>.
15. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice.4thed. New Jersey: Pearson Education;2002.
16. Tudsri P, Nakkling Y. Health promotion behaviors of persons with hypertension : comparison between controlled and uncontrolled blood pressure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.2018;29(2): 157-69.(in Thai)
17. Padphai I, Chotklang D, Chanaboon A. The Relationship between Health Literacy and Good Serum Lipid Level of the Population at Risk for Ischemic Heart Disease in The Northeast, Thailand. Nursing Journal of The Ministry of Public Health.2021;31(2):125-37.(in Thai)



18. Kareesun K, Malathum P, Sutti N. Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension Rama Nurse 2019;25(3):280-95(in Thai)
19. Riangkam C, Wattanakitkrileart D, Ketcham A, Sriwijitkamol A. Health literacy, self-efficiency, age and visual acuity predicting on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Journal of Nursing Science. 2016;34(4):35-46.(in Thai)
20. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. National library of Medicine national center for biotechnology information 2018;5(3):301-09.