

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์
ภาคเหนือของไทย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์
ภาคเหนือของไทย



นิตยา ศรีประโชติ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

HEALTH LITERACY, SELF-CARE BEHAVIORS AND BIOCHEMICAL PARAMETERS
AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS WITH RENAL COMPLICATIONS
IN THE ETHNIC COMMUNITY OF THAILAND



NITAYA SRIPRACHOT

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

June 2024

Copyright 2024 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์

ภาคเหนือของไทย

ของ นิตยา ศรีประโชติ

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(นายแพทย์ สรวิศ บุญญฐิติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(รองศาสตราจารย์ ดร. เกษแก้ว เสียงเพราะ)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุหว่า)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุหว่า)

- เรื่อง:** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์
ภาคเหนือของไทย
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** นิตยา ศรีประโชติ, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2567
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** รองศาสตราจารย์ ดร. เกษแก้ว เสียงเพราะ
- คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ค่าบ่งชี้ทางเคมี, โรคความดันโลหิตสูง,
ภาวะแทรกซ้อนทางไต, กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยนี้เพื่อมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 คนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตและชาติพันธุ์ไทลื้อ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และดำเนินการวิจัยในพื้นที่ชนบทอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา โดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวและแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูล ระดับความดันโลหิต (BP) และพารามิเตอร์ทางชีวเคมี เช่น น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และอัตราการกรองไต (eGFR) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสมการถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิคแบบ Backward Multiple Regression Analysis ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 68.3 ปี เกือบครึ่งมีคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (41.5%) (ค่าเฉลี่ย=22.46, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.15) และระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ระดับปานกลาง (37.5%) (ค่าเฉลี่ย=86.17, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=15.48) เมื่อวิเคราะห์พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และอัตราการกรองไต ($p < 0.01$) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่าการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความดันโลหิตซิสโตลิกในเพศชาย และสำหรับความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกในเพศหญิง ดัชนีมวลกาย ($B=0.54$) การบริโภคอาหารหวาน ($B=13.90$) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($B=-0.29$) มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ($R^2=17.8\%$, $p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่าอาชีพ ($B=2.55$) การรับรสชาติอาหารจืด ($B=4.07$) การได้รับข้อมูลจากครอบครัว ($B=3.53$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($B=0.31$) และอายุ ($B=-0.51$) ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับอัตราการกรองไต ($R^2=35.0\%$, $p < 0.05$) อภิปรายผลการศึกษาระดับความรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชนชาติพันธุ์ไทลื้อ ดังนั้นควรให้ความสำคัญของการจัดโปรแกรมสุขภาพคือการเน้นเพิ่มทักษะความรู้ อาทิ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพและการบอกต่อเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นในอนาคต

Title: HEALTH LITERACY, SELF-CARE BEHAVIORS AND BIOCHEMICAL PARAMETERS
AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS WITH RENAL COMPLICATIONS
IN THE ETHNIC COMMUNITY OF THAILAND

Author: Nitaya Sriprachot, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2024

Advisor: Associate Professor Dr. Katekaew Seangpraw

Keywords: health literacy, self-care behaviors, biomarker, hypertension, renal complication, Ethnic
Community

ABSTRACT

The goal of this cross-sectional study was to examine the relationship between biochemical parameters, self-care behaviors, and health literacy in hypertensive patients with renal complications among Tai Lue. The sample consisted of 405 elderly people with kidney complications and were of Tai Lue ethnicity. The study was carried out in rural Phayao Province, Chiang Kham District using a multi-stage sampling method. Face-to-face interviews with questionnaires were used to collect information. Blood pressure (BP) and biochemical parameters, such as fasting blood sugar (FBS) and estimated glomerular filtration rate (eGFR), were measured. Descriptive statistics and multiple regression using the Backward Multiple Regression Analysis technique were used to analyze the data. The study found that the participants' mean age was 68.3 years. A moderate percentage (37.5%) of participants had self-care behavior (SCB) scores (mean=86.17, S.D.=15.48) and nearly half had functional literacy scores (41.5%) (mean=22.46, S.D.=6.15). A significant correlation was found between health literacy (HL), SCB, systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), FBS, and eGFR ($p<0.01$). Multiple linear regression revealed that eating salty foods was a risk factor for SBP in males and for SBP and DBP in females. Body mass index (BMI) ($B=0.54$), sweet food consumption ($B=13.90$), and SCB score ($B=-0.29$) were significantly associated with FBS level ($R^2=17.8\%$, $p<0.05$). Employment ($B=2.55$), eating bland food ($B=4.07$), receiving information from family ($B=3.53$), SCB ($B=0.31$), and age ($B=-0.51$) were all significant factors for eGFR ($R^2=35.0\%$, $p<0.05$). Conclusions: HL and SCB levels were associated with the health of hypertensive patients with renal complications in the Tai Lue ethnic community. The significance of organizing health education programs is to emphasize increasing HL to lead to self-care decisions and reduce complications in patients, resulting in improved SCB and quality of life in the future.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ ดร.เกษแก้ว เสียงเพราะ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จูหว่า นายแพทย์สรวิศ บุญญฐี มหาวิทยาลัยพะเยา และอาจารย์ปาริชาติ อาจารย์คัมภีร์ภักษ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางสู่ความสำเร็จในการศึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ติดตามความก้าวหน้า คอยให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้วิจัยได้คิดเรียนรู้อยู่เสมอ อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดี และเป็นแรงสนับสนุนให้ ผู้วิจัย ทำงานสำเร็จในทุก ๆ ขั้นตอนของการศึกษาเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือวิจัย “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับค่าบ่งชี้ทางเคมีของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย” ประกอบด้วย 1) นายแพทย์ชัยพร การะเกตุ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ ด้านอายุรกรรม (ระบบหัวใจ และหลอดเลือด) โรงพยาบาลเชียงคำ 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์ อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย แม่ฟ้าหลวง และ 3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประกายเพชร วินัยประเสริฐ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง คุณภาพของเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา สำหรับการรับรองกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคำ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา ที่คอยให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ในการศึกษา การปฏิบัติงาน และกรุณาให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

นิตยา ศรีประโชติ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมุติฐานของการวิจัย.....	6
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์การวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม.....	12
ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ.....	13
ส่วนที่ 2 ความรู้โรคความดันโลหิตสูง.....	24
ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง.....	29
ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต.....	31
ส่วนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย.....	37

ส่วนที่ 6 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ.....	43
ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	68
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง.....	72
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้แต่ละด้าน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	78
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต.....	79
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	83
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	84
ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม พฤติกรรม การดูแลตนเองรวม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต.....	86
ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ.....	88

ส่วนที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่ม ผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ.....	91
ส่วนที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ ระดับอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางไต	95
ส่วนที่ 11 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวม กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	98
ส่วนที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวม กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะ แทรกซ้อน ทางไต	102
ส่วนที่ 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวม กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางไต.....	105
อภิปรายผล.....	117
สรุปผลการวิจัย	126
บรรณานุกรม	129
ภาคผนวก	143
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	144
ภาคผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้สุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายชื่อ.....	155
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายชื่อ	160
ประวัติผู้วิจัย	165

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงสมการ CKD-EPI จำแนกตามเพศ และระดับครีตินินในเลือด ด้วยสูตร CKD-EPI	31
ตาราง 2 แสดงเกณฑ์การจำแนกระดับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	56
ตาราง 3 แสดงเกณฑ์การจำแนกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม	60
ตาราง 4 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามตัวแปร ค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	62
ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์สถิติ	64
ตาราง 6 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	68
ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง	72
ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามองค์ประกอบ 6 ด้าน	73
ตาราง 9 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้าน ต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)	78
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	80
ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต แยกรายด้าน.....	81
ตาราง 12 แสดงระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	84

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ระยะอัตราการกรองของไต (eGFR) และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	85
ตาราง 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (HL) พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient).....	86
ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	88
ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	92
ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	95
ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	100
ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	102
ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม การดูแลตนเอง กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต.....	106

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	48
ภาพ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)	51



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) แสดงถึงความท้าทายด้านสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากความชุกที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก (Garofalo, et al., 2016) ซึ่งสองโรครดังกล่าวพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงมักพบเป็นภาวะแทรกซ้อนหลักของ CKD (Coresh, et al., 2007) และบางการศึกษาระบุความดันโลหิตสูงมักเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง (Garofalo, et al., 2016) เหมือนการศึกษาก่อนหน้า พบว่า อัตราการกรองไต (Glomerular filtration rate: GFR) ลดลงสัมพันธ์กับความชุกของความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้น (De Nicola, et al., 2006)

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง (Hamrahian, 2017) จากข้อมูลคาดการณ์ พบว่า จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 29.0 ปี ใน พ.ศ. 2568 หรือประมาณ 1.15 พันล้านคน (World Health Organization, 2014) รายงานก่อนหน้า พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในความผิดปกติที่ส่งผลเสียต่อไต และมีส่วนทำให้สูญเสียการทำงานลดลง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (Kithas PA, 2010) จากรายงานของ the Joint National Committee, Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure พบว่า ผู้สูงวัยอายุ 75 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ ผู้ชายร้อยละ 75.0 และผู้หญิงเกือบร้อยละ 90.0 ที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวจะมีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของไตอย่างมีนัยสำคัญ (Chobanian AV, et al., 2003) การทบทวนงานวิจัยก่อนหน้าในประเทศฮ่องกงชี้ว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังและการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต 10 มิลลิเมตรปรอท มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การภาวะไตเรื้อรัง ถึงร้อยละ 11.0 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Eric Yuk Fai Wan, 2019)

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นความผิดปกติของไตทางด้านโครงสร้างหรือการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมานานกว่า 3 เดือน คือ มีผลการตรวจที่ยืนยันว่ามีภาวะไตถูกทำลาย (renal damage) และอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ผิดปกติ (KDIGO, 2021) เมื่อเกิดโรครดังกล่าวแล้วจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทำให้อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มและนำไปสู่การเสียชีวิต อีกทั้งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงของแต่ละประเทศ

(Saving lives, spending less: World Health Organization, 2021) การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การเกิดโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.06 เท่าและมีและมีความสัมพันธ์ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น (Misghina Weldegiorgis, 2020)

จากรายงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560–2562 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 13.10, 13.15 และ 14.2 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี และพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney Disease: CKD) และโรคหัวใจ (Heart Disease) นอกจากนี้ จากรายงานข้อมูลสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า สาเหตุหลักของภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตใน ปี พ.ศ. 2563 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบมากที่สุดถึงร้อยละ 42.30 และรองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.50 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ความชุกของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง และปลูกถ่ายไต เท่ากับ 1,942 ต่อล้านประชากร ปี 2561 2,274 ต่อล้านประชากร ปี 2562 และเพิ่มขึ้น 2,580 ต่อล้านประชากร ในปี 2563 ภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเหมือนการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยทำนายโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ร้อยละ 45.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และประทีป หมีทอง, 2560) และในการเกิดปัญหาดังกล่าวมักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะไตวาย (พงษ์ประยูร แก้วหมื่น, 2562)

จากรายงานเขตบริการสุขภาพ ที่ 1 ในปี พ.ศ. 2562 พื้นที่จังหวัดพะเยาติดอันดับ 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 18.21.–24.05 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อีกทั้งรายงานชี้ว่าการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2562–2563 จากร้อยละ 17.18 เป็น 23.68 ของการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สำหรับอำเภอเชียงคำ รายงานในปี พ.ศ. 2562–2564 พบว่า มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากที่สุด ค่าเฉลี่ยร้อยละ 44.16 ต่อประชากรตามกลุ่มอายุทั้งหมด จากข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ ปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10,664 คน ร้อยละ 35.85 มีภาวะแทรกซ้อนไต จำนวน 2,743 คน ร้อยละ 25.72 และยังพบว่ากลุ่ม

ชาติพันธุ์ไทลื้อมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ค่าเฉลี่ยร้อยละ 45.48 ต่อประชากรซึ่งมากกว่ากลุ่มป่วยที่เป็นชาวพื้นเมือง (คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 53.37 ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มากที่สุดเป็นหมูกกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ (คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา, 2565) จากการศึกษาในประเทศตุรกี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนไต คือ โรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 62.5 ของผู้ป่วยที่คลินิกฟอกไตโรงพยาบาล (Ahmed, 2021)

จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในภาคเหนือที่มีจำนวนประชากร ที่มีความหลากหลายของเชื้อชาติ วัฒนธรรม และประเพณี โดยมีกลุ่มชาติพันธุ์ถึง 8 กลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ เผ่าม้ง เผ่าเมี่ยน เผ่าลีซู เผ่าลหู่ เผ่าลัว ไทยที่สูง ไทลื้อ และไทยอีสาน (ศูนย์พัฒนาราชภูรบนพื้นที่สูงจังหวัดพะเยา, 2565) ชาวไทลื้อเป็นกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งที่อพยพมาจากดินแดนสิบสองปันนาของทางตอนใต้ของเมืองยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มาตั้งถิ่นฐานในหัวเมืองต่าง ๆ ทางภาคเหนือของประเทศไทย (พิพิธภัณฑสถานวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ล้านนา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551) จากการทบทวนงานวิจัยก่อนหน้านี้ พบว่า ปัจจัยด้านการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (ศิลาพัชร์ ชูทอง, 2563) และพบว่า อำเภอเชียงคำมีชุมชนไทลื้ออาศัยอยู่จำนวนมากที่สุดของจังหวัด (เปรมวิทย์ วิวัฒน์เศรษฐ์, 2563) ได้แก่ ตำบลฝายกวาง ตำบลเวียง ตำบลเชียงบาน ตำบลหยวน ตำบลน้ำแวน มีชุมชนไทลื้อทั้งหมด 28 หมู่บ้าน (ที่ทำการปกครองอำเภอเชียงคำ, 2565) ชาวไทลื้อยังมีอัตลักษณ์วิถีชีวิตและพฤติกรรมตามวัฒนธรรมที่สืบทอดมาตามดั้งเดิมของเขา เช่น ภาษาตระกูลไท (ไต) การแต่งกายชุดไทลื้อ พิธีกรรม ความเชื่อ ประเพณีพื้นบ้าน และอาหาร (มิ่งกมล หงษาวงศ์, 2561) เหมือนรายงานก่อนหน้ากล่าวว่าชาติพันธุ์พื้นที่ราบยังคงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ดี เช่น อัตราการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความเคยชินและไม่รู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา (ศูนย์พัฒนาราชภูรบนพื้นที่สูง กรมอนามัย, 2565) อีกทั้งพฤติกรรมบริโภคอาหารส่วนใหญ่จะชินกับรสชาติเค็ม มัน และการใช้เครื่องปรุงรสในการประกอบอาหาร (ศูนย์พัฒนาราชภูรบนพื้นที่สูง กรมอนามัย, 2565) รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะใช้วิธีตามหลักความเชื่อโดยจะให้คนในครอบครัวไปซื้อยามารับประทานเองหาสมุนไพรตามพื้นที่ในการรักษาไปขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์โดยการเซ่นไหว้ด้วยการฆ่าสัตว์และเหล้า (Ong-Artborirak and Seangpraw, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL) เป็นแนวคิดที่สามารถใช้เป็นตัวชี้สะท้อน และอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เราทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ (Nutbeam,

2008) รวมทั้งมีองค์ประกอบหลักสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ และการตัดสินใจ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564) นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังสามารถวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ ของตัวบุคคลเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดี ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (วชิระ เพ็งจันทร์, 2561) จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไครเอเชีย พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bozica, et al., 2022) และการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ และสูงที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระยะเวลา 12 เดือน มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของความดันโลหิตตัวบน (SBP) ค่าเฉลี่ยลดลง 6.6 และ 5.3 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ และเมื่อเพิ่มการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 24 เดือน มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของความดันโลหิตตัวบน (SBP) ค่าเฉลี่ยลดลง 8.1 และ 4.6 มิลลิเมตรปรอท ลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มไม่ได้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของความดันโลหิตตัวบน (SBP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะเวลา 12 และ 24 เดือน ($P=0.67$ และ $P=0.25$ ตามลำดับ) (Jacqueline, et al., 2017) สอดคล้องกับผลการศึกษางานวิจัยหลายชิ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนใหญ่จะพบว่ามี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ชั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับไม่ดีพอ ถึงร้อยละ 100 และพบว่ามี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับไม่ดีพอมากที่สุด ถึงร้อยละ 100 รองลงมาเป็นด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 80 (สุพิชชา ระโห้วพรมราช และคณะ, 2561) และยังพบอีกว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุภาวดี อริพันธ์ และคณะ, 2563)

กลยุทธ์สำคัญที่สุดในการควบคุมระดับความดันโลหิต และการรักษาที่เหมาะสม คือ พฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-care behaviors) ของผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ตามบริบทของบุคคล รวมทั้งความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม (Orem, 2001) ทั้งนี้วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมในการทำงานของร่างกายทำให้มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ

ปัญหาสุขภาพที่มักเกิดในผู้สูงอายุ สามารถป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ หากมีการให้ข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ รวมทั้งการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และสามารถจัดการกับภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพเบื้องต้นได้ (Pender, 1987) นอกจากนั้นแนวคิดของแพนเดอร์ ยังกล่าวอีกว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการกระทำกิจกรรมของบุคคลที่ได้ริเริ่ม และกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งการมีชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การกระทำดังกล่าวต้องตั้งใจ และมีเป้าหมาย จึงจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมทั้งจะช่วยให้จัดการ และแก้ไขปัญหาได้ดี โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันออกไป (Pender, 1987) ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยาระดับบุคคล เช่น ความรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ความเชื่อที่สืบทอดต่อ ๆ กันมา และอิทธิพลทางสังคม จะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Pender, 1987) และจากการศึกษาวิจัยของประเทศอิหร่าน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ ไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นทำให้มีการรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Azam Larki, Rahim Tahmasebi, and Mahnoush Reis, 2018)

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจ ประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยมุ่งเน้นการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้มีความจำเป็นต่อการวางแผนส่งเสริม และป้องกันโรค รวมทั้งการจัดรูปแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค เพื่อช่วยป้องกัน และชะลอการเสื่อมของไตออกไปได้

คำถามการวิจัย

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย อยู่ในระดับใดบ้าง

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย เป็นอย่างไร

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ รายได้ อาชีพ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) การรับรสชาติอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารความเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทางไต

2. ตัวแปรตาม

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ระดับความดันโลหิต ได้แก่ ค่าตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) และ ค่าตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP)

2.2 ค่าบ่งชี้ทางเคมี ได้แก่ อัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate: eGFR) และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย กำหนดขอบเขตการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และเป็นผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่อาศัยในเขตตำบลฝายกวาง ตำบลเวียง ตำบลเชียงบาน ตำบลน้ำแวน และตำบลหย่วน อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 เดือนธันวาคม 2565-31 มีนาคม 2566

นิยามศัพท์การวิจัย

1. **โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT)** หมายถึง ภาวะที่ตรวจพบว่า มีค่าความดันโลหิตสูงผิดปกติ คือ มากกว่า หรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามมาตรฐานการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

2. **โรคไตเรื้อรัง (CKD)** หมายถึง เป็นความผิดปกติของไตทางด้านโครงสร้าง หรือการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมานานกว่า 3 เดือน คือ มีผลการตรวจที่ยืนยันว่ามีภาวะไตถูกทำลาย (renal damage) ค่าอัลบูมินในปัสสาวะ (AER) มากกว่า หรือเท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อวัน และอัตราการกรองของไต (GFR) ผิดปกติ น้อยกว่า หรือเท่ากับ 60 มิลลิกรัม/นาที/1.73 ตร.ม. (KDIGO, 2021)

3. **ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต** หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังร่วมด้วย ตามเกณฑ์

มาตรฐานการวินิจฉัยโรคเรื้อรังของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และตามเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัย รหัสโรค ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 (ICD-10-TM for PCU) อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป ในระบบฐานข้อมูล โดยตรวจพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือพบร่วมกันมานานกว่า 3 เดือน ในสองข้อต่อไปนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561)

3.1 ผู้ป่วยมีลักษณะที่แสดงถึงความผิดปกติของไต (kidney damage) อย่างใดอย่างหนึ่งข้อต่อไปนี้ต่อเนื่องนานเกิน 3 เดือน โดยไม่ขึ้นกับค่าอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate; GFR) เป็นการตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) โดยค่าปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ (albumin excretion rate, AER) ≥ 30 มก.ต่อวัน ซึ่งการกรณัตรวจพบ microalbumin ให้ผลบวก หมายถึง ตรวจพบ microalbumin 2 ใน 3 ครั้ง ภายใน 3-6 เดือน โดย 1) microalbuminuria dipstick ได้ผลบวก หรือ 2) urinary albumin/creatinine ratio (UACR) จากการเก็บปัสสาวะ มีค่า 30-300 mg/g เพื่อเป็นการยืนยันการตรวจวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

3.2 ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ตร.ม. ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบ หรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติ

4. **ผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ชาติพันธุ์ไทลื้อที่อาศัยในหมู่บ้านชุมชนไทลื้อ เขตตำบลฝายกวาง ตำบลเวียง ตำบลเชียงบาน ตำบลน้ำแวน และตำบลหย่วน อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา อาศัยอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นทะเบียนของศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง หรือเทศบาล/อปท.

5. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลในการรับรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง โดยในการศึกษาวิจัยนี้ประยุกต์ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

5.1 **ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ** หมายถึง ความคิด และความเข้าใจในด้านการค้นหาข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากหลายแหล่ง เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข คนในครอบครัว โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต หนังสือวารสาร และสิ่งพิมพ์ เป็นต้น แล้วนำมาถกเถียง และตรวจสอบเพื่อเลือกข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมาใช้

5.2 **ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง** หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังเพื่อสร้างความเข้าใจด้วยตนเอง รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง และภาวะผิดปกติที่พบของโรคความดันโลหิตสูง

5.3 ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจของบุคคลในการรับรู้ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง โดยใช้การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง หรือบุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือ เช่น คนในครอบครัว เพื่อนหรือผู้ป่วยด้วยกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มบุคคลในชุมชน ด้วยวิธีการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ เช่น การสนทนา การได้ซักถาม และการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เป็นต้น

5.4 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ หมายถึง สมรรถนะ และทักษะของบุคคล ในการตัดสินใจ หรือการเลือกปฏิบัติในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการวิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง เปรียบเทียบข้อดี/ข้อเสีย พิจารณาทางเลือก ผลดี/ผลเสีย หรือการขอคำปรึกษาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการให้คำชี้แนะ เกี่ยวกับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การกำหนดทางเลือกต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากหลากหลายที่มาจากหลายแห่ง ก่อนตัดสินใจเลือก ที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และครอบครัว

5.5 ด้านการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง สมรรถนะในการใช้ความรู้ ทักษะในการเตือนตนเอง จัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต บุคคลเหล่านี้สามารถที่จะนำประสบการณ์ และข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังที่จำเป็น มาจัดการวางแผน จัดสรรเวลา ควบคุมกำกับตนเอง สังเกตความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้นได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้อย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้

5.6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง สมรรถนะ และทักษะในการประเมิน วิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลผลิตภัณฑ์ หรือสินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่มีการโฆษณา นำเสนอจากแหล่งข้อมูลหรือผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ บ้ายโฆษณาหรือแผ่นพับ เว็บไซต์หรืออินเทอร์เน็ต เป็นต้น ข้อมูลสินค้าทางสุขภาพเหล่านี้จะถูกประเมิน สอบถาม หรือปรึกษาผู้รู้เพิ่มเติม ก่อนการตัดสินใจซื้อทุกครั้ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมทั้งที่จะสามารถบอกต่อวิธีการป้องกัน และกล่าวตักเตือนกับผู้ที่มียุทธกรรมเสี่ยงต่อเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง การปฏิบัติตัว หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการแสดงออกมาทั้งการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการปฏิบัติที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด (Pender, 1987)

7. ค่าบ่งชี้ทางเคมี (Biomarker) หมายถึง สารเคมีในรูปสารตั้งต้น (parent compound) สารอนุพันธ์ (metabolite) ตลอดจนสารที่เกิดจากปฏิกิริยาทางชีวเคมีในร่างกาย (reaction products) ที่สามารถตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้จากตัวอย่าง biological fluid ของร่างกาย (สุวิทย์ แว่นเกตุ, 2558) ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาค่าบ่งชี้ทางเคมี ได้แก่

7.1 อัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate: eGFR) หมายถึง ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ว่า การทำงานของไต หรืออัตราการกรองของไตผิดปกติหรือไม่ ซึ่งการประเมินค่าอัตราการกรองของไต (estimated GFR; eGFR) ทำโดยตรวจระดับครีตินินในเลือด (serum creatinine, SCr) และคำนวณด้วยสูตร CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) ดังแสดงในตาราง 2

มีการแบ่งระยะ และระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561)

ไตเรื้อรังระยะที่ 1 อัตราการกรองของไต (eGFR) ปกติ หรือมากกว่า 90 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.

ไตเรื้อรังระยะที่ 2 อัตราการกรองของไต (eGFR) 60–89 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.

ไตเรื้อรังระยะที่ 3 อัตราการกรองของไต (eGFR) 30–59 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.

ไตเรื้อรังระยะที่ 4 อัตราการกรองของไต (eGFR) 15–29 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.

ไตเรื้อรังระยะที่ 5 อัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.

7.2 ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) หมายถึง ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดปกติ หรือผิดปกติ หลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่ช่วยบ่งชี้ว่าปริมาณของกลูโคสในเลือดขณะนั้นอยู่ในระดับปกติ ต่ำกว่าปกติ หรือสูงกว่าปกติ โดยมีการแปลผล ดังนี้

1. ผู้ไม่เป็นโรคเบาหวาน = FBS น้อยกว่า 100 mg/dL
2. ผู้มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน = FBS 100 ถึง 125 mg/dL
3. ผู้เป็นโรคเบาหวาน = FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/d
4. ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (ypoglycemia)

Level 1 = FBS น้อยกว่า 70 mg/dL

Level 2 = FBS น้อยกว่า 54 mg/dL

Level 3 = มีลักษณะที่รุนแรงโดยมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางร่างกาย

และหรือจิตใจที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (American Diabetes Association, 2019)

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยกำหนดการแปรผลระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเชียงคำ ค่าปกติของระดับน้ำตาลในเลือด คือน้อยกว่า หรือเท่ากับ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด คือมากกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์
2. เพื่อนำผลการศึกษามาประยุกต์พัฒนาโปรแกรมในการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่
3. เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้เป็นประโยชน์ในการวางนโยบาย กำหนดทิศทางการพัฒนาบุคลากรให้ถูกต้องมากขึ้น (service plan สาขาโรค NCD)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎีความสูงอายุ
4. นิยามกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

1. ความเป็นมา และสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง
2. กลไกการเกิดโรค
3. อาการ และอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง
4. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

1. ความเป็นมา และสถานการณ์โรคไตเรื้อรัง
2. กลไกการเกิดโรคไตเรื้อรัง
3. อาการ และอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

1. การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
2. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด และโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 แนวคิด และทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care behavior)

ส่วนที่ 6 งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1. งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องในประเทศ
2. งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายคำว่า “ชรา” หมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจและความถดถอยสิ้นหวัง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์และมีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2560)

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2559) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านเกิดขึ้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อาทิ ทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางอารมณ์ และทางสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนไทลื้ออำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของคนนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานภายนอก อยู่ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการเจริญเติบโต (Growth or evolution) กับกระบวนการเสื่อม สลาย (atrophy or involution) 2 กระบวนการนี้เกิดขึ้นพร้อมกันตลอดเวลา ในวัยทารกถึงวัยหนุ่มสาว กระบวนการเจริญเติบโตจะมีมากกว่ากระบวนการเสื่อมสลาย คนในวัยนี้จึงเจริญเติบโตอย่างมาก หลังจากนั้นกระบวนการเจริญเติบโตจะค่อย ๆ ลดลง ขณะเดียวกันกระบวนการเสื่อมสลายจะค่อย ๆ มีมากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยชราเป็นผลให้เนื้อเยื่อ และอวัยวะภายในของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม (Nigam, Bhattacharya, and Bayer, et.al.,

2012) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นและเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาวขนาดมีผลทำให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเซลล์ต่าง ๆ เช่น ทำให้เส้นผมเปลี่ยนสี จากสีเดิมเป็นสีขาวมีลักษณะแห้งเปราะ ร่วงง่าย ผิวหนังจะแห้ง ปรากฏรอยย่น และมีจุดสีเกิดขึ้น การควบคุมระดับอุณหภูมิภายในร่างกายลดลง เกิดการโค้งงอของกระดูกสันหลัง กระดูกเปราะและแตกง่าย เป็นต้น

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบสัมผัสเฉพาะ ได้แก่ ตามองเห็นไม่ชัด หูเกิดความเสื่อมของประสาทหูทำให้การได้ยินลดลง จมูกในการรับกลิ่น ลิ้นและการรับรสชาติอาหารจะลดน้อยลงเพราะต่อมใต้สมองที่ทำหน้าที่นี้เสื่อมลง และประสาทสัมผัสที่ผิวหนังจะค่อย ๆ เสื่อมลง

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของหัวใจ ความสามารถในการทำงานของหัวใจจะลดลง อัตราการเต้น และความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเลือดจึงไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อย โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลาย เช่น แขน ขา และเท้า

2.1.4 การเปลี่ยนแปลงของปอดสมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทรวงอก กระดูกซี่โครงและสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกถูกจำกัด ประกอบกับความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอด และหลอดลมจะลดลงทำให้ปอดขยายตัวไม่ตีปริมาณอากาศตักค้างในปอดมากขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนเข้าปอดลดลงด้วย เป็นผลทำให้ออกซิเจนในเลือดต่ำ ผู้สูงอายุจึงมักเกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อขึ้นที่สูงหรืออยู่ในภาวะที่ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากกว่าปกติ

2.1.5 การเปลี่ยนแปลงของไตเซลล์ในไตจะเปลี่ยนแปลง และลดจำนวนลง ประกอบกับการไหลเวียนของเลือดในไตลดลง เป็นผลทำให้ไตของคนอายุ 70 ปี มีสมรรถภาพในการทำงานได้เพียงครึ่งหนึ่งของไตคนปกติที่มีอายุ 30 ปี ความสามารถในการทำงานของหน่วยกรองของไตในผู้สูงอายุ จะลดลงร้อยละ 30-50 เมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว

ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ปริมาณของเสียในเลือดตกค้างในไตมากขึ้น กระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กก็มีความจุประมาณ 250 ซี.ซี. หรือครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อย บางครั้งอาจถ่ายไม่สะดวกเนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อม เวลาไอ หรือจาม กล้ามเนื้อจะหดเกร็งทำให้ปัสสาวะไหล หรือปัสสาวะเล็ดออกมาได้

2.1.6 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เมื่ออายุมากขึ้นการผลิตฮอร์โมนทางเพศจะลดลงทั้งหญิง และชาย ในหญิงขนาดของเต้านมจะเล็กลงความสามารถในการมีบุตรจะหมดไป เมื่อหญิงอายุประมาณ 50 ปี สำหรับเพศชายลูกอัณฑะ และขนาดของอวัยวะเพศจะเรียวเล็กลง แต่สำหรับเพศชายความต้องการทางเพศยังคงมีอยู่หรืออาจลดลงทั้งชาย และหญิงนั้นต่อมต่าง ๆ เช่น ต่อมไทรอยด์จะมีขนาดเล็กลงจากอายุ 50 ปีไปแล้ว ทำให้การผลิตฮอร์โมนลดลง เป็นผลให้เกิดการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ตับอ่อนจะหลังอินซูลินน้อยลงผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเป็นเบาหวานได้ง่าย

2.1.7 การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากความสามารถในการรับรู้กลิ่น และรับรสชาติอาหารลดน้อยลง พบว่า เมื่อคนอายุ 70 ปี ความอยากอาหารลดลงร้อยละ 50 นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของเหงื่อ และฟันยังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่สะดวกเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด อาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์ ประกอบกับการดูดซึมสารอาหารบางประเภทลดลง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุบางรายมีอาการท้องผูก เนื่องจากลำไส้เคลื่อนไหวตัวช้าลงทำให้อาหารอยู่ในลำไส้ นานขึ้น และมีโอกาสจับตัวเป็นก้อนแข็งในลำไส้ส่วนปลายได้มากขึ้น

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ

เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ (สายพิณ ไชยพันธ์, 2561) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ ดังนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวลที่ตึงเครียด ฟุ้งซ่าน ฝันหลอน อาการนอนไม่หลับ กลัวถูกทอดทิ้ง ฯลฯ ความกังวลเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะไม่สบายใจ และกาย เช่น อาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลียไม่มีแรง เป็นต้น

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อาจเป็นโรคซึมเศร้าอันเนื่องมาจากความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงทางความคิดของผู้สูงอายุมักจะคิดซ้ำซาก ลังเล ระแวง หมกมุ่นเรื่องของตัวเอง เรื่องในอดีต และคิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมผู้สูงอายุมักเอาแต่ใจตัวเอง จู้จี้ บ่น ชอบยุ่งเรื่องคนอื่น หรืออาจมีปัญหาทางเพศ

2.2.4 การเปลี่ยนแปลงของความจำผู้สูงอายุมักจำปัจจุบันไม่ค่อยได้ และชอบซักถามคำถามซ้ำ ๆ ทำให้คนที่คุยด้วยเกิดความเบื่อหน่าย บางรายจำผิดพลาด หรือมีภาวะสมองเสื่อม

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมก็เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และจิตใจ ตามมา ดังนั้นการ เปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

2.3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาคำแนะนำให้แก่ บุตรหลาน อยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปใน ลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขันมองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัย ลดลง การเรียนรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความว้าเหว่ อ้างว้าง โดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ (Sudnongbua, 2011)

2.3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาท ที่เกี่ยวข้องกับภาระงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็น หัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแล และหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพา อาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจ บทบาททางสังคมที่เคยมีความรู้สึก ตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระของสังคม

2.3.3 ความคับข้องใจทางสังคมการปลดเกษียณ และการที่บุตรหลาน หรือ สังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีผลกระทบ ต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาด สมรรถภาพในการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการยอมรับมากขึ้น

2.3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะ เปลี่ยนไป ในแง่หน้าที่รับผิดชอบ งานที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวลดลงเปลี่ยนไปเป็นคนคอย รับคำปรึกษาการยอมรับและการพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุ ขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม และไม่กล้าแสดงออกสมรรถภาพถดถอย ความสัมพันธ์กับ

ชุมชนที่คุ้นเคยลดลงต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูงจากภาวะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งทางภาวะร่างกาย จิตใจ และสังคมดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น และนำมาสู่การให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมล้วนส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น เช่น รายได้ ครอบครัวยุทธศาสตร์สุขภาพ หรือพฤติกรรม การดูแลตนเอง รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การให้ความสำคัญในกระบวนการ หรือวิธีการดูแลผู้สูงอายุ การแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อที่ผู้สูงอายุจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ทฤษฎีความสูงอายุ

ทฤษฎีการเสื่อมสลายของเซลล์

เซลล์ร่างกายจะถูกทำลายเมื่อถูกใช้งานหนักมากเกินไป เป็นการสร้างสภาพเครียดให้กับร่างกาย ซึ่งความเครียดนี้จะเร่งให้เกิดความเสื่อมในอวัยวะต่าง ๆ เร็วขึ้น โดยเฉพาะต่อมต่าง ๆ และโครงสร้างของเซลล์

ความเครียดนั้นจะส่งผลต่อดับ กระเพาะอาหาร ไต ผิวหนัง รวมทั้งระบบชีวเคมี และ ฮอร์โมนในร่างกายเรา ทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติร่างกายจึงทรุดโทรม และแก่ก่อนวัยได้

เซลล์บางชนิดมีกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้ เช่น เซลล์ผิวหนัง เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เป็นต้น แต่เซลล์บางชนิดไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาท เป็นต้น ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลง และตาย การทำงานของอวัยวะนั้นจึงลดลง (วิจิตร บุญยะไพฑูริ, 2553) โรคที่เกิดการเสื่อมของร่างกาย เช่น หูตึง โรคกระดูกพรุน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

ทฤษฎีอนุมูลอิสระ

อนุมูลอิสระ คืออะตอมหรือโมเลกุลที่มีอิเล็กตรอนโคจรรอบตัวไม่ครบคู่ ทำให้มันไม่เสถียรจึงต้องการวิ่งไปจับกับโมเลกุลอื่นที่อยู่ใกล้ ๆ เพื่อแย่งอิเล็กตรอนมา เกิดการขาดคู่ของอิเล็กตรอนไปเรื่อย ๆ เป็นวงกว้างนำไปสู่การอักเสบ และการเสื่อมของร่างกาย หากอนุมูลอิสระมีมากเกินไปก็ทำให้อวัยวะนั้นเสื่อมลงเร็ว (กฤษดา ศิริรามพูน, 2561) อนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายจะทำลายส่วนประกอบของเซลล์ที่สำคัญในการผลิตพลังงานให้กับร่างกาย ซึ่งเรียกว่า “ไมโทคอนเดรีย” รวมถึงทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอีกด้วย ทำให้เซลล์อ่อนแอ และลดประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ สภาพร่างกายค่อย ๆ อ่อนแอลง ติดเชื้อง่าย เซลล์ค่อย ๆ

ตายลง และเร่งกระบวนการแก่อย่างช้า ๆ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (คัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2559) นอกจากนี้อนุมูลอิสระยังทำลายคอลลาเจน และอีลาสติน ซึ่งเป็นสารสำคัญของผิวหนังที่ทำให้ผิวคงความชุ่มชื้น ยืดหยุ่น และตึงตัว การสะสมของอนุมูลอิสระจะทำให้ผิวมีรอยเหี่ยวย่น และเกิดริ้วรอย โดยเฉพาะบนใบหน้าผลของอนุมูลอิสระต่อร่างกายค่อนข้างจะน้อยเพราะร่างกายยังมีกระบวนการซ่อม และทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่เมื่อเราอายุมากขึ้นอนุมูลอิสระนั้นจะรบกวนเซลล์ทำให้เซลล์ผิดปกติจนอาจกลายเป็นมะเร็งได้ (สมยศ กิตติมันคง, 2550) อนุมูลอิสระเกิดขึ้นได้จากสาเหตุดังนี้ (กฤษดา ศิรามพุช, 2561)

1. เกิดขึ้นภายในร่างกาย เช่น จากการเผาผลาญสารอาหาร (เมตาบอลิซึม) การกำจัดสารพิษในตับ การบาดเจ็บ การอักเสบทั่วไป การติดเชื้อไวรัส หรือแบคทีเรีย ความเครียด การออกกำลังกายหักโหมมากเกินไป

2. เกิดขึ้นภายนอกในร่างกาย เช่น จากอาหาร (แป้ง ทอด ย่าง) จากควันพิษ (บุหรี่ปั้ว ควันไฟ ท่อไอเสีย) จากสารเคมี (ยาฆ่าแมลง ยากำจัดวัชพืช สารแต่งเติมในอาหารสารกันบูด) จากรังสี (แสงแดด รังสีเอกซเรย์ โทรศัพท์มือถือ)

ทฤษฎีฮอร์โมน

ทฤษฎีฮอร์โมนนี้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมนหลัก และฮอร์โมนเพศในร่างกายจะลดลง ทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน ระบบเมตาบอลิซึมและสมรรถภาพทางเพศลดลง ดังนี้

เมลาโทนิน (Melatonin) เป็นฮอร์โมนควบคุมการนอนหลับ และภูมิคุ้มกันของร่างกายผลิตจากต่อมไพเนียลในตอนกลางคืน และผลิตได้ดีในความมืด เมื่อฮอร์โมนนี้ลดลงจะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเป็นโรคนอนไม่หลับ คนส่วนใหญ่จะมีระดับเมลาโทนินลดลงเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป (วิจิตร บุญยะโทตระ, 2553)

โกรทฮอร์โมน (Growth Hormone: GH) เป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการเจริญเติบโต เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ GH จะเริ่มลดลงหลังจากอายุ 30 ปี ในอัตรา ร้อยละ 14 ทุก 10 ปี ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะ เช่น ลงพุงบริเวณหน้าท้อง กล้ามเนื้อหด มีอาการหมดแรง เป็นต้น

เทสโทสเตอโรน (Testosterone) เป็นฮอร์โมนเพศชายช่วยสลายไขมัน เพิ่มกล้ามเนื้อ ลดระดับ Low density lipoprotein (ไขมันเลว) ในเลือด เมื่อเข้าสู่ช่วงสูงอายุฮอร์โมนเพศจะลดลงเป็นผลให้กล้ามเนื้อลดลงแต่ไขมันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้น้ำตาล และไขมันในเลือดสูงขึ้น การขาดฮอร์โมนเพศทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว และขาดอารมณ์ทางเพศมีผลต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนได้

เอสโตรเจน (Estrogen) เป็นฮอร์โมนเพศหญิง เมื่อมีการผลิตลดลงจะทำให้เกิดการขาดประจำเดือน (Menopause) ทำให้เกิดผิวแห้งเหี่ยว และกระดูกพรุน ระดับไขมันในเลือดสูงตามมา มักมีอาการผื่นผวนควบคุมอาการได้ยาก เรียกว่า “วัยหมดประจำเดือน หรือ วัยทอง”

ทฤษฎีการควบคุมทางพันธุกรรม

ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือ ทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) โดยเชื่อว่าสิ่งมีชีวิตทุกชนิดต่างก็มีการเปลี่ยนแปลง และมีพัฒนาการตลอดเวลา

ทฤษฎีนาฬิกาผู้สูงอายุ (Aging Clock Theory) โดยเชื่อว่าอายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) นาฬิกาชีวิตนี้จะอยู่ในนิวเคลียส และไซโทพลาสซึมของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งกำหนดให้เซลล์ตายหลังจากการแบ่งตัวครบ 50 ครั้ง เมื่อใกล้ครบครั้งที่ 50 การแบ่งตัวจะช้าลงเซลล์ดูแก่ขึ้น ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็จะมีอายุยืนยาวตามไปด้วย

ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) โดยเกิดจากการได้รับรังสีที่ละเล็กทีละน้อยเป็นประจำจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของ DNA และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวแบบผิดปกติ (Mutation) และเกิดการเป็นโรคต่าง ๆ ตามมา

ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) โดยความแก่เกิดจากนิวเคลียสของเซลล์มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม เซลล์ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิม และกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ภูมิคุ้มกันในร่างกายจะต่อต้านเซลล์ใหม่นี้ทำให้เซลล์เสื่อมสลาย และทำหน้าที่ไม่ได้

สรุปได้ว่า ทฤษฎีความสูงอายุ สามารถอธิบายถึงความชราของอายุทางด้านต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นต้น เมื่อเข้าสู่วัยชรากระบวนการเปลี่ยนแปลงของความชราที่เกิดขึ้นมักจะมีความสัมพันธ์กับอายุ ทำให้เซลล์ส่วนใดส่วนหนึ่งเกิดความเสียหาย ส่งผลกระทบต่อระบบของร่างกายแทบทั้งหมดทำให้ร่างกายเสื่อมสลายไป อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะระบบหลอดเลือด และหัวใจของผู้สูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และมีขีดจำกัดในการทำงาน จึงมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคทางระบบหลอดเลือด และหัวใจได้มากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

4. นิยามชาติพันธุ์ไทยลื้อ

ไทยลื้อ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่พูดภาษาตระกูลไทยอีกกลุ่มหนึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณภาคเหนือของประเทศไทยอีกกลุ่มหนึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณภาคเหนือของประเทศไทย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของภูมิลักษณ์ ภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศไทย และภาคเหนือของลาว ชาวไทยลื้อในสิบสองปันนามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับไทยวนล้านนาในยุค “เก็บผักใส่ซ้า เก็บข้าใส่เมือง” ชาวไทยลื้อจากสิบสองปันนาได้ถูกกวาดต้อนลงมาอยู่ในล้านนาจำนวนมาก ชาวไทยลื้อนับถือศาสนาพุทธ และปฏิบัติตามจารีตประเพณีทางพุทธศาสนา (สำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2565)

4.1 ประวัติความเป็นมาของไทยลื้อ

เดิมชาวไทยลื้อ มีถิ่นที่อยู่บริเวณเมืองลื้อหลวง ต่อมาได้เคลื่อนย้ายลงมาอยู่ในบริเวณเมืองหนองแส หรือที่เรียกว่าคูนหมิงในปัจจุบันแล้วย้ายลงมาสู่ลุ่มน้ำโขง สิบสองปันนา ปัจจุบัน ประมาณศตวรรษที่ 12 จึงเกิดมีวีรบุรุษชาวไทยลื้อชื่อ เจ้าเจียงหาญ ได้รวบรวมหัวเมืองต่าง ๆ ในสิบสองปันนา ปัจจุบันตั้งเป็นอาณาจักรแจ๋ลื้อ (เซอลี่) โดยได้ตั้งศูนย์อำนาจการปกครองเอาไว้ที่หอค้าเชียงรุ่งนาน 790 ปี ต่อมาถึงสมัยเจ้าอินเมืองครองราชย์ ต่อมาในปี ค.ศ. 1579-1583 (พ.ศ. 2122-2126) ได้แบ่งเขตการปกครองเป็นสิบสองหัวเมือง แต่ละหัวเมืองให้มีที่ทำนา 1,000 ไร่ (เชื้อพันธุ์ข้าว) ต่อมาหนึ่งที่/หนึ่งหัวเมืองจึงเป็นที่มาจนถึงปัจจุบันเมืองสิบสองปันนาได้แบ่งเขตการปกครองเอาไว้ในอดีตดังนี้ ชาวไทยลื้ออาศัยอยู่สองฝั่งแม่น้ำโขง คือ ด้านตะวันออกและตะวันตกของแม่น้ำ มีเมืองต่าง ๆ ดังนี้ ภาษาไทยลื้อ ได้กล่าวไว้ว่า หัวเมืองตะวันตก หกเมืองตะวันออก รวมเจียงฮุ่น (เชียงรุ่ง) เป็น 12 ปันนา และทั้ง 12 ปันนานั้น ประกอบด้วยเมืองใหญ่น้อยต่าง ๆ เช่น 1) ฝั่งตะวันตก ได้แก่ เมืองแซ่ เมืองหลวง เมืองหุน เมืองฮาย และเมืองมาง 2) ฝั่งตะวันออก ได้แก่ เมืองล้า เมืองฮิง เมืองพง เมืองงาด เมืองอุเหนือ และเมืองเชียงทอง (สำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2565)

การขยายตัวของชาวไทยลื้อสมัยเจ้าอินเมืองได้เข้าตีเมืองแถน เชียงตุง เชียงแสน และล้านช้าง กอบกู้บ้านเมืองให้เป็นปึกแผ่น พร้อมทั้งหัวเมืองไทยลื้อเป็นสิบสองเขต เรียกว่า สิบสองปันนา และในยุคนี้ได้มีการอพยพชาวไทยลื้อบางส่วนเพื่อไปตั้งบ้านเรือนปกครองหัวเมืองประเทศราชเหล่านั้น จึงทำให้เกิดการกระจายตัวของชาวไทยลื้อ ในลุ่มน้ำโขงตอนกลาง (รัฐฉานปัจจุบัน) อันประกอบด้วย เมืองยู่ เมืองยอง เมืองหลวง เมืองเชียงแขง เมืองเชียงลาบ เมืองเลน เมืองพะยาก เมืองไฮ เมืองโก และเมืองเชียงทอง (ล้านช้าง) เมืองแถน (เดียนเบียนฟู) ซึ่งบางเมืองในแถบนี้เป็นถิ่นที่อยู่ของชาวไทยลื้ออยู่แล้ว เช่น อาณาจักรเชียงแขง ซึ่งประกอบด้วย เมืองเชียงแขง เมืองยู่ เมืองหลวง เมืองเชียงก๊ก เมืองเชียงลาบ เมืองกลาง เมืองลอง เมืองอาน เมือง

พู่เลา เมืองเชียงดาว เมืองสิง เป็นต้น ชาวไทลื้อ มักใช้สัญลักษณ์ นกยูง ซึ่งจะเห็นปรากฏใน ลวดลายบนผ้า และสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ และมักจะมีการทำตุ๊กผ้า ส่วนใหญ่เป็นลวดลายช้าง ร้อย ม้าร้อย วัว ควาย ซึ่งมาจากเรื่องพระเวสสันดร ตอนไถ่ตัวกัณฑ์หา-ชาลี (สำนักศิลปะและ วัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2565)

สำหรับการอพยพไทลื้ออำเภอเชียงคำ อพยพมาจากเมืองพง เมืองหยวน เมืองมาง เมืองยั้ง เมืองเงิน เมืองเชียงคาน โดยการตั้งหมู่บ้าน ใช้ชื่อเมืองที่อยู่เดิมตั้งเป็นชื่อ หมู่บ้าน เช่นบ้านหยวน บ้านมาง บ้านเชียงคาน บ้านลำ ฯลฯ นอกจากนั้นยังมีประเพณีในการ นับถือเทวดาเมืององค์เดียวกันคือ เจ้าหลวงเมืองลำ ในบ้านน้ำแวน หมู่ 1 ตำบลน้ำแวน บ้านแวน หมู่ 2 ตำบลน้ำแวน บ้านแวนพัฒนาหมู่ 5 ตำบลเชียงบาน บ้านลำ ตำบลเวียง (อิสรา ญาณताल, 2534) และกลุ่มไทลื้อเชียงคำยังอพยพมาจากเมืองบัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่นับถือเจ้าหลวง เมืองลำ มาตั้งถิ่นฐานในอำเภอเชียงคำ โดยเลือกเอาบริเวณที่ห้วยแม่ต้ำไหลมาบรรจบกันกับ แม่น้ำแวน (ปัจจุบันคือบ้านหมู่ที่ 1) หลังจากนั้น ก็มีการขยายชุมชนออกไปตั้งอยู่อีกฟากหนึ่งของห้วยแม่ต้ำ (ปัจจุบันคือ หมู่บ้านแวนหมู่ที่ 2) และการขยายตัวครั้งสุดท้าย เมื่อประมาณ พ.ศ. 2460 ไปตั้งอยู่อีกฟากหนึ่งของแม่น้ำแวน ซึ่งปัจจุบันคือ บ้านแวนพัฒนา หมู่ 5 ตำบล เชียงบาน ซึ่งไทลื้อกลุ่มนี้ จะเป็นกลุ่มเดียวกับที่ถูกกวาดต้อนมาจากสิบสองปันนาในสมัย พระเจ้ากาวิละ เจ้าผู้ครองนครเชียงใหม่ และพระเจ้าสุริยพงษ์ผริตเดช เจ้าผู้ครองนครน่าน บ้านแวน ทั้ง 3 หมู่บ้าน ยังมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับกลุ่มไทลื้อในอำเภอท่าวังผา ความสัมพันธ์เครือญาติระหว่างบ้านแวนพัฒนา หมู่ 5 กับบ้านหนองบัว เพราะใน พ.ศ. 2495 มีครอบครัวไทลื้อจากบ้านหนองบัวมาตั้งรกรากอยู่ที่บ้านแวนพัฒนาโดยตรงประมาณ 20 ครอบครัว (ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2563)

ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อที่อาศัย ในตำบลหยวน ตำบลน้ำแวน ตำบลเชียงบาน ตำบลเวียง และตำบลเวียง อำเภอเชียงคำ จังหวัด พะเยา

4.2 วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

วิถีชีวิตแบบชาวไทลื้อที่นับถือพุทธศาสนาร่วมกับความเชื่อเรื่องผี และถ่ายทอด ความรู้ พิธีกรรมต่าง ๆ จากบรรพบุรุษ (องอาจ พรหมไชย, 2539) ไทลื้อ คือ กลุ่มชาติพันธุ์ที่พูด ภาษาตระกูลไท มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในแคว้นสิบสอง-ปันนาทางตอนใต้ของมณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ชุมชนชาวไทลื้อ มีเสน่ห์วิถีชีวิต ศิลปวัฒนธรรมประเพณีที่ โดดเด่น เช่น ผ้าทอมือ อาหาร และบ้านดั้งเดิม (เฮินลื้อ) เป็นต้น ชาวไทลื้อมีอุปนิสัยรักสงบ ขยัน อดทน เป็นผู้ที่อนุรักษ์วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมไว้เป็นอย่างดี ได้แก่

วัฒนธรรมการแต่งกาย รูปทรงบ้านเรือน อาหารพื้นเมือง เช่น แอ่งแฉะ จิ้นซ่าพริก ข้าวป๋าย แข่ง ปลาบึงอบ ถั่วโอหรือถั่วเน่า แกงขนมเส้นแห้ง ข้าวแคบ ขนมปาด ข้าวแต่นซี ข้าวต้มดอก ซ้อ ข้าวต้มหัวหงอก แกงผักกาดส้ม ขนมปาดลื้อ และแกงผักกาดจ้อ เป็นต้น โดยเฉพาะเอกลักษณ์การแต่งกายด้วยผ้าของชาวไทลื้อที่มีลวดลาย และสีล้นสดใส เช่น ลายดอกขอเครีหรือ ลายดอกขอ ลายม้า และลายดอกตั้ง เป็นต้น ซึ่งผู้หญิงจะแต่งกายด้วยเสื้อปัก แขนยาวตัดเสื้อ เข้ารูป เหวลอย มีสายหน้าเฉียงผูกติดกันด้วยด้ายพันหรือแถบผ้าเล็ก ๆ ที่มุมซ้าย หรือขวาของ ลำตัว สวมชินไทลื้อที่มีลวดลายกลางตัวชิน ส่วนหัวชินเป็นผ้าฝ้ายสีดำหรือสีน้ำตาลขาว ส่วนตีนชินเป็นผ้าพื้นสีดำ โปกหัวด้วยผ้าสีขาว ส่วนผู้ชายจะแต่งกายด้วยเสื้อนิยมนกกลอยขึ้น ทั้งสองข้าง สาบเสื้อขลิบด้วยแถบผ้าสีต่าง ๆ ประดับด้วยกระดุมเม็ดเล็กเรียงกันโปกหัว ด้วยผ้าสีขาว (สุพรรณณี สงวนพัฒน์, 2547) ในยุคปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมของ ชาวไทลื้อ ที่เกิดจากการขยายตัวของระบบสาธารณูปโภค สื่อ และการแต่งกาย มีส่วนทำให้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านการแต่งกาย การใช้ภาษา โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาสูง อายุ น้อย สถานะทางสังคมสูงจะยอมรับสิ่งใหม่ และการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย (จารุวรรณ พรหมวัง, 2536) กระบวนการถ่ายทอดความรู้ของไทลื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรเป็นการถ่ายทอด ความรู้จากบรรพบุรุษ และมีการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะการกล่อมเกลாத่างสังคม โดยครอบครัวเครือญาติและเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้จากผู้รู้ เช่น พระ ผู้อาวุโส และหมอพื้นบ้าน การสืบทอดความรู้ด้านการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรและไสยศาสตร์ ที่มีการสืบทอดถึงปัจจุบัน ส่วนมากจะสืบทอดกันในครอบครัวที่มีบรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้าน ส่วนด้านการยอมรับการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพรของประชาชนในชนบท ยังให้การยอมรับ และศรัทธา ส่วนมากผู้ใหญ่ยังมีความเชื่อ และยังมีมัยใช้กันอยู่เนื่องจากความเชื่อที่ได้รับ การสืบทอดบอกเล่าให้ปฏิบัติสืบทอดกันมา อีกประการหนึ่งคือ ยาสมุนไพรราคาถูกและสมุนไพร บางชนิดก็ไม่ต้องหาซื้อ สามารถหาได้จากในชุมชนที่ปลูกพืชพันธุ์ต่าง ๆ ไว้ ยาสมุนไพรบางชนิด ก็เป็นเครื่องปรุงอาหารในวิถีชีวิตประจำวันของชาวชนบท ส่วนเด็กและเยาวชน ให้การยอมรับ การใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ได้เรียนรู้การรักษาพยาบาลจากสื่อต่าง ๆ และจากสาธารณสุข ทำให้รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลด้วยวิถีวิทยาศาสตร์ มากกว่าวิธีแพทย์แผนโบราณ ปัจจุบันพบว่า การรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนโบราณ ยังมีอยู่ในประชาชนทุกกลุ่มควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

สรุปได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อมีวิถีชีวิตแบบชาวไทลื้อที่นับถือพุทธศาสนา ร่วมกับความเชื่อเรื่องผี และการนับถือบรรพบุรุษ เหมือนชาวไทยล้านนา และยังคงมีวิถีชีวิต ดั้งเดิมเกี่ยวกับการแต่งกาย และการรับประทานอาหารพื้นเมืองร่วมกับยุคสมัยปัจจุบัน

4.3 ภาษากลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

ชาวไทลื้อใช้ภาษาสื่อตระกูลภาษาไทกะไต (ไต) ชาวไทลื้อมีภาษาพูด และภาษาเขียนเป็นของตัวเอง ลักษณะเด่นของภาษาไทลื้อ คือ การเปลี่ยนแปลงเสียงสระภายในคำ โดยการเปลี่ยนระดับของลิ้น เสียงบางเสียงจะแตกต่างกันไปจากภาษาไทยวน เช่น สระเอีย เป็น เอ เช่น เมีย เป็น เม สระอัว เป็น โอ เช่น ผัว เป็น โผ สระเอือ เป็น เออ เช่น เกลือ เป็น เกอ เสียงวรรณยุกต์ของไทลื้อมี 6 เสียง เหมือนภาษาไทยวนแต่มีลักษณะแตกต่างกันไป คำศัพท์ที่ใช้ในภาษาไทลื้อมักเป็นภาษาถิ่นตระกูลไท หรือ คำศัพท์ไทดั้งเดิมเป็นส่วนใหญ่ (สำนักศิลปะ และวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2563)

สรุปได้ว่าไทลื้อ เชิงคำใช้ภาษาสื่อ และภาษาไทยภาคเหนือ (คำเมือง) ในการสื่อสาร สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้ใช้ภาษาสื่อ และไทยภาคเหนือ ในการชี้แจงงานวิจัย และการสัมภาษณ์แบบสอบถาม

4.4 การดูแลตนเองด้านสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

กระบวนการถ่ายทอดความรู้ของไทลื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพร เป็นการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ และมีการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะการกลุ่มเกลาทางสังคมโดยครอบครัวเครือญาติและเพื่อนบ้าน (องอาจ พรหมไชย, 2539) นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้จากผู้รู้ เช่น พระ ผู้อาวุโส และหมอพื้นบ้าน การสืบทอดความรู้ด้านการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพร และไสยศาสตร์ที่มีการสืบทอดถึงปัจจุบัน ยังคงความเชื่อเรื่อง “ขวัญ” อย่างคล้ายคลึงกัน มีพิธีเรียกขวัญเมื่อชีวิตเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ เช่น มีเคราะห์ รับโชค การเปลี่ยนสถานะทางสังคม การสูญเสีย การประสบอุบัติเหตุ การเกิด การเจ็บป่วย เพื่อฟื้นฟูสภาพจิต องค์ประกอบของการจัดการประกอบด้วย ผู้ป่วย พระสงฆ์ ผู้ประกอบพิธีกรรม (หมอขวัญ) ญาติพี่น้อง เครื่องประกอบพิธี เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจจากพิธีกรรม และความเชื่ออาทรรกันเครือญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น (สุวิภา จำปาวัลย์ และชัชชนะ ปิ่นเงิน, 2560) ส่วนมากจะสืบทอดกันในครอบครัวที่มีบรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้าน ส่วนด้านการยอมรับการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพรของประชาชนในชนบท ยังให้การยอมรับ และศรัทธา ส่วนมากผู้ใหญ่ยังมีความเชื่อ และยังมีนิยมใช้กันอยู่เนื่องจากความเชื่อที่ได้รับการสืบทอดบอกเล่าให้ปฏิบัติสืบทอดกันมา อีกประการหนึ่ง คือ ยาสมุนไพรราคาถูก และสมุนไพรบางชนิดก็ไม่ต้องหาซื้อ สามารถหาได้จากในชุมชนที่ปลูกพืชพันธุ์ต่าง ๆ ไว้ ยาสมุนไพรบางชนิดก็เป็นเครื่องปรุงอาหารในวิถีชีวิตประจำวันของชาวชนบท ส่วนเด็กและเยาวชน ให้การยอมรับการใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ได้เรียนรู้การรักษาพยาบาลจากสื่อต่าง ๆ และจากสาธารณสุข ทำให้รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัย และการรักษาพยาบาลด้วยวิธี

วิทยาศาสตร์ มากกว่าวิธีแพทย์แผนโบราณ ปัจจุบันพบว่า การรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนโบราณยังมีอยู่ในประชาชนทุกกลุ่มควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน (องอาจ พรหมไชย, 2539)

สรุปได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่ดั้งเดิมสืบถอดกันมารุ่นต่อรุ่น เช่น การใช้ยาสมุนไพร พิธีกรรมการรักษา การรักษาพยาบาลด้วยเรื่องไสยศาสตร์ เป็นต้น ผสมผสานกับการแพทย์สมัยใหม่ ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมของการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์ไทลื้อในอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคความดันโลหิตสูง

1. ความเป็นมา และสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) ได้กล่าวถึงโรคความดันโลหิตสูง คือ กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีระดับความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines, (2020) ได้ให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูง คือ ค่าระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ Systolic (mmHg) 130–139 และ Diastolic (mmHg) Diastolic 85–89 โรคความดันโลหิตสูง ระดับ 1 ค่าระดับความดันโลหิต Systolic (mmHg) 140–159 และ Diastolic (mmHg) Diastolic 90–99 และโรคความดันโลหิตสูงระดับ 2 ค่าระดับความดันโลหิต Systolic (mmHg) ≥ 160 และ Diastolic (mmHg) Diastolic ≥ 100

American Heart Association (2017) ได้กล่าวถึงโรคความดันโลหิตสูงมีเกณฑ์การวินิจฉัยจากค่าระดับความดันโลหิต $\geq 130/80$ มิลลิเมตรปรอท. ในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี และค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้ให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท. และความดันโลหิตไดแอสโตลิก

(diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท. และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ใช้ระดับความดันโลหิต (ตัวแปรตาม) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ต่อปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องที่สำคัญในปี พ.ศ. 2564 กล่าวโดยสรุปดังนี้ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และ 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วย อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 960 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 1,032 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยเพศชายมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศหญิง ภายหลังจากปี พ.ศ. 2560 ปัจจัยเสี่ยงในระดับประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2560 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงที่มีความชุกลดลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกินผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารรสชาติหวาน รสชาติเค็มมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) และยังพบอีกว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงใหม่มีแนวโน้มลดลง โดยมีปัจจัยเชิงบวกด้านพฤติกรรมในประชากรที่ดีขึ้น ทั้งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และวัยรุ่น คือ ความชุกของการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามภาวะสุขภาพคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2. กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น และการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้นทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการหดตัว และคลายตัวลดลง สูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจหลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมาก

ขึ้น หัวใจทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น

3. อาการ และอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย หรือปานกลางมักไม่พบอาการแสดงเฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ การวินิจฉัยมักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือมาพบแพทย์ร่วมกับสาเหตุของอาการอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่ความดันโลหิตสูงอาการที่พบบ่อย ได้แก่

3.1 ปวดศีรษะมักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรงโดยลักษณะอาการปวดศีรษะ มักปวดที่บริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้าต่อมาอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายไปเองได้ และอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวร่วมด้วย

3.2 เวียนศีรษะ (Dizziness) พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

3.3 เลือดกำเดาไหล (Epistaxis)

3.4 เหนื่อยหอบขณะทำงาน หรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

3.5 อาการอื่น ๆ ที่อาจพบร่วม ได้แก่ การเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการมีเส้นเลือดหัวใจตีบหรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจโต จากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ๆ (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2562)

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นพื้นฐานการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง คำแนะนำสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุม และป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

4.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรืออ้วน ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5–22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชาย และหญิง

4.2 การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสมควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบน

ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และเนื้อปลา ทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย หรือ (National Institutes of Health National Heart, 2006) ควรแนะนำแนวทางการบริโภคอาหารแบบ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดยเน้นการรับประทานประเภทข้าว แป้ง ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย ผักและผลไม้ในสัดส่วนที่เหมาะสมจะช่วยลดความดันโลหิตได้ถึง 8-14 มิลลิเมตรปรอท และการจำกัดโซเดียมไม่เกินวันละ 2,400 มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือประมาณ 1 1/4 ช้อนชาต่อวันจะช่วยลดความดันโลหิตได้ถึง 2-8 มิลลิเมตรปรอท. ควรแนะนำให้รับประทานผัก และผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดระดับความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียม หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์ นักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น ชะเอมเทศ เป็นต้น

4.3 การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร

องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้ คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้น อาจช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ การเพิ่มขึ้นปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลา หรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลา หรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก. (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

4.4 การเพิ่มกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้

การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้

ดังนั้นหากยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกาย นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกายหรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์

1. SBP ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท. หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอท
ขึ้นไป

2. มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย
3. มีโรคหัวใจล้มเหลว
4. มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
5. มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
6. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ
7. มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

4.5 การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณกล่าวคือผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

4.6 การเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่

สรุปได้ว่า สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกันมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักโภชนาการ หรือนักกิจกรรมบำบัด ตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

1. ความเป็นมา และสถานการณ์โรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 83.80 อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว หรือเมื่อเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) หรือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) และโดยปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางหน้าท้อง หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคน ต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ โดยสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องใช้งบประมาณการล้างไตเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยในปีงบประมาณ 2563 สูงถึง 9,407 ล้านบาท และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9,720 ล้านบาท ในปี 2564 จากรายงานข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า ความชุกผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ทุกปี โดยความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจาก 2,274 ต่อล้านประชากร และในปี 2563 เป็น 2,580 ต่อล้านประชากร ในปี 2564 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

2. กลไกการเกิดโรคไตเรื้อรัง

เกิดจากการเสื่อมของไต และการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลให้อัตราการกรองทั้งหมดลดลง และการขับถ่ายของเสียลดลงปริมาณครีตินิน และยูเรียไนโตรเจน ในเลือดสูงขึ้น หน่วยไตที่เหลืออยู่ จะเจริญมากผิดปกติเพื่อกรองของเสียที่มีมากขึ้น ผลที่เกิดทำให้ไตเสียความสามารถในการปรับความเข้มข้นปัสสาวะ ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่าง ๆ ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่จากร่างกาย จากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น และการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงร่างกายจึงไม่สามารถขจัดน้ำเกลือของเสียต่างๆ ผ่านไตได้ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 10-20 มล./นาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นเมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (โสมพันธ์ เจือแก้ว และศิริราณี เครือสวัสดิ์, 2557)

3. อาการ และอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรค และอาการแสดง (clinical manifestation) (อรุมน ศรียุคตศุท, 2554) ระยะของไตเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรอง ของไตเป็นตัวกำหนดดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรืออาจต่ำลงเล็กน้อย ในระยะนี้ยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ แต่บางรายอาจตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60-89 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย โดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคงมีอาการปกติ ระดับความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้นในระยะนี้ จะเริ่มพบความผิดปกติในผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30-59 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต ค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง มักยังไม่แสดงอาการผิดปกติ โดยส่วนใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูงได้ในระยะนี้ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวัง และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 15-29 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม และความจำแย่ลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ผิดปกติ พบภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) และไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ควรมีการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทดแทนไต

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² ซึ่งถือว่าเป็นระยะไตวาย ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย เสียสมดุลน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คันตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากภาวะน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยูรีเมีย

สรุปในการศึกษาวิจัยนี้ ได้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยนำระดับอัตรา

การกรองของไต มาเป็นตัวชี้วัดของผลลัพธ์ (ตัวแปรตาม) ในการประเมินแต่ละบุคคล ซึ่งจะบ่งบอกถึงระยะของโรค และระดับความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรังที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

1. การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

การตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง และให้การดูแลรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทำได้โดยการตรวจโปรตีนในปัสสาวะร่วมกับการตรวจเลือดวัดค่าครีตินินในเลือด และคำนวณค่าการทำงานของไต

1.1 การตรวจคัดกรองภาวะไตเรื้อรังด้วยการตรวจค่าการทำงานของไต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

เนื่องจากระดับค่าครีตินินในเลือดเพียงอย่างเดียว ยังไม่สามารถบอกถึงภาวะการทำงานของไตที่มีความบกพร่องในระดับเล็กน้อยได้ ดังนั้นจึงใช้ค่าอัตราการกรองของไต เป็นมาตรฐานการจำแนกระยะ และการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งการใช้ค่าอัตราการกรองของไตช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย ที่สมควรได้รับการส่งต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญต่อไป ทั้งนี้แนะนำให้มีการตรวจประเมินค่าอัตราการกรองของไตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ด้วยการตรวจระดับครีตินินในเลือด และคำนวณด้วยสมการ CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) ดังตาราง

ตาราง 1 แสดงสมการ CKD-EPI จำแนกตามเพศ และระดับครีตินินในเลือด ด้วยสูตร

CKD-EPI		
เพศ	ระดับ serum creatinine	สูตรที่ใช้
หญิง	< 0.7	$GFR = 144 (SCr/0.7)^{-0.329} (0.993)^{Age}$
	> 0.7	$GFR = 144 (SCr/0.7)^{-1.209} (0.993)^{Age}$
ชาย	< 0.9	$GFR = 141 (SCr/0.7)^{-0.411} (0.993)^{Age}$
	> 0.9	$GFR = 141 (SCr/0.7)^{-1.209} (0.993)^{Age}$

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, 2558

1.2 การตรวจคัดกรองภาวะไตเรื้อรังจากการตรวจหาอัลบูมิน หรือโปรตีนในปัสสาวะ ดังนี้

1.2.1 ตรวจหาโปรตีนจากตัวอย่างปัสสาวะโดยใช้แถบ กระดาษจุ่ม (dipstick) กรณีถ้าตรวจพบมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะตั้งแต่ ระดับ 1+ ขึ้นไป และไม่มีความผิดปกติที่สามารถทำให้เกิดผลบวก ลวง ถือได้ว่ามีความผิดปกติ

กรณีถ้าตรวจไม่พบโปรตีนรั่วทางปัสสาวะ ในสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล(รพ.สต.) ที่ทำการตรวจระดับอัลบูมินในปัสสาวะได้ ควรพิจารณาตรวจเพิ่มด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้ 1) ตรวจปัสสาวะเพื่อหาอัลบูมิน และคำนวณค่าสัดส่วนอัลบูมินต่อระดับครีตินิน (albumin-to-creatinine ratio, ACR) จากการเก็บปัสสาวะตอนเช้า (spot morningurine) ถ้ามีค่า 30-300 มก./กรัม แสดงว่ามีภาวะ microalbuminuria (ปัจจุบันใช้คำว่า moderately increased albuminuria) 2) ตรวจปัสสาวะแบบจุ่มด้วยแถบสีสำหรับ microalbumin (cut-off level: 20 มก./ลิตร) ถ้าผลเป็นบวกแสดงว่ามีภาวะ albuminuria โดยแนะนำให้ส่งตรวจซ้ำอีก 1-2 ครั้งใน 3 เดือน หากพบมีระดับอัลบูมินในปัสสาวะผิดปกติ (albuminuria) 2 ใน 3 ครั้ง ถือว่ามีภาวะไตมีความผิดปกติ

1.2.2 ในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจ ACR ได้ สามารถใช้การตรวจปัสสาวะเพื่อหาโปรตีนและคำนวณค่าสัดส่วนโปรตีนต่อครีตินิน (protein-to-creatinine ratio, PCR) ทดแทน โดยถ้าหากตรวจพบมีค่า PCR มากกว่า 150 มก./ กรัม และไม่มีความผิดปกติที่สามารถทำให้เกิดผลบวกลวง ถือว่าไต มีความผิดปกติ

1.3 การตรวจคัดกรองภาวะไตเรื้อรังจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

1.3.1 การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะด้วยแถบสีจุ่ม ถ้าได้ผลบวก ให้ทำการตรวจ microscopic examination โดยละเอียด ถ้าหากพบเม็ดเลือดแดงมากกว่า 5 cells/HPF ในปัสสาวะที่ได้รับการปั่น และไม่มีความผิดปกติที่สามารถทำให้เกิด ผลบวกปลอม ถือได้ว่ามีความผิดปกติ

1.3.2 ในกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติตามข้อ ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน หากยืนยันความผิดปกติสามารถให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วย เป็นโรคไตเรื้อรัง หากผลการตรวจซ้ำไม่ยืนยันความผิดปกติ ให้ทำการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในปีถัดไป

1.3.3 การตรวจอื่น ๆ เช่น การตรวจทางรังสี (plainKUB) หรือการตรวจอัลตราซาวนด์ (ultrasonography of KUB) ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย

1.4 การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังร่วม

1.4.1 ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต มากกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ถ้าไม่มีอาการหรือไตผิดปกติอื่น ๆ ไม่ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเพิ่มเติม และไม่ถือเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.4.2 ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ให้ประเมินดังนี้

(1) สืบค้นข้อมูลค่าครีเอตินินในเลือด หรือ eGFR ในอดีตเป็นเวลาย้อนหลังอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อดูอัตราการเสื่อมของไต

(2) ทบทวนประวัติการใช้ยาโดยเฉพาะยาใหม่ ๆ ที่เพิ่งเริ่มใช้ เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs) ยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) และ ยากลุ่ม angiotensin II receptor blockers (ARBs) เป็นต้น

(3) ตรวจปัสสาวะเพื่อหาภาวะเม็ดเลือดแดง หรือโปรตีนรั่วในปัสสาวะ หากพบโปรตีนร่วมกับเม็ดเลือดขาว อาจมีสาเหตุจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จึงควรส่ง ปัสสาวะเพื่อเพาะเชื้อ และรักษาโรคติดเชื้อก่อน แล้วจึงส่งปัสสาวะ เพื่อดำหนดค่า ACR หรือ PCR อีกครั้ง

(4) ประเมินลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยตามอาการของระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะขาดสารน้ำ วิตกกังวล และความดันโลหิต และคลำกระเพาะปัสสาวะ

สรุปในการศึกษาวิจัยนี้ได้ศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และใช้ผลการคำนวณอัตราการกรองของไตเป็นผลลัพธ์ของการศึกษา (ตัวแปรตาม)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังร่วม การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในระยะต้นของโรคสามารถชะลอความเสื่อมของโรคไต และป้องกันภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดงในระยะต้น และอยู่ในความดูแลของแพทย์ทั่วไป ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จึงมีความสำคัญด้านการชะลอความเสื่อมของไตอย่างมาก ควรมรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับความรู้ และคำแนะนำให้ความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอความเสื่อมของไตป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาวขึ้น เช่น งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย เป็นต้น รวมทั้งปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร

2. การระมัดระวังปัญหาจากเมตาบอลิซึมของยา (drug metabolism) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาโรค และระดับประคองอาการต่าง ๆ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต การมีพยาธิสภาพที่ไตทำให้มีผลต่อการดูดซึม การเผาผลาญ การแพร่กระจาย และการขับยาออกจากร่างกายทำให้มีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยามากขึ้น การประเมินค่าระดับครีตินินในเลือด ค่าแคลเซียมแรนซ์ครีตินิน และอัตราการกรองของไตเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำมาปรับขนาดของยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวาน และได้รับอินซูลินเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3 และ 4 ของโรคไตเรื้อรัง จำเป็นต้องพิจารณาปรับปริมาณอินซูลินลดลงตามความเหมาะสม เนื่องจากร้อยละ 30 ของอินซูลิน ที่ได้รับจะถูกขับออกทางไต เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ ความสามารถในการขับอินซูลินก็ลดลงด้วย จึงมีระดับอินซูลินคงค้างในกระแสเลือด ดังนั้นการตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารยา และคอยติดตามประเมินผลของยา พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยได้

สรุป พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง เป็นการจัดการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้อง และเหมาะสมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมด้วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยอาศัยการประเมินปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำมาผลลัพธ์มาใช้ในการจัดการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมด้วย และชะลอการเสื่อมของไต

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด และโรคไตเรื้อรัง

3.1 การรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงในผู้ป่วยไตเรื้อรัง จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตเสื่อมเร็วขึ้น เนื่องจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดที่ไต และยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไตโดยตรงด้วย การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไต ซึ่งนำไปสู่การมีโปรตีนในปัสสาวะ และภาวะไตวายที่สุด นอกจากนั้นปัจจัยด้านพันธุกรรมก็มีบทบาท

เสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตด้วย เป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ควรพิจารณาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่เป็นโรค อายุของ ผู้ป่วย ระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ (life expectancy) หรืออายุขัย โรคร่วมต่าง ๆ รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (pre-prandial capillary plasma glucose) ควรอยู่ที่ระดับ 70 –100 มก./ดล.(American Diabetes Association, 2019) ในผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะไตเสื่อม (วรวิษา สำราญเนตร และคณะ, 2564) ได้แก่

1. ระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ คือ ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA1C หรือ Glycosylated hemoglobin) >7% ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Plasma glucose) ที่มากกว่า 100–125 mg/dL จะมีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มากกว่า 125 mg/dL ขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง มากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2.51 เท่า (ทวี ศิลารักษ์ และคณะ, 2563) จะส่งผลให้เกิดอัตราการกรองของไตที่เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของ Glomerular basement membrane หนาตัวขึ้นมีการรั่วของโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะ (Microalbuminuria) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการทำงานของไตลดลง เกิดภาวะไตเสื่อม

2. ระดับความดันโลหิตสูง พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมร้อยละ 89.7 (อัจฉรา เจริญพิริยะและคณะ, 2559) เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงขึ้นส่งผลให้มีการสูญเสียมวลไต (Nephron mass) ลักษณะเนื้อไตเป็นก้อนขรุขระ (Granular kidney) บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (Renal cortex) บาง และมีเยื่อพังผืดที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและรูของหลอดเลือดเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ไตจึงเสื่อมสมรรถภาพ ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลง (อัจฉรา เจริญพิริยะ และคณะ, 2559)

3. ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับอายุมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยง การเกิดไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี พบไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 82.6 ซึ่งสัมพันธ์กับการเป็นเบาหวานมานานเกิน 5 ปี พบไตวายเรื้อรังร้อยละ 76.9 (นุสรวิโรจน์, 2560) ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานที่นานขึ้น 5 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็ง (Arteriosclerosis) มีผลให้การทำงานของไตเสื่อมลง (Liang, 2017) ร่วมกับผู้ป่วยจะเริ่ม

ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากมียาที่ต้องรับประทานเพิ่มขึ้น มีความรู้สึกว่าการรักษา ยุ่งยากขึ้นจนเป็อการรักษา

4. การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารรสเค็มจะทำให้ไต ทำงานหนักเนื่องจากเกิดการคั่ง ของน้ำในร่างกายทำให้ต้องขับโซเดียมออกโดยปัสสาวะ บ่อย ๆ อาหารโปรตีนมากจะทำให้เกิดการย่อยสลาย โปรตีนแล้วของเสียจะผ่านไตมากทำให้ไต ทำงานเพิ่มขึ้น อาหารไขมันสูงจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงส่งผล ต่อหลอดเลือดตีบแคบ ทำให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้น และการดื่มน้ำปริมาณน้อยทำให้ปริมาตรเลือดในร่างกายลดลง เกิดภาวะขาดน้ำส่งผลให้เลือดหนืดขึ้นแล้วทำให้ปริมาตรเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง

5. การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือด ส่วนปลายหดตัว จะส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด เลือดไหลไปยังอวัยวะส่วนปลาย ได้น้อยลง จะทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือด ในไตลดลง ส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงทำให้ไต สูญเสียคุณสมบัติการกรอง และการดูดซึมกลับสารต่าง ๆ มีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะมากขึ้น และในผู้ป่วยเบาหวานหรือมีระดับ น้ำตาลในเลือดสูงที่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยไต และทำให้ไตเสื่อมลง (Liang, 2017) ส่วนการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์ เป็นตัวเร่งให้ร่างกายขับน้ำออกจากร่างกายทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น

6. ภาวะอ้วนจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) สูง ความอ้วน ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เนื่องจากเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกาย มีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อ ได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือดส่งผลต่อหน่วยไตต้องรับภาระการกรอง เพิ่มขึ้นจึงเกิดไตเสื่อมตามมา

7. การไม่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมแต่ต้องไม่รุนแรง และไม่เหนื่อยจนเกินไป เช่น การเดิน การบริหารร่างกายชนิดที่อยู่กับที่ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยทำให้การไหลเวียน ของโลหิตดีขึ้นสุขภาพแข็งแรงกว่าเดิม การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะช่วยควบคุมน้ำหนัก และลดปริมาณไขมันไม่ดีได้เพิ่มการเผาผลาญ ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลิน (Insulin sensitivity) ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะไตเสื่อม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของเกิดภาวะไตเสื่อมจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีหลายสาเหตุ มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล และเมื่อเกิดไตจะเสื่อมมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย

ของโรคจะทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มาศึกษาหาเป็นตัวแปรตามเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ส่วนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) หมายถึง ทักษะทางปัญญา และสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของปัจเจกในการแสวงหาทำความเข้าใจ การใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริม และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

Nutbeam (2008) หมายถึง ทักษะทางปัญญา และสังคมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริม และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

American Medical Association's (1999) หมายถึง กลุ่มทักษะ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการอ่านตัวหนังสือ ตัวเลขที่จำเป็นในการปฏิบัติเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) หมายถึง ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

วชิระ เพ็งจันทร์ (2561) หมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ การใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สภาวะที่ดีเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข (2560) หมายถึง ความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม

สรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต แล้วส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองระดับความดันโลหิตและค่าบ่งชี้ทางเคมี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องพัฒนา 3 ระดับ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562)

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่จะเป็นการสร้างความเข้าใจ

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive/communicative health literacy) ทักษะพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญาและทักษะทางสังคม

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ทักษะทางปัญญาและสังคม การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ และการผลักดันสังคม

องค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนา ประกอบด้วย เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ ตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาทักษะแต่ละด้านจะต้องมีความสอดคล้องกับการออกแบบพัฒนาเครื่องมือวัด เพื่อให้การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา มีความเป็นมาตรฐาน และสามารถนำผลที่ได้มาทำการเปรียบเทียบ ความเปลี่ยนแปลง เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะแต่ละด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. ทักษะเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบ หลักการ คือ ต้องฝึกวิธีการค้นหาข้อมูลว่าจะต้องทำอย่างไร การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์มีวิธี/เทคนิคอย่างไร นี่คือการสามารถเบื้องต้น ต่อมาก็ฝึกกลั่นกรองข้อมูลพิจารณาตามเกณฑ์เพื่อกลั่นกรอง ฝึกให้ประชาชน ไม่เชื่ออะไรง่าย ๆ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาที่มาของข้อมูล และเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นความแตกต่างของข้อมูล

2. ทักษะการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ การสร้างวิธีจดจำ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารความรู้และบริการสุขภาพ การฝึกทักษะนี้ไม่เน้นสอนให้ความรู้ แต่เน้นพัฒนาความสามารถในการจดจำ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวต่าง ๆ เช่น กรณีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำประเด็นการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่เข้าใจยาก หรือมีความสับสน มาสร้างการเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนจนคลายความสงสัย และหาวิธีทำให้จดจำสาระสำคัญได้เป็นต้น

3. ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ วางแผน การใช้คำถาม ตั้งคำถาม ใช้คำถาม และประเมินคำถาม การฝึกการใช้คำถามมีความสำคัญต่อ

การสร้างการเรียนรู้ที่ช่วยในการจดจำ และสร้างให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งนี้บริบทของชุมชนมีการใช้คำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้ค่อนข้างน้อย ทำให้ขาดโอกาสที่ผู้อื่นจะได้เรียนรู้จากคำถามที่สะท้อนความสนใจของบุคคลอื่นอย่าง น่าเสียดาย รวมทั้งทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาการใช้คำถาม ส่งผลทำให้บุคคลมีความเข้าใจแนวทางปฏิบัติตัวในเรื่องต่าง ๆ อย่างคลุมเครือ และไม่ชัดเจน ดังนั้น การใช้คำถามที่ดีของบุคลากร และผู้ใช้บริการจึงช่วยทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเกิดความเข้าใจชัดเจนต่อแนวทางปฏิบัติตัว

4. ทักษะตัดสินใจด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ระบุปัญหาสร้างทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจ การฝึกการตัดสินใจมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน บุคคลทั่วไปขาดการฝึกฝน และพัฒนาทักษะด้านนี้บางท่านอาจจะเคยได้ยินคำพูดว่า “ไปคิด และตัดสินใจให้ดี” แต่ไม่มี การสอนวิธีตัดสินใจ หรือสร้างกระบวนการฝึกการตัดสินใจ การไม่ตัดสินใจ การตัดสินใจช้า และการตัดสินใจโดยขาดความรอบคอบ ส่งผลทำให้มีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมส่งผลเสียต่อการดูแลสุขภาพ เนื่องจากบุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อนจะเลือกแนวทางปฏิบัติที่มีความเหมาะสม และมีเหตุผลรองรับได้ยาก รวมทั้งขาดทักษะในการจัดการ หรือแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ดังนั้น การฝึกให้บุคคลได้ผ่านประสบการณ์ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ล่อแหลมต่อสุขภาพภายใต้บริบท และเงื่อนไขต่าง ๆ จะช่วยพัฒนาระบบความคิดที่ดี

5. ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เป็นความสามารถที่มีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติตัว เนื่องจากสภาพปัญหาที่พบได้ทั่วไป ก็คือบุคคลรับรู้ เข้าใจ แต่ไม่ปฏิบัติ หรือบางส่วนมีความต้องการจะปฏิบัติ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยลิ้มรับประทานยา ลิ้มตัวเพลอไปบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ยอมตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีตัววัคซีนป้องกันโรค ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ เป็นต้น

6. การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะในการมีความสามารถในการประเมิน วิเคราะห์ และตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่น่าเสนอเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ประเมิน วิเคราะห์สื่อ หรือข้อมูลด้านสุขภาพ

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ ทำให้เราทราบสภาพปัญหา เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่างนำไปสู่สุขภาพะ

ที่ดี ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในงานศึกษาวิจัยนี้ได้ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ มาเป็นเครื่องมือวัด และประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (ตัวแปรต้น) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย เพื่อหาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และศึกษาความต้องการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

ความหมายพฤติกรรม

เฉลิมพล ตันสกุล (2543) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำการปฏิบัติ การแสดงออก และทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ และการละเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

พรสุข หุ่นรินทร์ (2545) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือผลเสียต่อสุขภาพแล้วแต่กรณี นอกจากนั้นพฤติกรรมยังรวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้ และทัศนคติที่มีต่อสุขภาพอีกด้วย

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองที่เป็นผลมาจากปัจจัยด้านพุทธิพิสัย ด้านเจตพิสัย และด้านทักษะพิสัย

เกษแก้ว เสียงเพระ (2562) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (เรียกว่า พฤติกรรมภายใน) และการแสดงออกที่เป็นการกระทำ(พฤติกรรมภายนอก) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลป้องกัน ส่งเสริมรักษา และจัดการกับสุขภาพตนเอง

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2562) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการงดเว้นใด ๆ ทั้งที่เป็นผลดี และผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรม หรือ การปฏิบัติตัวใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไป เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่ หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะ พฤติกรรมนั้น ๆ จะประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย หรือไม่ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่นี้ เป็นการแสดงออก หรือการปฏิบัติตัวใด ๆ ก็ตามในชีวิตประจำวันที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่ดี และไม่ดี ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการจัดการความเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ช่วยควบคุม หรือลดระดับความดันโลหิต และยังชะลอการเสื่อมของไตได้ ซึ่งแสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพออกมาในรูปแบบของค่าบ่งชี้ทางเคมี จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการดำรงชีวิต หรือวิถีการดำรงชีวิต ซึ่งมีการแสดงออกมามีลักษณะของพฤติกรรมต่าง ๆ 2 ลักษณะได้แก่ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

1. **พฤติกรรมภายใน (Covert behavior)** คือ พฤติกรรมที่เจ้าของพฤติกรรมเท่านั้น ที่ได้รับรู้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของพฤติกรรมไม่สามารถรับรู้ได้โดยตรง ถ้าไม่แสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก บุคคลอื่นจะรับรู้พฤติกรรมภายในของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้โดยการสันนิษฐาน หรือคาดเดาเอาเองเท่านั้น แต่ถ้าหากมีพฤติกรรมภายในที่ปรากฏออกมาจะทำให้บุคคลอื่นมีข้อมูลประกอบการสันนิษฐานถึงพฤติกรรมภายในได้ดียิ่งขึ้น พฤติกรรมภายในเน้นเป็นการทำงานของสมองซ่อน หมายถึงขั้นตอนการทำงานของสมองในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย เช่น การคิด ค่านิยม เจตคติ จินตนาการ การตัดสินใจ การโกรธ การรับรู้ การจำ การเข้าใจ การหิว การฝัน การได้ยิน การได้กลิ่น แรงบันดาลใจ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นอาจมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกาย เช่น ขณะใช้ความคิดคลื่นสมองทำงานมาก หรือขณะโกรธปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดมีมาก ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือแต่ก็ไม่มีใครรู้ละเอียดลงไปได้ว่าเขาคิดอะไร หรือ เขารู้สึกอย่างไร คนรู้ละเอียดคือเจ้าของพฤติกรรมนั้น

2. **พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior)** คือ พฤติกรรมของบุคคลอื่นนอกเหนือจากเจ้าของพฤติกรรมสามารถที่จะรับรู้ได้ และบางพฤติกรรมเจ้าของพฤติกรรมเองยังไม่รู้ด้วยซ้ำ ไปพฤติกรรมภายนอกนั้นบุคคลอื่นจะรู้ได้ต้องยังอาศัยการสังเกต ไม่ว่าจะใช้ประสาทสัมผัสโดยตรง หรือใช้เครื่องมือช่วยในการสังเกต

ดังนั้น บุคคลจึงมีพฤติกรรมสุขภาพ 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายในที่มีทั้งแบบรูปธรรม และนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ หรือการสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ การหายใจ และระดับความดันโลหิต พฤติกรรมภายในเหล่านี้เกิดความคิด การตัดสินใจ ค่านิยม แรงบันดาลใจ เป็นต้น และพฤติกรรมภายนอก เช่น การเดิน การพูด การรับประทานอาหาร และการเต้นของหัวใจ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอกนี้จะมีความสัมพันธ์กัน โดยพฤติกรรมภายในเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมภายนอก เช่น คนเราย่อมพูด หรือย่อมแสดงกิริยาโดยสอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดภายใน เป็นต้น

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care behavior)

Orem (1985) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้คือ มีความรู้ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่อง จนได้รับผลสำเร็จ การให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี และการรับรู้พฤติกรรมดูแลสุขภาพสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยมีข้อบกพร่องหรือการล้มเหลวที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ มีกำลังใจ และความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

Hill and Smith (1985) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่กิจกรรม และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

Pender, et al. (1987) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลได้ริเริ่ม และกระทำตามแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งการรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง โดยรวมถึงการคิด การตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้วส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพสุขภาพ ป้องกันโรค ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การวินิจฉัยโรค การเข้ายาและการปฏิบัติตัวหลังรับบริการด้านสุขภาพ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคล หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีการแสดงออกมาทั้งการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการปฏิบัติที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของตัวบุคคลที่แสดงออกมา ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น รสชาติอาหาร การใช้เครื่องปรุงรสในการประกอบอาหาร การรับประทานผักผลไม้ เครื่องดื่มชูกำลัง และเครื่องดื่มพวบน้ำหวาน น้ำอัดลมต่าง ๆ เป็นต้น ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา เช่น การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง การใช้ยาเสริม การใช้ยาสมุนไพร การตรวจเช็คระดับความดันโลหิตก่อนการใช้จ่าย เป็นต้น ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่น กิจกรรมทางกาย อาทิ เดิน เล่นกีฬา การยืดเหยียด และการเคลื่อนไหวในการทำงาน เป็นต้น และด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด เช่น กิจกรรมคลายความเครียด อาทิ ทำงานอดิเรก พูดคุยระบายความรู้สึก กิจกรรมสันทนาการ หรือการเล่นกีฬา การฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น แล้ววัดผลระดับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่แสดงออกเป็นแต่ละระดับ

ส่วนที่ 6 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1. งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องในประเทศ

ชิลาพัทธ์ ชูทอง (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้จ่าย ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยด้านการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการใช้จ่ายในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.413$)

พงษ์ประยูร แก้วหมื่น, ปุญญพัฒน์ ไชยเมส, และสมเกียรติ ยศวรรเวช (2562) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อ่าเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะ ไตวาย

Ong-Artborirak and Seangpraw (2019) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนกลุ่มน้อยชายแดนไทย การศึกษานี้ มุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชนกลุ่มน้อย พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มชาติพันธุ์ ($p\text{-value}<0.01$) ตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ การศึกษา โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ (p -value < 0.05) และกลุ่มชนกลุ่มน้อยยังมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะใช้วิธีตามหลักความเชื่อ โดยจะให้คนในครอบครัวไปซื้อยามารับประทาน ทาสมนไพรตามพื้นที่ในการกินรักษา ไปขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์โดยการเซ่นไหว้ด้วยการฆ่าสัตว์ และเหล้า

พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และประทีป หมี่ทอง (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับโรคไตเรื้อรัง การรับประทานยามากกว่า 10 เม็ดต่อวัน กลุ่มอายุ 41-50 ปี และโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) การออกกำลังกาย และกลุ่มอายุ 51-60 ปี มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทำนายปัจจัยต่าง ๆ ต่อโรคไตเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่ได้ศึกษา คือ 1) รับประทานยามากกว่า 10 เม็ดต่อวัน 2) กลุ่มอายุ 41-50 ปี 3) การออกกำลังกาย 4) โรคความดันโลหิตสูง 5) กลุ่มอายุ 51-60 ปี และ 6) การจัดการความเครียด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ 0.459 ตัวแปร (ปัจจัย) ทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันทำนายโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ร้อยละ 45.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

มลทนา เบ็ญจรงค์ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง เป็นปัจจัยหลักที่มีอำนาจการทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 เสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตามเป้าหมายมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 3a 5.98 เท่า

ณิกานต์ วงษ์ประกอบ และลลขวี ปิยะบัณฑิตกุล (2560) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ไม่ได้ มีโรคประจำตัวร่วม การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง Diastolic blood pressure สูง Triglyceride สูง อายุ 70-79 ปี LDL-Cholesterol สูง และเพศหญิง

2. งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Debasish Banerjee and Kidney International Reports (2021) ได้ทำการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การเกิดโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ที่มากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.06 เท่า และมีความสัมพันธ์ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น

Ahmed (2021) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยที่คลินิกฟอกไตโรงพยาบาล Al-Sadder ในประเทศตุรกี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 62.5

Richard, et al. (2021) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเอง และการประเมินระดับความดันโลหิตที่บ้าน (HOME BP) แบบออนไลน์ ในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า หลังจากหนึ่งปีกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง 151.7/86.4 เป็น 138.4/80.2 มิลลิเมตรปรอท. ส่วนกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลปกติ แต่มีความคุ้มค่ามากกว่า ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิต และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง 151.6/85.3 ถึง 141.8/79.8 มิลลิเมตรปรอท. และพบว่า ความแตกต่างของระดับความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ค่าเฉลี่ยลดลง 3.4 มิลลิเมตรปรอทระดับความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure ค่าเฉลี่ยลดลง 0.5 มิลลิเมตรปรอท. การที่ระดับความดันโลหิตลดลงในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น

Misghina Weldegiorgis (2020) ได้ทำการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าการเกิดโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ที่มากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.06 เท่า และมีความสัมพันธ์ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น

Bozica, et al. (2020) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และความชุกของโรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในประเทศโครเอเชีย พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Eric Yuk Fai Wan (2019) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความดันโลหิต อุบัติการณ์ความเสี่ยงของหัวใจ และหลอดเลือด อุบัติการณ์เกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศฮ่องกง ผลการวิจัยพบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง และการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต 10 มิลลิเมตร

ปรอท มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง ถึงร้อยละ 11 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Azam, Rahim and Mahnoush (2018) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในทางใต้ของประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ ไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นทำให้มีการรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jacqueline, et al. (2017) การศึกษาติดตามกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 12 เดือน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงมีความสัมพันธ์ต่อการลดค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure ลดลง 6.6 จาก 144 มิลลิเมตรปรอท. และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการลดค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure 5.3 มิลลิเมตรปรอทจาก 138 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fatemeh, Azar and Roya (2020) ได้ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.528$ และ $p<0.05$)

Barati, et al. (2020) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ ที่ร่วมกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ghada Sayed (2022) ได้ศึกษาบทบาทของความ แบบย้อนหลังเพื่อรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเกลือ และภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า การลดบริโภคเกลือ หรืออาหารที่มีโซเดียมสูง น้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และจากการศึกษาแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) Nutbeam (2008) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน มาเพื่อศึกษาปัญหาด้านปัจจัยและสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยมีตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลอย่างไรต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีผลต่อตัวแปรผลลัพธ์ ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ได้แก่ ค่าตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) ค่าตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) และค่าบ่งชี้ทางเคมี ได้แก่ อัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate: eGFR) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) โดยผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ 1



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตกับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยชาติพันธุ์โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรมระบบ Hosxp. ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ และคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา (Health Data Center พะเยา) ข้อมูลในปีงบประมาณ 2565 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่อาศัยอยู่อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

2. กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากลักษณะบริบทพื้นที่ในการศึกษานี้มีประชากรขนาดใหญ่ และไม่ทราบจำนวนประชากรของกลุ่มอย่างที่แน่นอน ประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อมีการโยกย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัยไปมา และไม่ได้อยู่ในพื้นที่จริงในช่วงเวลาที่กำลังศึกษา การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ จึงใช้สูตรของ Khazanie (1996) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ดังนี้

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{2}{\frac{Z\alpha/2}{E}}$$

โดยให้	n	แทน	จำนวนตัวอย่าง
	$Z\alpha/2$	แทน	คะแนนมาตรฐานซึ่งกำหนดไว้ให้ความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (0.05)
	σ	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร เท่ากับ 10

E แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้
เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \left(\frac{2}{\frac{1.96/C}{C/10}} \right)$$

$$n = (1.96 (10))^2$$

$$n = (1.96)^2$$

$$n = 384.16$$

$$n = 385$$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 385 ราย ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายข้อมูล (Missing data) จึงได้กำหนดกลุ่มขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 ของจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มอีก 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในที่จะศึกษาในครั้งนี้ไว้ที่ จำนวน 405 คน

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

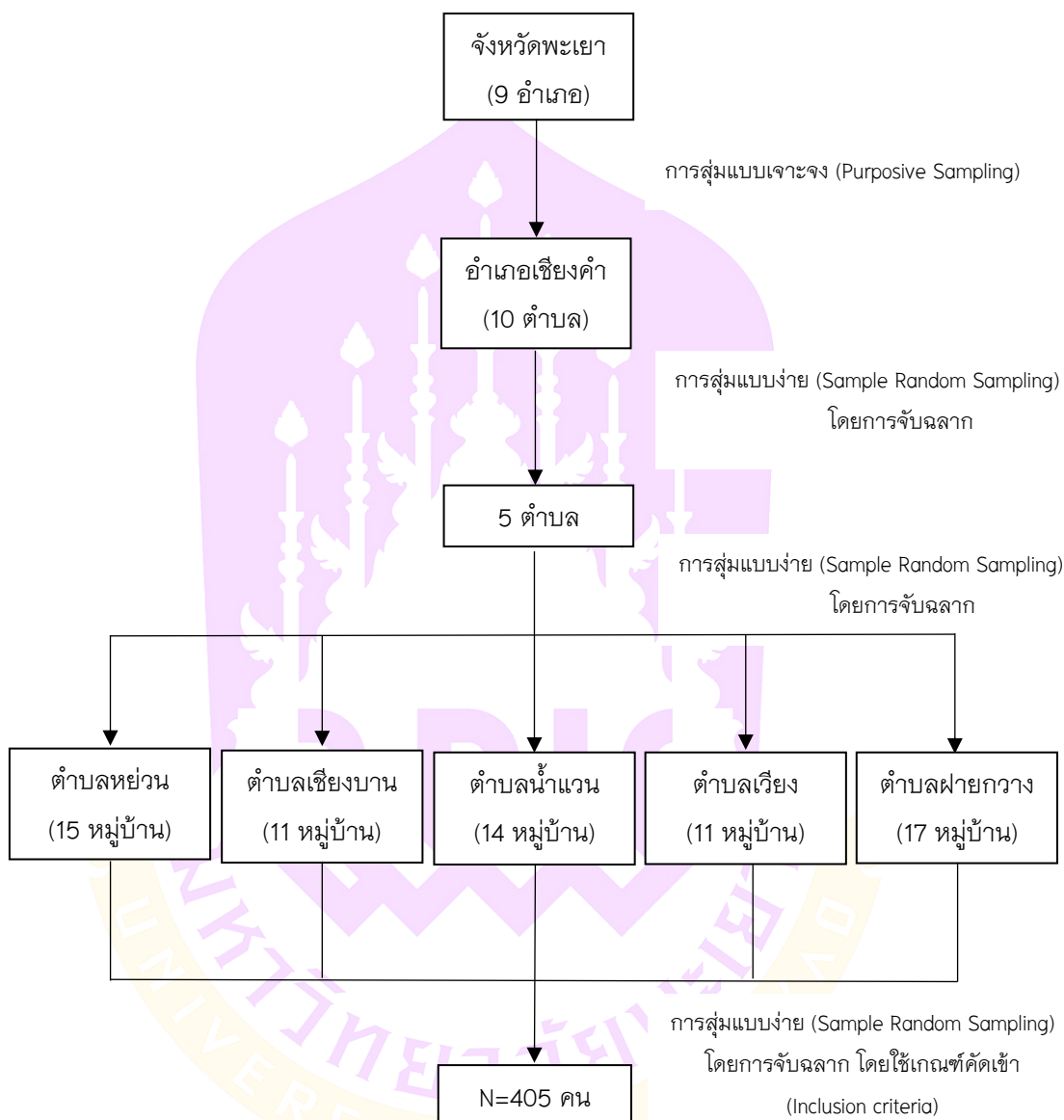
การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา เพราะอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ค่าเฉลี่ยร้อยละ 45.48 และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 พบมากที่สุดในจังหวัดพะเยา ถึงร้อยละ 53.37

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจาก 10 ตำบลในอำเภอเชียงคำ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลากทุกตำบลมีโอกาสเลือกเท่ากัน ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่าง 5 ตำบล คือ ตำบลหย่วน ตำบลเวียง ตำบลฝายกวาง ตำบลน้ำแวน และตำบลเชียงบาน ผู้ป่วยแยกตามหมู่บ้านในแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้จะถูกกำหนดจากกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 หมู่บ้านมีโอกาสที่จะถูกเลือกเท่ากัน โดยการจับฉลากตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ในระบบ Hos.xp Version 4.0 ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จับแบบไม่ใส่คืนจนกระทั่งครบจำนวน
กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 405 คน



ภาพ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

4. การคัดเลือกประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

4.1 เกณฑ์การคัดเลือกประชากร (Inclusion criteria) ที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย
2. เป็นผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ได้แก่ ผลการตรวจระดับครีตินินในเลือด เพื่อประเมินการทำงานของไตโดยคำนวณอัตราการกรองของไต ที่น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 และผลการตรวจค่าอัลบูมินในปีสภาวะที่มากกว่า 30 มก./วัน อย่างใดอย่างหนึ่ง นานติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และได้รับการขึ้นทะเบียนรายชื่อในระบบ Hos.xp Version 4.0 และ Hos.xp PCU ตามหลักการวินิจฉัยโรค รหัสโรค (ICD-10-TM For PCU) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา อย่างน้อย 6 เดือน
3. เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่ขึ้นทะเบียนของศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง และเทศบาล อาศัยอยู่ในอำเภอเชียงคำ อย่างน้อย 6 เดือน
4. สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาท้องถิ่นได้
5. เป็นผู้มิสตีลัมปชัญญะสมบูรณ์
6. เป็นยินยอม และสมัครใจในการเข้าร่วมการให้ข้อมูล

เกณฑ์การตัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่ยินยอม หรือสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ผู้ที่มีความประสงค์ออกหรือต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนเสร็จสิ้นกระบวนการ สามารถแสดงความจำนงขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างที่การวิจัยกำลังดำเนินการอยู่ด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม
2. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถดำเนินกิจกรรม หรือมีความประสงค์ขอถอนออกจากการกระบวนการวิจัย

เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination of study criteria)

1. ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยทันทีที่มีข้อบ่งชี้ว่าจะมีอันตราย หรือผลข้างเคียงที่ร้ายแรงเกิดขึ้นในอาสาสมัคร

2. การดำเนินการวิจัยไม่เป็นไปตามกระบวนการวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการ
จริยธรรมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมารวบรวมปรับปรุงและประยุกต์ให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้โดยมี
ขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยค้นคว้าเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาตรฐาน และแบบสอบถามมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบท
ของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา โดยดัดแปลงตามกรอบแนวคิดของ
การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบสัมภาษณ์เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มาจากการประยุกต์แบบสอบถามของ
(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ที่ครอบคลุมเนื้อหา
เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์แบบสอบถามให้เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชุมชน
ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และค่าบ่งชี้ทางเคมี

ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ รายได้ อาชีพ
สถานะทางสุขภาพ ดัชนีมวลกาย การรับรสชาติอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง การเข้าถึงแหล่งบริการ
สุขภาพ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ
(Check List) จำนวน 11 ข้อ และคำถามปลายเปิดแบบเติมข้อความ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ

ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์แบบสอบถาม
ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค สำหรับประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาศัย
ในชุมชน (กรมควบคุมโรค, 2561) และแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย
อายุ 15 ปี ขึ้นไป ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563)

โดยปรับให้เหมาะกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาวิจัย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยนี้ มุ่งเน้นคำถามด้านการค้นหา และการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง อาทิ การเข้าถึงข้อมูล การสืบค้นข้อมูล แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

2. ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยง และภาวะผิดปกติที่พบของโรคความดันโลหิตสูง

3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง มีพุดคุย การสร้างปฏิสัมพันธ์ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หรือบุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือ เช่น คนในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ป่วยด้วยกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มบุคคลในชุมชน ด้วยวิธีการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ เช่น การสนทนา การโต้ซักถาม และการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน

4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นคำถามเกี่ยวกับเลือกปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง รวมถึงสมรรถนะ และทักษะของบุคคลในการตัดสินใจ หรือการเลือกปฏิบัติในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง การวิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง เปรียบเทียบข้อดี หรือข้อเสีย พิจารณาทางเลือกผลดี หรือผลเสีย และการขอคำปรึกษาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการให้คำชี้แนะเกี่ยวกับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และยังกำหนดทางเลือกต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากหลากหลาย ที่มาจากหลายแหล่งก่อนตัดสินใจเลือกที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และครอบครัว

5. ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะ และทักษะในการเตือนตนเอง จัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อาทิ การควบคุมกำกับตนเอง การวางแผนออกกำลังกาย การจัดการตนเอง และสังเกตความผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้นได้

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะ และทักษะในการประเมิน วิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลผลิตภัณฑ์ หรือสินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ที่มีการโฆษณา นำเสนอจากแหล่งข้อมูลหรือผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ ป้ายโฆษณา หรือแผ่นพับ เว็บไซต์ หรืออินเทอร์เน็ต เป็นต้น ข้อมูลสินค้าทางสุขภาพเหล่านี้จะถูกประเมิน สอบถาม หรือปรึกษาผู้รู้เพิ่มเติม ก่อนการตัดสินใจซื้อทุกครั้งเพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ในแต่ละด้านของแบบสอบถาม มีข้อความ 6 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบคำตอบเดียว (Multiple Choice Questions) คือ ใช่, ไม่แน่ใจ, และไม่ใช้ ซึ่งให้ความหมาย ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบข้อความมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบข้อความมีความคิดเห็นไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่ใช่	หมายถึง	ผู้ตอบข้อความมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน เป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตอบใช่เท่ากับ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ เท่ากับ 0 คะแนน และตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน คะแนนทั้งหมด 36คะแนน

การพิจารณาเกณฑ์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามการจำแนกตามระดับในการพัฒนา (Nutbeam, 2008) รวมจำนวน 36 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Literacy level) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) โดยการกำหนดระดับคะแนนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดเป็นสัดส่วนในเกณฑ์คะแนน และการแปลผล ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy level) มีคะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) มีคะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน และ ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) มีคะแนนตั้งแต่ 28-36 คะแนน โดยการแปลผลในระดับคะแนนสามารถสรุปได้ดัง ดังตาราง

ตาราง 2 แสดงเกณฑ์การจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพรวม

เกณฑ์การจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพรวม			
องค์ประกอบ	ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy level) (0-21 คะแนน)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) (22-27 คะแนน)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) (28-36 คะแนน)
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อเรื้อรัง รู้วิธีการค้นหา และการใช้อุปกรณ์สืบค้นได้	การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อเรื้อรัง และบริการสุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อเรื้อรัง และโรคติดต่อเรื้อรัง ที่ถูกต้อง ทันสมัย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนโรคติดต่อเรื้อรัง	การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อเรื้อรัง และบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อเรื้อรัง จากหลายแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ สำหรับนำมาใช้
2. ความรู้เรื่องโรคติดต่อเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนโรคติดต่อเรื้อรัง	การรู้เรื่องโรคติดต่อเรื้อรัง และสามารถจำ แล้วนำไปปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อเรื้อรัง	มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อเรื้อรัง และสามารถอธิบายถึงความจำเป็นพื้นฐาน และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อเรื้อรัง	มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคติดต่อเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนโรคติดต่อเรื้อรัง ระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมมากรดูแลตนเองต่อโรคติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 2 (ต่อ)

เกณฑ์การจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ			
ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ			
องค์ประกอบ	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) (22-27 คะแนน)	ระดับวิจารณ์ (Critical Literacy level) (28-36 คะแนน)	
3. การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	<p>ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy level) (0-21 คะแนน)</p> <p>มีความสามารถในการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง</p>	<p>มีทักษะการสื่อสาร ระดับพื้นฐาน และสามารถบอกเล่าให้บุคคลอื่นเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต</p>	<p>มีทักษะการสื่อสาร ระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถบอกต่อ เพื่อนให้บุคคลอื่น ยอมรับวิธีการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต</p>
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	<p>มีความสามารถในการกำหนดทางเลือก และหลีกเลี่ยง หรือเลือก วิธีการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนไต</p>	<p>มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐาน และสามารถวิเคราะห์ผลดี หรือผลเสีย หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนไต</p>	<p>มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนไต</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

เกณฑ์การจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ			
ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ			
องค์ประกอบ	ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy level) (0-21 คะแนน)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) (22-27 คะแนน)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) (28-36 คะแนน)
5. การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐาน และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ตามแผนที่กำหนด เพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดี	มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
6. ความรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทางไต	ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐาน และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	การรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถ ในการประเมินข้อความข่าวสาร และสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน หรือสังคม

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์มาจาก กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมมารับประทานยา พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ซึ่งปรับให้เหมาะกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาวิจัย เป็นการสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยแต่ละด้านของข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ จำนวน 120 คะแนน ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติตั้งแต่ 4 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นปฏิบัติ 2- 3 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติเป็นนานๆ ครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัตินานๆ ครั้ง อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นนานๆ ครั้ง	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแยกรายด้าน (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมมารับประทานยา พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด) กำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์สัดส่วนเทียบเกณฑ์ร้อยละ ดังนี้

เกณฑ์คะแนน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
0-59	0-5 คะแนน	ระดับต่ำ
60-79	6-7 คะแนน	ระดับปานกลาง
80-100	8-10 คะแนน	ระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองรวมต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์สัดส่วนเทียบเกณฑ์ร้อยละ ดังตาราง

ตาราง 3 แสดงเกณฑ์การจำแนกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
0-72 คะแนน หรือน้อยกว่า ร้อยละ 59 ของคะแนนเต็ม	ระดับต่ำ	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่ถูกต้อง
73-95 คะแนน หรือ ร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม	ระดับปานกลาง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย
ตั้งแต่ 96 คะแนน ขึ้นไป หรือ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม	ระดับสูง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ

การตรวจค่าบ่งชี้ทางเคมี

สำหรับค่าบ่งชี้ทางเคมีในการทำวิจัยนี้ทำการเจาะเลือดผู้ป่วย เพื่อตรวจหา 1) ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) โดยใช้ผลจากค่าครีตินินในเลือดของผู้ป่วยมาคำนวณตามสูตรสมการ CKD-EPI 2 (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มีการเตรียมตัวผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนเจาะเลือด 1 วัน ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง หลังเวลา 24.00 น. แล้วให้ผู้ป่วยมาเจาะเลือดตอนเช้า ช่วงเวลา 07.00 น. โดยให้นักเทคนิคทางการแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้เจาะเลือดผู้ป่วย จำนวน 5 ซีซี. แล้วนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเชียงใหม่ และรายงานผลการตรวจเลือดผ่านระบบ Hosxp. Version 4.0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) นายแพทย์ชัยพร การระเกตุ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ 2) ผศ.ดร.บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์ อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง 3) ผศ.ดร.ประกายเพชร

วินัยประเสริฐ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อตรวจสอบพิจารณาความสอดคล้องของคำถามแต่ละข้อกับคุณลักษณะ หรือตัวแปรที่ต้องการวัดผลว่ามีค่าดัชนีสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา หรือไม่พร้อมทั้งพิจารณาความถูกต้อง และชัดเจนของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำแบบสอบถามมาแก้ไข และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมถูกต้อง โดยต้องมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ให้คะแนน -1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 หมายถึง เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน +1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อ (Index of item Objective Congruence: IOC) โดยในการศึกษาวิจัยนี้คำนวณจากสูตร ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยค่า IOC ที่ยอมรับว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา คือ มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หากมีค่าน้อยกว่า 0.50 ถือว่าแบบสอบถามข้อนั้นไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ต้องตัดข้อความนั้นออกไป หรือทำการปรับปรุงข้อคำถามนั้นใหม่

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง แล้วนำไปทดสอบ (Try Out Study) ก่อนการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ในพื้นที่ชุมชนไทลื้อ ตำบลสบง อำเภอกู่ช้าง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน หลังจากการนำไปทดลองใช้ (Try Out Study) โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-3 นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมต้องมีผลมากกว่า 0.7 หลังจากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ใช้สูตรของคูเดอริ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR -20 โดยค่าของ KR-20 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมต้องได้ผลมากกว่า 0.8

ตาราง 4 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามตัวแปร ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	IOC	Cronbach's Alpha Coefficient	KR-20
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	0.7-1.0	-	-
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ	0.74	-	0.88
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	0.74	0.87	-

จากตารางการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยาม ตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient:IOC) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา และมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือถึงผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ประสานงานขอความอนุเคราะห์ และความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

1.2 ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะแบบสอบถาม ขั้นตอนการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยได้รับทราบ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทำงานวิจัย)

1.3 คณะผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้จากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงคำ อย่างน้อย 6 เดือน ประจำปี 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา คลังข้อมูล

สุขภาพ, 2565) และสอบถามเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.4 หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบแล้ว คณะผู้วิจัยจึงประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือ ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและให้เซ็นชื่อยินยอมลงในแบบฟอร์ม

1.5 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 20-30 นาที

1.6 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลรายงานการวิจัย

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสิ่งที่มีนักวิจัยต้องคำนึงถึงมากที่สุด การวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติเลขที่ อว.7308/ว2399 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยพะเยา และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจะดำเนินตลอดกระบวนการศึกษาวิจัย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการทดสอบสมมติฐานในครั้งนี้อยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ต่ำสุด-สูงสุด

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และสถิติ Multiple Regression Analysis สามารถสรุป และแสดงรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์สถิติ

ตัวแปร (Variable /outcome)	การวัด (Outcome measure)	วิธีการวิเคราะห์ (Method of analysis)	เหตุผลที่ใช้สถิติ (Reason)
ตัวแปรต้น (Independent variable)			
อายุ	Ratio scale	1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง
เพศ	Ordinal scale	2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และสถิติการวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณ (Multiple regression analysis)	2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ค่าบ่งชี้ ทางเคมี ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
ระดับการศึกษา	Ordinal scale		
รายได้	Ratio scale		
อาชีพ	Ordinal scale		
ดัชนีมวลกาย	Ratio scale		
การรับรสชาติอาหาร	Nominal scale		
การสูบบุหรี่	Nominal scale		
การดื่มสุรา	Nominal scale		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	Nominal scale		

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร (Variable /outcome)	การวัด (Outcome measure)	วิธีการวิเคราะห์ (Method of analysis)	เหตุผลที่ใช้สถิติ (Reason)
การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	Ordinal scale		
	Ratio scale		
ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ	Ordinal scale		
	Ratio scale		
การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ	Ordinal scale		
	Ratio scale		
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	Ordinal scale		
	Ratio scale		
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	Ordinal scale		
	Ratio scale		
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	Ordinal scale		
	Ratio scale		

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร (Variable /outcome)	การวัด (Outcome measure)	วิธีการวิเคราะห์ (Method of analysis)	เหตุผลที่ใช้สถิติ (Reason)
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	Ordinal scale		
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	Ratio scale		
พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา	Ordinal scale		
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	Ratio scale		
พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด	Ordinal scale		
ค่าบ่งชี้ทางเคมี	Ordinal scale		
อัตราการกรองของไต (eGFR)	Ratio scale		
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	Ordinal scale		
	Ratio scale		

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มุ่งเน้นศึกษาในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกได้เป็น 12 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ระดับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 9 การผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 11 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ รายได้ อาชีพ ดัชนีมวลกาย การรับรสชาติอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 6 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

(n=405)		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	262	64.70
70-79 ปี	107	26.40
≥80 ปี	36	8.90
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	68.29 ± 6.28	
ต่ำสุด-สูงสุด	60-94	
เพศ		
ชาย	146	36.00
หญิง	259	64.00

ตาราง 6 (ต่อ)

(n=405)		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	99	5.03
ได้รับการศึกษา		
ประถมศึกษา	207	67.64
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	9.15
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	41	13.39
อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า	13	4.24
ปริญญาตรีขึ้นไป	17	0.55
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	135	33.30
เพียงพอ	270	66.70
รายได้		
ไม่มีรายได้	12	0.04
มีรายได้		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	205	52.16
2,001-6,000 บาท	112	28.49
6,001-10,000 บาท	39	9.90
มากกว่า 10,001 บาท	37	9.40
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	169	41.70
ประกอบอาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	62	15.30
เกษตรกรกรรม	85	21.00
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	40	9.90
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	40	9.90
พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน	7	1.70
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	0.50

ตาราง 6 (ต่อ)

(n=405)		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
ผอม (<18.5)	28	6.90
ตามเกณฑ์มาตรฐาน (18.50–22.99)	185	45.70
ค่อนข้างอ้วน (23.00–24.99)	76	18.80
อ้วน (>25)	116	28.60
การรับประทานอาหาร		
รสชาติจืด	180	44.40
รสชาติหวาน มัน	39	9.60
รสชาติเค็ม	161	39.80
อื่น ๆ	25	6.20
สูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	369	91.10
สูบบุหรี่	36	8.90
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	291	71.90
ดื่มแอลกอฮอล์	114	28.10
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) หรือ โรงพยาบาลรัฐบาล	368	90.90
โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกเอกชน	37	9.10

ตาราง 6 (ต่อ)

(n=405)		
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง		
ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง	7	1.70
เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง	398	98.30
บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข	377	93.10
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)	334	82.50
ลูก หลาน คนในครอบครัว	189	46.70
อินเทอร์เน็ต อาทิ เฟสบุ๊ก ไลน์	82	20.20
วิทยุ/โทรทัศน์ /เสียงตามสาย	125	30.90
แผ่นพับ/โปสเตอร์	54	13.30

จากตาราง ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 405 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 68.29 ปี อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 64.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 75.60 อยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 51.10 ไม่มีมีรายได้ ร้อยละ 24.40 มีรายได้ ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 50.60 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 66.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.60 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.40 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 21.0 สถานะทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระดับปกติ ร้อยละ 45.70 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 28.60 คอชน้ำอ้วน ร้อยละ 18.80 และผอม ร้อยละ 6.90 (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 23.20, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.34 ค่าต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 15.26-35.04 มีการรับรสชาติอาหารมากที่สุด คือ รสชาติจืด ร้อยละ 44.40 ร่องลงมา รสชาติอาหารเค็ม ร้อยละ 39.80 รสชาติอาหารหวาน ร้อยละ 9.60 และอื่น ๆ ร้อยละ 6.20 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.90 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 28.10 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.10 สูบบุหรี่ ร้อยละ 8.90 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมากที่สุด

เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) หรือโรงพยาบาลรัฐบาล ร้อยละ 64.40 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกเอกชน ร้อยละ 34.60 ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 98.30 มาจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ถึงร้อยละ 93.10 รองลงมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 82.50 จากครอบครัว หรือลูกหลาน ร้อยละ 46.70 จากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย ร้อยละ 30.90 จากอินเทอร์เน็ต/สื่อออนไลน์ ร้อยละ 20.20 และจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ ร้อยละ 13.30 และไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.70

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมต่อการควบคุมกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำแนกตามระดับในการพัฒนา (Nutbeam, 2008) รวมจำนวน 36 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Literacy level) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง

(n=405)		
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับขั้นพื้นฐาน (0-21 คะแนน)	168	41.50
ระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ (22-27 คะแนน)	114	28.10
ระดับขั้นวิจารณ์ญาณ (28-36 คะแนน)	123	30.10
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.46 \pm 6.15	
ต่ำสุด-สูงสุด	5 - 33	

จากตาราง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Literacy level) มากที่สุด ร้อยละ 41.50 (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 22.46 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.15 ค่าต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 5-33) รองลงมา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) ร้อยละ 30.40 และน้อยที่สุด เป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) ร้อยละ 28.10

2. ข้อมูลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง การตัดสินใจด้านสุขภาพเลือกปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบ 6 ด้าน

(n=405)		
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ		
ระดับต่ำ	242	59.80
ระดับปานกลาง	88	21.70
ระดับสูง	75	18.50
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.10±1.47	
ต่ำสุด-สูงสุด	0-6	

ตาราง 8 (ต่อ)

(n=405)		
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง		
และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง		
ระดับต่ำ	178	44.00
ระดับปานกลาง	132	32.60
ระดับสูง	95	23.50
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		3.55±1.22
ต่ำสุด-สูงสุด		0-6
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ		
ระดับต่ำ	104	25.70
ระดับปานกลาง	92	22.70
ระดับสูง	209	51.60
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		4.34±1.37
ต่ำสุด-สูงสุด		0-6
ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ		
ระดับต่ำ	151	37.30
ระดับปานกลาง	96	23.70
ระดับสูง	158	39.00
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		3.91±1.44
ต่ำสุด-สูงสุด		0-6
ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง		
ระดับต่ำ	138	34.10
ระดับปานกลาง	114	28.10
ระดับสูง	153	37.80
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		3.93±1.17
ต่ำสุด-สูงสุด		1-6

ตาราง 8 (ต่อ)

(n=405)		
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต		
ระดับต่ำ	186	45.90
ระดับปานกลาง	108	26.70
ระดับสูง	111	27.40
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.63±1.24	
ต่ำสุด-สูงสุด	0-6	

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์แยกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบแต่ละ 6 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 59.80 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.47 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยี และเครือข่ายทางสังคม เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูป และแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังสืบค้นได้จากหนังสือวารสาร และสิ่งพิมพ์ ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังจะต้องไปรับบริการที่บุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข หรือผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ และข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงสามารถสืบค้น หรือสอบถามได้จากคนในครอบครัวญาติพี่น้อง ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก ค การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

ความรอบรู้ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 44.00 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.55 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.22 คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือถ้าปล่อยให้มีความดันโลหิตสูงอยู่นานเป็นปี จะทำให้หัวใจโต และถ้าวัดระดับความดันโลหิตได้ค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ เป็นโรคความดัน

โลหิตสูงนาน ๆ เส้นโลหิตจะแตกง่าย และโรคความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตในร่างกายอาจทำให้เป็นโรคไตวาย (รายละเอียดดังภาพผนวก การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

ความรอบรู้ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.60 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.37 คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ท่านจะเล่าอาการของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังให้เพื่อน หรือผู้ป่วยด้วยกันทราบถึงอาการปัจจุบันของท่าน และรองลงมาเป็นข้อคำถามท่านจะเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ให้คนในครอบครัวฟังเกี่ยวกับสาเหตุ และอาการของโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือเมื่อท่านมีอาการผิดปกติในร่างกาย อาทิ ปวดศีรษะ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านจะเล่าให้คนในครอบครัวทราบ และรองลงมาเป็นข้อคำถามท่านจะบอกอาการข้างเคียงของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทราบ ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.00 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.91คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.44 คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ท่านมักเปรียบเทียบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจากหลายแหล่งนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม และรองลงมาเป็นข้อคำถามท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ พิจารณาข้อดีข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง จากสื่อหรือจากคนที่ใช้แล้วได้ผลก่อนที่จะนำมาใช้ ตาม ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านขอคำปรึกษาจาก อสม. เกี่ยวกับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง หรือการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน และรองลงมาเป็นข้อคำถามก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ท่านจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและความร่วมมือของคนในครอบครัวก่อน ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.80 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 1.17 คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ท่านตั้งใจจะกินอาหารรสเปรี้ยวจัดเพื่อทดแทนรสเค็ม และรองลงมาเป็นข้อคำถามท่านตั้งใจลดข้าวแต่ละมื้อลง ถ้าหิวก็กินผลไม้แทน เช่น ชมพู่ หรือ ฝรั่งแทนในการควบคุมน้ำหนัก ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านควบคุมกำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหาร และรองลงมาเป็นข้อคำถามเมื่อท่านมีอาการปวด เวียนศีรษะ ปวดท้ายทอย ท่านหยุดทำกิจกรรมทันที ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก การวิเคราะห์คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

ความรอบรู้ด้านรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 27.00 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.24 คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 6 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ เมื่อญาติพี่น้องมาเล่าหรือบอกวิธีการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เป็นแหล่งข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ และรองลงมาเป็นข้อคำถามสินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ที่โฆษณาจากเว็บไซต์หรืออินเทอร์เน็ต เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือท่านกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เช่น ลดรับประทานอาหารหวาน มันเค็ม ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และรองลงมาเป็นข้อคำถามเมื่อมีสินค้าทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่โฆษณาทางโทรทัศน์ การหาข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้องจากหลายแหล่ง ก่อนตัดสินใจซื้อเป็นสิ่งสำคัญ ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนน ความรอบรู้แต่ละด้าน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้แต่ละด้าน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 9 แสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้าน ต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

(n = 405)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1	2	3	4	5	6	7
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	1						
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.788**	1					
3. ความรู้	.729**	.556**	1				
4. การสื่อสาร	.788**	.486**	.478**	1			
5. การตัดสินใจ	.835**	.572**	.474**	.648**	1		
6. การจัดการตนเอง	.770**	.535**	.423**	.574**	.610**	1	
7. การรู้เท่าทันสื่อ	.725**	.460**	.486**	.451**	.534**	.469**	1

หมายเหตุ: **Correlation is significant at the 0.01 level (2 tailed), continuous data.

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปานกลางกับคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.788 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปานกลางกับความรอบรู้ด้านความรู้ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.729 และ 0.556 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับน้อยกับความรอบรู้ด้านการสื่อสาร

ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.788, 0.486 และ 0.478 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปานกลางกับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.835, 0.572, 0.474 และ 0.648 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับน้อยกว่าความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.770, 0.535, 0.423, 0.574 และ 0.610 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับน้อยกว่าความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.725, 0.460, 0.486, 0.451, 0.534 และ 0.496 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปได้ว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้าน และระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านด้วยกัน ซึ่งตัวแปรทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ ($P \text{ value} < 0.01$)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

1. ข้อมูลระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองภาพรวมต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมทั้งหมด ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย และด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด ซึ่งโดยแต่ละด้านของข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ จำนวน 120 คะแนน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ภาพรวมต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

(n=405)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม		
ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-71 คะแนน)	122	30.20
ระดับปานกลาง (72-95 คะแนน)	152	37.50
ระดับสูง (96-120 คะแนน)	131	32.30
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	86.17±15.48	
ต่ำสุด-สูงสุด	59-115	

จากตาราง 10 พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ถูกต้อง เป็นส่วนมากในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 รองลงมาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ถูกต้องและสม่ำเสมออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32.30 และน้อยที่สุดมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30.20 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.17 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.48 คะแนนต่ำสุดคือ 59 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 115 คะแนน ตามลำดับ)

2. ข้อมูลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย และด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด โดยแต่ละด้านของข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ จำนวน 30 คะแนนเต็ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต แยกรายด้าน

(n=405)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร		
ระดับต่ำ	45	11.10
ระดับปานกลาง	186	45.90
ระดับสูง	174	43.00
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		22.65±4.01
ต่ำสุด-สูงสุด		15-30
ด้านการรับประทานยา		
ระดับต่ำ	22	5.40
ระดับปานกลาง	194	47.90
ระดับสูง	189	46.70
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		23.52±4.04
ต่ำสุด-สูงสุด		15-30
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ	208	51.40
ระดับปานกลาง	146	36.00
ระดับสูง	51	12.60
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		17.39±4.88
ต่ำสุด-สูงสุด		10-28

ตาราง 11 (ต่อ)

(n=405)		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการจัดการความเครียด		
ระดับต่ำ	48	11.90
ระดับปานกลาง	182	44.90
ระดับสูง	175	43.20
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.61±4.04	
ต่ำสุด-สูงสุด	13-30	

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์ระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองแยกรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.65 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.01 คะแนนต่ำสุดคือ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 30 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายแยกข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำ คือเติมเครื่องปรุงรส อาทิ เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรสเพิ่มในอาหาร และรองลงมาเป็นข้อคำถามรับประทานอาหารรสเค็ม อาทิ ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ รับประทานอาหารแปรรูป อาทิ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (มาม่า) และข้อคำถามดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง อาทิ เอ็มร้อย กระทั่งแดง สปอนเซอร์ (รายละเอียดดังภาพผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานยา อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.52 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.04 คะแนนต่ำสุด คือ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 30 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำ คือ ท่านตรวจเช็คระดับความดันโลหิตสูงก่อนกินยา และรองลงมาเป็นข้อคำถามท่านตรวจเช็คระดับความดันโลหิตสูงก่อนกินยา ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านลดหรือเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และรองลงมาเป็นข้อคำถามท่านรับประทานยาเฉพาะเมื่อระดับความดันโลหิตสูงตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 51.40 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.39 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.88 คะแนนต่ำสุด คือ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 28 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำ คือ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับหนัก คือเหนื่อยหอบ หรือไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยคขณะออกกำลังกาย) อย่างน้อยครั้งละ 20 นาที รองลงมาเป็นข้อคำถามออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับปานกลาง คือเหนื่อย พูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยค) อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินทางไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อยวันละ 30 นาที รองลงมาเป็นข้อคำถามมีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้นประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังต้นขึ้น การก้มลงเอามือแตะพื้น การเหยียดและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 2-3 วัน ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.90 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.61 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.04 คะแนนต่ำสุดคือ 13 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 30 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำ คือ ท่านใช้วิธีการคลายเครียด โดยการฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือวิธีอื่นๆ และรองลงมาเป็นข้อคำถามเมื่อท่านมีอาการเครียด ท่านจะระบายให้คนที่ไว้ใจได้ฟัง ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือ ควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่ขวางปาลิ่งของ ไม่ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ไม่เอะอะโวยวาย และรองลงมาเป็นข้อคำถามเมื่อท่านมีอาการเครียด ท่านจะเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ปลีกตัวไม่พูดกับใคร ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาพผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ)

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิต

ไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อมูลระดับความดันโลหิตของของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ปกติ (<140 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 65.20 ผิดปกติ (≥140 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 34.80 (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 133.46 ค่าส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เท่ากับ 13.09 ค่าต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 91 - 184) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ปกติ (<90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 87.90 ผิดปกติ (≥ 90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 12.10 (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 78.35 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.69 ค่าต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 54-103) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 12 แสดงระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิต

ไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

(n=405)		
ระดับความดันโลหิต(BP)	จำนวน	ร้อยละ
Systolic Blood Pressure (SBP)		
ปกติ (<140 มิลลิเมตรปรอท)	264	65.20
ผิดปกติ (≥ 140 มิลลิเมตรปรอท)	141	34.80
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	133.40 \pm 13.00	
ต่ำสุด-สูงสุด	91 - 184	
Diastolic Blood Pressure (DBP)		
ปกติ (<90 มิลลิเมตรปรอท)	356	87.90
ผิดปกติ (≥ 90 มิลลิเมตรปรอท)	49	12.10
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	78.30 \pm 8.60	
ต่ำสุด-สูงสุด	54 - 103	

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ผลการศึกษาพบว่า ค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อัตราการกรองของไต (eGFR) ซึ่งอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 66.20 รองลงมา อยู่ระยะที่ 1 ร้อยละ 21.70 ระยะที่ 3 ร้อยละ 11.90 และน้อยที่สุดระยะที่ 4 ร้อยละ 0.20 (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 77.19 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.04 ค่าต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 27.47-99.16) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับปกติ (<110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 85.20 และอยู่ในระดับผิดปกติ (≥ 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ร้อยละ 14.80 (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 96.99 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 17.34 ค่าต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 70-150) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ระยะอัตราการกรองของไต (eGFR) และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ค่าบ่งชี้ทางเคมี	จำนวน	ร้อยละ
(n=405)		
อัตราการกรองของไต: eGFR (ml./min/ 1.73 m²)		
ระยะที่ 1 (≥90)	88	21.70
ระยะที่ 2 (60-89)	268	66.20
ระยะที่ 3 (30-59)	48	11.90
ระยะที่ 4 (15-29)	1	0.20
ระยะที่ 5 (<15)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	77.10±14.0	
ต่ำสุด-สูงสุด	27.47-99.16	
ระดับน้ำตาลในเลือด: FBS		
<110	345	85.20
≥110	60	14.80
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.90±17.30	
ต่ำสุด-สูงสุด	70-195	

หมายเหตุ: *ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อ้างอิงเกณฑ์มาตรฐานของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเชียงคำ

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (HL) พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) (n=405)

ตัวแปร	HL	SCB	SBP	DBP	FBS	eGFR
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	1					
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม	.858**	1				
3. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	-.420**	-.486**	1			
4. ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	-.199**	-.225**	.387**	1		
5. ระดับน้ำตาลในเลือด	-.251**	-.318**	.223**	.143*	1	
6. ระดับอัตราการกรองของไต	.487**	.504**	-.375**	-.195**	-.235**	1

หมายเหตุ: **Correlation is significant at the 0.01 level (2 tailed), continuous data.

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันมากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.858 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกันปานกลางกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.420 และ -0.486 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกันน้อยกว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (DBP) ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันน้อยมากกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.199, -0.225 และ 0.387 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกันน้อยกว่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (DBP) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันน้อยและน้อยมาก ตามลำดับกับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.251, -0.318, 0.223 และ 0.143 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันน้อย และปานกลาง ตามลำดับ กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (DBP) มีความสัมพันธ์เชิงลบกันน้อยกว่าระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.487, 0.504, -0.375, -0.195 และ -0.235 ตามลำดับ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปได้ว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) และระหว่างตัวแปรทุกตัวแปรด้วยกัน ซึ่งตัวแปรทุกตัวแปรนี้มีความสัมพันธ์กันทั้งเชิงบวก และเชิงลบกับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ (P value < 0.01) และ (P value < 0.05) ตามลำดับ

ส่วนที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร (Backward) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
อายุ (ปี)	-0.130	0.054	-0.057	0.016*
เพศ				
เพศชาย			กลุ่มอ้างอิง	
เพศหญิง	0.291	0.870	0.009	0.738
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา			กลุ่มอ้างอิง	
ได้รับการศึกษา	0.495	1.045	0.014	0.636
รายได้				
ไม่เพียงพอ			กลุ่มอ้างอิง	
เพียงพอ	1.966	2.084	0.022	0.346
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ			กลุ่มอ้างอิง	
ประกอบอาชีพ	0.472	0.835	0.015	0.573
ดัชนีมวลกาย	-0.303	0.109	-0.066	0.006*

ตาราง 15 (ต่อ)

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
การรับรสชาติอาหาร				
จืด	7.315	0.908	0.235	0.00**
หวาน/มัน	-1.694	1.279	-0.032	0.186
เค็ม	-2.212	1.580	-0.070	0.162
อื่นๆ			กลุ่มอ้างอิง	
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ			กลุ่มอ้างอิง	
สูบ	-3.938	1.293	-0.072	0.002*
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม			กลุ่มอ้างอิง	
ดื่ม	-0.772	0.922	-0.022	0.403
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	1.176	0.689	0.039	0.089
ส่วนตำบล (รพ.สต.) หรือ				
โรงพยาบาลรัฐบาล				
โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก			กลุ่มอ้างอิง	
เอกชน				

ตาราง 15 (ต่อ)

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
เรื่องโรคความดันโลหิตสูง				
และโรคไตเรื้อรัง				
ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			กลุ่มอ้างอิง	
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง				
เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง				
- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข	0.532	1.452	0.009	0.724
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)	-0.338	0.987	-0.008	0.732
- ลูก หลาน คนในครอบครัว	-0.342	0.752	-0.011	0.650
- อินเทอร์เน็ต อาทิ เฟสบุ๊ก	0.844	0.985	0.022	0.392
ไลน์				
- วิทยุ/โทรทัศน์ /เสียงตามสาย	3.306	0.834	-0.099	0.00**
- แผ่นพับ/โปสเตอร์	-0.097	1.122	-0.002	0.931
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.611	0.076	0.640	0.00**
ภาพรวม				

หมายเหตุ : *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), B = unstandardized coefficients; S.E. = standard error; Beta = standardized coefficients; 95%CI = 95 % confidence interval; VIF = variance inflation factor, Constant = 60.397, R= 0.894, R² = 0.800 เพศ (ชาย = 0,หญิง = 1), ระดับการศึกษา (ไม่ได้รับการศึกษา = 0,ได้รับการศึกษา = 1), ความเพียงพอของรายได้ (ไม่เพียงพอ = 0,เพียงพอ = 1), อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ =

0, ประกอบอาชีพ = 1), ดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่ดื่ม = 0, ดื่ม = 1), สูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่ = 0, สูบบุหรี่ = 1), การรับประทานอาหารเช้าหวาน มัน (ไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1), การรับประทานอาหารเช้าเค็ม (ไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1) การรับประทานอาหารเช้าจืด (ไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1), การรับประทานอาหารเช้าอื่น ๆ (ไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1), การได้รับข้อมูลจากอสม.(ไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1), การได้รับข้อมูลจากครอบครัว (ไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1) การได้รับข้อมูลจากไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1) การได้รับข้อมูลจากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย การได้รับข้อมูลจากแผ่นพับ/โปรเตอร์ (ไม่ใช้ = 0, ใช้ = 1), อายุ, ดัชนีมวลกาย (BMI) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง = continuous data.

จากตาราง พบว่า เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า 6 ตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ ดัชนีมวลกาย และการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ ($P \text{ value} < 0.05$) และการรับประทานอาหารเช้าที่เคยได้รับรู้ข้อมูลจากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ ($P \text{ value} < 0.01$) สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 80.00 ($R=0.894$)

ส่วนที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร (Backward) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
อายุ(ปี)	0.101	0.134	0.040	0.455
เพศ				
เพศชาย			กลุ่มอ้างอิง	
เพศหญิง	-2.064	1.737	-0.057	0.235
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา			กลุ่มอ้างอิง	
ได้รับการศึกษา	0.057	2.342	0.001	0.981
รายได้				
ไม่เพียงพอ			กลุ่มอ้างอิง	
เพียงพอ	0.864	1.986	0.024	0.664
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ			กลุ่มอ้างอิง	
ประกอบอาชีพ	-1.829	1.622	-0.052	0.260
ดัชนีมวลกาย	0.654	0.248	0.126	0.006*
การรับประทานอาหาร				
จืด	-3.030	2.147	-0.087	0.159
หวาน/มัน	14.239	2.816	0.243	0.00**
เค็ม	0.090	3.686	0.003	0.981
อื่น ๆ			กลุ่มอ้างอิง	
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ			กลุ่มอ้างอิง	
สูบ	2.686	3.004	0.044	0.372

ตาราง 16 (ต่อ)

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม			กลุ่มอ้างอิง	
ดื่ม	1.162	2.338	0.030	0.619
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	-2.516	1.552	-0.074	0.106
ส่วนตำบล (รพ.สต.) หรือ				
โรงพยาบาลรัฐบาล				
โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก			กลุ่มอ้างอิง	
เอกชน				
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
เรื่องโรคความดันโลหิตสูง				
และโรคไตเรื้อรัง				
ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			กลุ่มอ้างอิง	
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ				
โรคไตเรื้อรัง				
เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ				
โรคไตเรื้อรัง				
- บุคลากรทางการแพทย์และ				
สาธารณสุข อาทิจิตแพทย์ พยาบาล				
นักวิชาการสาธารณสุข	-0.888	3.274	-0.013	0.786
- อาสาสมัครสาธารณสุข				
ประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)	3.002	2.125	0.066	0.158
- ลูก หลาน คนในครอบครัว	-0.776	1.729	-0.022	0.654
- อินเทอร์เน็ต อาทิจิต เฟสบุ๊ก				
ไลน์	0.956	2.322	0.022	0.681
- วิทยุโทรทัศน์ /เสียงตามสาย	-3.448	1.884	-0.092	0.068

ส่วนที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
กับระดับอัตราการกรงของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน
ทางไต

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
กับระดับอัตราการกรงของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร
(Backward) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพ และระดับอัตราการกรงของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี
ภาวะแทรกซ้อนทางไต

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
อายุ (ปี)	-0.482	0.094	-0.234	0.00**
เพศ				
เพศชาย		กลุ่มอ้างอิง		
เพศหญิง	1.619	1.243	0.055	0.194
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา		กลุ่มอ้างอิง		
ได้รับการศึกษา	-1.316	1.476	-0.040	0.373
รายได้				
ไม่เพียงพอ		กลุ่มอ้างอิง		
เพียงพอ	-2.819	1.408	-0.095	0.046*
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ		กลุ่มอ้างอิง		
ประกอบอาชีพ	2.838	1.271	0.100	0.026*
ดัชนีมวลกาย	-0.044	0.181	-0.011	0.806

ตาราง 17 (ต่อ)

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
การรับรสชาติอาหาร				
จืด	5.784	1.446	0.205	0.00**
หวาน/มัน	-0.443	2.985	-0.009	0.882
เค็ม	-1.897	1.780	-0.066	0.287
อื่น ๆ			กลุ่มอ้างอิง	
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่			กลุ่มอ้างอิง	
สูบบุหรี่	-1.398	2.165	-0.028	0.519
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม			กลุ่มอ้างอิง	
ดื่ม	0.498	1.668	0.016	0.765
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	-0.799	1.152	-0.029	0.488
ส่วนตำบล(รพ.สต.) หรือ				
โรงพยาบาลรัฐบาล				
โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก			กลุ่มอ้างอิง	
เอกชน				
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
เรื่องโรคความดันโลหิตสูง				
และโรคไตเรื้อรัง				
ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			กลุ่มอ้างอิง	
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ				
โรคไตเรื้อรัง				
เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ				
โรคไตเรื้อรัง				

ตาราง 17 (ต่อ)

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
- บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข อาทิจี แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข	-3.537	2.294	-0.064	0.124
- อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)	2.536	1.538	0.069	0.10
- ลูก หลาน คนในครอบครัว	2.942	1.205	0.205	0.015*
- อินเทอร์เน็ต อาทิจี เฟสบุ๊ก ไลน์	1.479	1.784	0.042	0.408
- วิทยุ/โทรทัศน์ /เสียงตาม สาย	3.560	1.364	0.117	0.009*
- แผ่นพับ/โปสเตอร์				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.673	0.130	0.295	0.00**
ภาพรวม				

หมายเหตุ: *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), B = unstandardized coefficients; S.E. = standard error; Beta = standardized coefficients; 95%CI = 95 % confidence interval; VIF = variance inflation factor, Constant = 90.202, R= 0.603, R² = 0.363 เพศ (ชาย = 0,หญิง = 1), ระดับการศึกษา (ไม่ได้รับการศึกษา = 0,ได้รับการศึกษา = 1), ความเพียงพอของรายได้ (ไม่เพียงพอ = 0,เพียงพอ = 1), อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ = 0, ประกอบอาชีพ = 1), ดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่ดื่ม = 0, ดื่ม = 1), สูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่ = 0, สูบบุหรี่ = 1), การรับรสชาติอาหารหวาน มัน (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การรับรสชาติอาหารเค็ม (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1)การรับรสชาติอาหารจืด(ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การรับรสชาติอาหารอื่นๆ (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การได้รับข้อมูลจากอสม.(ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การได้รับข้อมูลจากครอบครัว (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1) การได้รับข้อมูลจาก(ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1) การได้รับข้อมูลจากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย การได้รับข้อมูลจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1),อายุ, ดัชนีมวลกาย (BMI) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับอัตราการครองของไต = continuous data.

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า 7 ตัวแปรที่ศึกษา คือ อาชีพ การการรับรสชาติอาหารจืด การเคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากลูกหลาน คนในครอบครัว จากวิทยุ/โทรทัศน์ /เสียงตามสาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับระดับอัตราการกรองของไต อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ (P value<0.05 และ< 0.01 ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรอายุ และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับระดับอัตราการกรองของไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.01 และ< 0.05 ตามลำดับ) สามารถอธิบายการผันแปรของระดับอัตราการกรองของไตได้ ร้อยละ 36.30 (R=0.603)

ส่วนที่ 11 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรวม กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยแยกเป็นเพศหญิง และเพศชาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า 3 ตัวแปรที่ศึกษาในเพศชาย คือ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังจากครอบครัว และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.05) ส่วนการรับรสชาติอาหารเค็มมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกระดับ ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.05) สามารถอธิบายการผันแปรของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ในเพศชายได้ ร้อยละ 33.40 (R=0.578) ในเพศหญิง ตัวแปรที่ศึกษา 7 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับรู้ข้อมูล จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.), แผ่นพับ/โปสเตอร์ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.05) ส่วนอายุ อาชีพ และการรับรสชาติอาหารเค็มมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.05) สามารถอธิบาย การผันแปรของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ในเพศหญิงได้ ร้อยละ 28.60 (R=0.535) ส่วนตัวแปร

ความเพียงพอของรายได้อาจไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ (P value=0.063, Beta=-6.939)

นอกจากนั้น 2 ตัวแปร ที่ศึกษาในเพศชาย คือ อายุ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ (P value<0.05) สามารถอธิบายการผันแปรของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ในเพศชายได้ ร้อยละ 9.40 (R=0.307) ในเพศหญิง ตัวแปรที่ศึกษา 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย และการรับประทานอาหารเค็ม ที่ร่วมกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ (P value<0.05) สามารถอธิบายการผันแปรของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ในเพศหญิงได้ ร้อยละ 8.60 (R=0.294) ส่วนตัวแปรอาชีพ และสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ (P value=0.064, 0.075 และ Beta=2.081, -5.423)



ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

เพศ		ตัวแปร		B	S.E.	Beta	P-value
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	ชาย	การรับประทานยาเพิ่ม		5.370	2.028	0.220	0.00**
		การได้รับข้อมูล (จากคู่มือสถาน คนในครอบครัว)		-3.479	1.827	-0.141	0.05*
	หญิง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		-0.289	0.066	-0.358	0.00**
		อายุ		0.242	0.117	0.124	0.04*
		ความเพียงพอของรายได้		-3.375	1.810	-0.117	0.06
		อาชีพ		3.708	1.563	0.140	0.01*
		การรับประทานยาเพิ่ม		4.199	2.053	0.148	0.04*
		การได้รับข้อมูล (จากอสม.)		-5.783	1.945	-0.163	0.00**
		การได้รับข้อมูล (จากแผ่นพับ/โปสเตอร์)		-4.115	2.087	-0.111	0.05*
		พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		-0.195	0.067	-0.222	0.00**

ส่วนที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีไล่ตัวแปร (Backward) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE (B)	Beta	p-value
อายุ (ปี)	0.138	0.120	0.054	0.253
เพศ				
เพศชาย			กลุ่มอ้างอิง	
เพศหญิง	-0.596	1.982	-0.017	0.764
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา			กลุ่มอ้างอิง	
ได้รับการศึกษา	0.989	2.355	0.025	0.675
รายได้				
ไม่เพียงพอ			กลุ่มอ้างอิง	
เพียงพอ	1.114	1.963	0.030	0.571
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ			กลุ่มอ้างอิง	
ประกอบอาชีพ	-1.535	1.848	-0.044	0.407
ดัชนีมวลกาย	0.544	0.248	0.105	0.029*

ตาราง 19 (ต่อ)

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE (B)	Beta	p-value
การรับรสชาติอาหาร				
จืด	1.039	2.512	0.029	0.679
หวาน/มัน	13.899	2.850	0.234	0.00**
เค็ม	1.060	2.520	0.030	0.674
อื่น ๆ				กลุ่มอ้างอิง
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ				กลุ่มอ้างอิง
สูบ	2.501	3.046	0.041	0.412
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม				กลุ่มอ้างอิง
ดื่ม	1.774	1.993	0.046	0.374
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตำบล (รพ.สต.) หรือ โรงพยาบาลรัฐบาล	-2.399	1.539	0.071	0.120
โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก เอกชน				กลุ่มอ้างอิง

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปร	B	SE (B)	Beta	p-value
(n=405)				
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร				
เรื่องโรคความดันโลหิตสูง				
และโรคไตเรื้อรัง				
ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			กลุ่มอ้างอิง	
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ				
โรคไตเรื้อรัง				
เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	3.121	4.027	0.041	0.442
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ				
โรคไตเรื้อรัง				
- บุคลากรทางการแพทย์และ	-0.043	3.679	-0.001	0.991
สาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล				
นักวิชาการสาธารณสุข				
- อาสาสมัครสาธารณสุข	2.894	2.098	0.064	0.169
ประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)				
- ลูกหลาน คนในครอบครัว	0.039	0.142	0.012	0.784
- อินเทอร์เน็ต อาทิ เฟสบุ๊ก	1.667	2.252	0.039	0.457
ไลน์				
-วิทยุ/โทรทัศน์ /เสียงตามสาย	-2.138	1.913	-0.057	0.264
-แผ่นพับ/โปสเตอร์	-1.602	2.462	-0.031	0.516
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	-0.289	0.052	-0.258	0.00**

หมายเหตุ: *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), B = unstandardized coefficients; S.E. = standard error; Beta = standardized coefficients; 95%CI = 95 % confidence interval; VIF = variance inflation factor, Constant = 106.009, R= 0.422 , R² = 0.178 เพศ (ชาย = 0,หญิง = 1), ระดับการศึกษา (ไม่ได้รับการศึกษา = 0, ได้รับการศึกษา = 1), ความเพียงพอของรายได้ (ไม่เพียงพอ = 0,เพียงพอ = 1), อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ = 0, ประกอบอาชีพ = 1), ดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่ดื่ม = 0, ดื่ม = 1), สูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่ = 0, สูบบุหรี่ = 1), การรับประทานอาหารหวาน มัน (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การรับประทานอาหารเช้า (ไม่ใช่ = 0,

ใช่ = 1) การรับประทานอาหารเช้า(ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การรับประทานอาหารเช้าอื่นๆ (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การได้รับข้อมูลจากอสม.(ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), การได้รับข้อมูลจากครอบครัว (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1) การได้รับข้อมูลจาก(ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1) การได้รับข้อมูลจากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย การได้รับข้อมูลจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ (ไม่ใช่ = 0,ใช่ = 1), อายุ, ดัชนีมวลกาย(BMI) ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง = continuous data

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 14 ตัวแปร พบว่า มี 3 ตัวแปร คือ ดัชนีมวลกาย การรับประทานอาหารเช้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.05) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ร่วมกันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.01) แต่ละตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ได้ ร้อยละ 17.80 (R = 0.422)

ส่วนที่ 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองรวม กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร (Backward) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม การดูแลตนเอง กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

(n=405)

ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
อายุ (ปี)	-0.468	0.094	-0.249	0.00**
เพศ				
เพศชาย			กลุ่มอ้างอิง	
เพศหญิง	1.836	1.236	0.063	0.138
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา			กลุ่มอ้างอิง	
ได้รับการศึกษา	-1.406	1.672	-0.043	0.401
รายได้				
ไม่เพียงพอ			กลุ่มอ้างอิง	
เพียงพอ	-2.477	1.387	-0.083	0.075
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ			กลุ่มอ้างอิง	
ประกอบอาชีพ	3.050	1.275	0.107	0.01*
ดัชนีมวลกาย	0.028	0.184	0.007	0.879
การรับประทานอาหาร				
จืด	3.819	1.490	0.135	0.01*
หวาน/มัน	-1.963	2.204	-0.041	0.379
เค็ม				
อื่น ๆ			กลุ่มอ้างอิง	
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ			กลุ่มอ้างอิง	
สูบ	0.210	0.235	0.036	0.372

ตาราง 20 (ต่อ)

(n=405)				
ตัวแปร	B	SE(B)	Beta	p-value
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม			กลุ่มอ้างอิง	
ดื่ม	0.421	0.421	0.421	0.421
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วน ตำบล(รพ.สต.) หรือโรงพยาบาล รัฐบาล	-1.262	1.110	-0.046	0.256
โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก เอกชน			กลุ่มอ้างอิง	
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง				
ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ โรคไตเรื้อรัง			กลุ่มอ้างอิง	
เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ โรคไตเรื้อรัง				

จากตาราง ผลการศึกษา พบว่า 7 ตัวแปร คือ อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ส่วนการรับประทานอาหารเช้า การได้รับรู้ข้อมูล จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบครัว วิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ร่วมกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ดังนั้นสามารถอธิบายการผันแปรระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ได้ร้อยละ 36.70 ($R=0.606$) ส่วนตัวแปรความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ ($P\text{ value}=0.075$, และ $\text{Beta}=-2.477$)



บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 405 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าบ่งชี้ทางเคมี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่น ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลวิจัย

1. ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 405 ราย ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 64.00 อายุเฉลี่ย 68.29 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 75.60 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 66.70 มากกว่าครึ่งมีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.30 เกือบครึ่งมีการรับรสชาติอาหารจืด ร้อยละ 44.40 รองลงมาเค็ม ร้อยละ 39.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.90 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 28.10 เกือบทั้งหมดได้รับรู้ข้อมูล จากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ร้อยละ 93.10 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 82.50 และครอบครัว ร้อยละ 46.70 ตามลำดับ สถานะทางสุขภาพ พบว่า เกือบครึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ระดับปกติ ร้อยละ 45.70 และภาวะอ้วน ร้อยละ 28.60

2. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เกือบถึงครึ่งมีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Literacy level) ร้อยละ 41.50 รองลงมา ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) ร้อยละ 30.40 และระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) ร้อยละ 28.10 และเมื่อแยกระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบแต่ละ 6 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า มีความรู้

ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 19.32 รองลงมาเป็นความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง ร้อยละ 17.49 ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 17.42 ความรอบรู้ด้านรู้เท่าทันสื่อ ด้านสุขภาพ ร้อยละ 16.15 ความรอบรู้ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 15.80 และความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 13.32 ตามลำดับ

3. ข้อมูลของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามองค์ประกอบ 6 ด้าน สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.80 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 21.70 และระดับสูง ร้อยละ 18.50 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.47 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 6 คะแนน

3.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรอบรู้ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.60 และระดับสูง ร้อยละ 123.50 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.47 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 6 คะแนน

3.3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.60 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 25.70 และระดับปานกลาง ร้อยละ 22.70 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.37 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน

3.4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.00 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 37.30 และระดับปานกลาง ร้อยละ 23.70 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.44 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน

3.5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.80 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 34.10 และระดับปานกลาง ร้อยละ 28.10 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.17 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน

3.6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรอบรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.90 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 27.40 และระดับปานกลาง ร้อยละ 26.70 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.47 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 6 คะแนน

4. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่วนมากในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 รองลงมาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32.30 และน้อยที่สุดมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.20 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.17 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.48 คะแนนต่ำสุดคือ 59 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 115 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นรายด้าน 4 ด้าน สามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 43.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.10 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.62 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.01 คะแนนต่ำสุดคือ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 30 คะแนน

4.2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.90 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 46.70 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.40 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.52 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.04 คะแนนต่ำสุด คือ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 30 คะแนน

4.3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.00 และระดับสูง ร้อยละ 12.69 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.39 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.88 คะแนนต่ำสุดคือ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 28 คะแนน

4.4 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.9 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 43.20 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.9 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.61 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.04 คะแนนต่ำสุดคือ 13 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 30 คะแนน

5. ข้อมูลระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ปกติ ร้อยละ 65.20 (<140 มิลลิเมตรปรอท) และผิดปกติ ร้อยละ 34.80 ส่วนใหญ่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ปกติ ร้อยละ 87.90 (<90 มิลลิเมตรปรอท) และ ผิดปกติ ร้อยละ 12.1

6. ข้อมูลค่าบ่งชี้ทางเคมีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

สำหรับค่าบ่งชี้ทางเคมีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 66.20 ระยะที่ 1 ร้อยละ 21.70 ระยะที่ 3 ร้อยละ 11.90 และระยะที่ 4 น้อยที่สุด ร้อยละ 0.20 ตามลำดับ หนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ผิดปกติ ร้อยละ 14.80 (≥ 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละด้านตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่าตัวแปรทั้งหมด 6 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) พบความสัมพันธ์เชิงบวกสูงสุดระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ($r=0.835$) และพบความสัมพันธ์เชิงบวกต่ำสุดระหว่างคะแนนรอบรู้ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง และคะแนนความรอบรู้การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ($r=0.423$)

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับอัตราการกรองของไต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับอัตราการกรองของไต พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับสูงมาก ($r=0.858$) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับอัตราการกรองของไต

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.487$) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับปานกลาง ($r=-0.420$) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับต่ำ ($r=-0.199$) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับต่ำ ($r=-0.251$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$)

9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร (Backward) พบว่า มี 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต คือ อายุ ($B=-0.118$) ดัชนีมวลกาย ($B=-0.286$) และการสูบบุหรี่ ($B=-3.789$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนอีก 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($B=1.615$) การรับรสชาติอาหารจืด ($B=7.335$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง จากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยทั้ง 6 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้ ร้อยละ 89.30 ($R^2=0.798$)

10. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยใช้สถิติ

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร (Backward) มีรายละเอียดดังนี้

10.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศชาย พบว่า มี 2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง จากลูกหลาน และคนในครอบครัว ($B=-3.479$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($B=-0.289$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนอีก 1 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศชาย คือ การรับประทานอาหารเค็ม ($B=5.370$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.010$) โดยทั้ง 3 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศชาย ได้ ร้อยละ 33.40 ($R^2=0.578$)

10.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศหญิง พบว่า มี 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ คือ ความเพียงพอของรายได้ ($B=-3.375$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($B=-5.783$) จากแฟนพับ/โปสเตอร์ ($B=-4.115$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($B=-0.195$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนอีก 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศหญิง คือ อายุ ($B=2.242$) อาชีพ ($B=3.708$) และการรับประทานอาหารเค็ม ($B=4.199$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.050$) โดยทั้ง 7 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศชายได้ร้อยละ 28.60 ($R^2=0.535$)

10.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศชาย พบว่า มี 2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ คือ อายุ ($B=-0.085$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($B=-0.142$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยทั้ง 2 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในเพศชายได้ร้อยละ 9.40 ($R^2=0.307$)

10.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในเพศหญิง พบว่า มี 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก คือ อายุ ($B=0.165$) ดัชนีมวลกาย ($B=0.414$) และการรับประทานอาหารเค็ม ($B=3.195$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยทั้ง 3 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในเพศหญิงได้ร้อยละ 8.60 ($R^2=0.294$)

11. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร (Backward) พบว่า มี 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับน้ำตาลในเลือด คือ ดัชนีมวลกาย ($B=0.544$) และการรับประทานอาหารหวาน/มัน ($B=13.899$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value}<0.05$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($B=-0.289$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value}<0.01$) โดยทั้ง 3 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 17.80 ($R^2=0.422$)

12. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กับระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธีลดตัวแปร (Backward) พบว่า มี 1 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับอัตราการกรองของไต คือ อายุ ($B=-0.468$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value}<0.01$) ส่วนอีก 5 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับอัตราการกรองของไต คือ อาชีพ ($B=3.050$) การรับประทานอาหารเจ็ด ($B=3.819$) การได้รับรู้ข้อมูลสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($B=3.053$) จากลูกหลานคนในครอบครัว ($B=3.534$) จากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย ($B=3.163$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($B=0.302$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value}<0.05$) ดังนั้นทั้ง 6 ตัวแปร สามารถอธิบายการผันแปรระดับอัตราการกรองของไต ได้ ร้อยละ 36.70 ($R^2=0.606$) ส่วนตัวแปรความเพียงพอของรายได้ ($B=-2.477$) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับอัตราการกรองของไต อย่างมีนัยสำคัญของสถิติ ($P \text{ value}=0.075$)

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับอัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60–69 ปี มากกว่าครึ่งได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีรายได้เพียงพอรายได้ต่อค่าใช้จ่าย เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพสำหรับสถานะสุขภาพ พบว่า เกินครึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ไม่อยู่ตามเกณฑ์มาตรฐาน ขอรับประทานอาหารรสชาติเค็ม (ร้อยละ 39.80) สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 8.90 และร้อยละ 28.10) การเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนใหญ่มารับบริการใกล้บ้าน อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลของรัฐประจำอำเภอ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตส่วนใหญ่จะได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จากข้อมูลลักษณะประชากรแสดงให้เห็นว่าลักษณะของชุมชนไทลื้อในพื้นที่จังหวัดพะเยาเริ่มมีการปรับตัวเข้ากับท้องถิ่น โดยเฉพาะในการเข้าถึงบริการสุขภาพแต่ยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อีกทั้งยังยึดถือวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม วัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง โดยลักษณะทางชีววิทยา สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ (Pender, 1996) นอกจากนั้นสถานะทางสุขภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรมตามลักษณะบางอย่างของแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่จะส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ong–Artborirak and Seangpraw, 2019) ที่พบว่า ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม การจัดการตนเอง เช่น การใช้แพทย์พื้นบ้าน การซื้อยามารับประทานเองจากร้านขายยา ความเชื่อและการรักษาแบบโบราณ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Qinghua Zhang, 2021) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวจีน-คาซัค ที่มีรายได้น้อยพบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ไม่ดีอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จะมี

เอกลักษณ์เฉพาะที่แตกต่าง ทั้งในด้านอาหารพื้นเมือง วิถีชีวิต ประเพณีและวัฒนธรรมที่ดั้งเดิม ชาวไทลื้อยังขาดความตระหนักในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ส่งผลให้ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Boonyathee, et al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Mafu, et al., 2023) ที่พบว่ากลุ่มเชื้อชาติ อายุ การศึกษา และการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ($R^2 = 0.594$)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ร้อยละ 41.5 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำ ได้แก่ 1) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง สืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยี และเครือข่ายทางสังคม เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูป 2) แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังสืบค้นได้จากหนังสือวารสาร และสิ่งสิ่งพิมพ์ 3) การสืบค้นข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังที่ทันสมัยสามารถหาได้จากโทรทัศน์และวิทยุ ส่วนข้อคำถามด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนทางไตของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำ ได้แก่ 1) ถ้าปล่อยให้เป็นความดันโลหิตสูงอยู่นานเป็นปี จะทำให้หัวใจโต 2) ถ้าวัดระดับความดันโลหิตได้ค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูง 3) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดื่มสุราไม่มีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน สอดคล้องกับแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญา และทางสังคมของบุคคลที่ชี้ นำก่อให้เกิดแรงจูงใจ รวมถึงความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าใจ เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง และ สอดคล้องกับ (Fatemeh, Azar and Roya, 2022) ซึ่งให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.528$ และ $p<0.05$) และกล่าวอีกว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงเท่าใด ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็จะยิ่งสูงขึ้นเท่านั้น นอกจากนั้น

ผลที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับของการศึกษา (Azam, Rahim and Mahnoush, 2023) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในทางใต้ของประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การบริโภคอาหารที่มีเกลือต่ำ ไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นทำให้มีการรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้น อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จึงส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่ถูกต้อง หรือถูกต้องเป็นส่วนน้อย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงมากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r=0.858$) และเมื่อวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้าน ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันอยู่ระดับสูง ($r=0.835$) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเพียงระดับประถม ศึกษา ร้อยละ 65.20 และยังคงติดกับการศึกษาที่ผ่านมา (Barati, et al., 2020) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ ที่ร่วมกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับกลยุทธ์การสอนสุขศึกษา หรือวางแผนการโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยเอื้อให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการสืบค้นข้อมูล การวิเคราะห์พิจารณาทางเลือกที่ถูกต้อง และเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการสนับสนุนจากชุมชน เช่น เสี่ยงตามสายประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง สถานีวิทย์ในชุมชน เป็นต้น เข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง เป็นสื่อกลางที่ช่วยเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ตลอดจนจะช่วยกระตุ้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ต่อเนื่อง และผู้สนับสนุนเหล่านี้ยังสามารถที่จะให้คำแนะนำการดูแลได้อย่างทันที่

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90 และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.40 และเมื่อพิจารณาด้านการบริโภคอาหารเป็นรายข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนต่ำ ได้แก่ 1) เติมเครื่องปรุงรส อาทิ เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรส เพิ่มในอาหาร 2) รับประทานอาหารรสเค็ม อาทิ ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง 3) ทานกินอาหารที่มีไขมันสูง อาทิ อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน มีไขมันผสม และเมื่อพิจารณา ด้านการออกกำลังกายเป็นรายข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนต่ำ ได้แก่ 1) ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับหนัก คือเหนื่อยหอบ หรือไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยคขณะออกกำลังกาย) อย่างน้อยครั้งละ 20 นาที 2) ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับปานกลาง คือ เหนื่อย พูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยค) อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3) เล่นกีฬา อาทิ เตะบอล ตะกร้อ ปิงปอง แบดมินตัน วิ่งเยาะ ๆ รำวงย้อนยุค อย่างน้อยวันละ 30-40 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ได้มาจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และการจัดการตนเอง ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การใช้ยาด้วยตนเองโดยการซื้อจากร้านขายยา ความเชื่อและการรักษาแบบโบราณ วิถีชีวิตเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Mafu, et al, 2023) ซึ่งยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิโอบีเยที่แสดงให้เห็นถึงระดับการดูแลเอง โดยรวม ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองถึงร้อยละ 51.10 (Melaku, et al., 2022)

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบตัวแปรดัชนีมวลกาย การรับรสชาติอาหารหวาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 16.80 เมื่อพิจารณาราย ด้านตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (World Health Organization, 1998) เป็นทักษะการรับรู้ และทักษะทางสังคม (Cognitive and Social skills) ทำให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถในการอ่านเพิ่ม ค้นหาข้อมูลข่าวสาร มีใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ หรือวิเคราะห์ผ่านการเชื่อมโยงด้วยสื่อต่าง ๆ จนสามารถส่งเสริมสุขภาพ และจัดการดูแลตนเองในทางที่ดีได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาชี้ให้เห็น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน หรือมีภาวะอ้วน อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของเมตาบอลิซึม

และการทำงานของอินซูลินในร่างกาย (Makinen, Kettunen and Lehtimäki, 2023) การที่กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรสชาติหวาน ร้อยละ 9.6 อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี ใช้วิถีชีวิตตามประสบการณ์ที่ผ่านมา และวัฒนธรรมของครอบครัว การศึกษาที่ผ่านมาหลาย ๆ ชิ้น พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Afshin, Sur and Fay, 2019)

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับระดับอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis ระดับอัตราการกรองของไต พบตัวแปรอายุ อาชีพ การรับรสชาติอาหารจืด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง จากครอบครัว และการได้รับข้อมูลจากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย มีความสัมพันธ์กับระดับอัตราการกรองของไต โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 36.60 เมื่อพิจารณารายด้านตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับอัตราการกรองของไต สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Paasche-Orlow and Wolf (2007) “Integrated Model of Health Literacy” ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะถูกกำหนดโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านหลัก ได้แก่ การเข้าถึง และการใช้ประโยชน์จากระบบดูแลสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการสุขภาพ และการดูแลตนเอง มีอิทธิพลที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะเข้าใช้บริการสุขภาพ ใช้วิธีพูดคุยโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ผลการศึกษานี้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของอายุตามทฤษฎีความเสื่อมสลายของเซลล์ที่เกิดขึ้นในร่างกาย เมื่ออายุยิ่งมากขึ้นเซลล์การทำงานของไตจะเสื่อมลง หรือระดับอัตราการกรองของไตลดลง ซึ่งวัดได้จากค่าบ่งชี้ทางเคมีที่เจาะตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การไม่ได้ประกอบอาชีพ บทบาททางสังคมลดลงส่วนใหญ่กลายเป็นคนพึ่งพิงอาศัยครอบครัว หรือผู้ดูแล รวมถึงอิทธิพลการไม่เข้าถึงข้อมูล และการเลือกใช้สื่อที่ไม่เหมาะสมถูกต้อง (Scott, A., et al., 2023) สิ่งเหล่านี้ที่ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดมีความเสี่ยงเกิดโรคไตเรื้อรังสูงขึ้น และการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ในการเลือกรับประทานอาหารรสชาติจืด ร้อยละ 44.40 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ที่แปรผกผันกับระดับอัตราการกรอง

ของไต (Graudal, Hubeck–Graudal and Jurgens, 2023) ซึ่งส่วนมากอยู่ในโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 2 ร้อยละ 66.20 (Graudal, Hubeck–Graudal and Jurgens, 2023) นอกจากนั้นผลที่เกิดขึ้นยังสอดคล้องกับการนโยบายที่ตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวถึง มุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีกว่า และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลนั้น ควรศึกษาทำความเข้าใจ และคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล การปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การจัดระบบสนับสนุน และการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรู้ด้านสุขภาพ

ดังนั้นการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าย่อมสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพร้อมรับมือ ได้ตอบ และสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบตัวแปรการรับรสชาติอาหารเค็ม การได้รับข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากลูกหลานคนในครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับระดับ ความดันซิสโตลิก โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 33.40 เมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ เติมเครื่องปรุงรส อาทิ เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรสเพิ่มในอาหาร และข้อคำถามรับประทานอาหารรสเค็ม อาทิ ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า คุณลักษณะของบุคคล ประสบการณ์ และพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ในการศึกษา นี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชาติพันธุ์ไทลื้อ มีอัตลักษณ์ วิถีชีวิต และพฤติกรรมตามวัฒนธรรมที่สืบทอดมาตามดั้งเดิมของเขา (Yu, 2021) เกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี โดยเฉพาะการรับประทานอาหารหวาน อาหารมันที่ทำจากกะทิ หรืออาหารเค็มที่ทำจากการหมักดองเพื่อถนอมอาหาร เช่น ถั่วเน่า ข้าวแรมพีน น้ำผัก ส้มผักกาด

เป็นต้น (Krajangchom, 2023) ผลการศึกษาที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับงานของ (Afshin, Sur and Fay, 2017) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การลดเกลือในอาหารของประเทศเอเชียใต้ พบว่า มีปริมาณเกลือเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น 2 เท่า (10 กรัม/วัน) เมื่อเทียบกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (5 กรัม/วัน) และการศึกษาที่ผ่านมาของ (Amin, et al., 2020) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงในเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเกลือต่ำ ร้อยละ 27.90 ที่ดีกว่าเพศหญิง ร้อยละ 29.70 และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในเพศหญิงมีตัวแปรเพิ่มมากกว่าเพศชาย ได้แก่ อายุ อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และได้รับข้อมูลจากแผ่นพับโปสเตอร์ มีความสัมพันธ์กับระดับความดันซิสโตลิก โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 28.00 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Qinghua Zhang, et al., 2021) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนระดับความดันโลหิตสูง และความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดสังคม ซึ่งมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการช่วยเหลือดูบางส่วน และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.20) ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาแค่เพียงระดับประถมศึกษา หากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่เพียงพอ (Costa, et al., 2019), (Costa, et al., 2022) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ (Tuti, Cahyo and Desy, 2022) พบว่า ร้อยละ 65.00 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง และสามารถที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี ผลกระทบระยะยาวของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อาจจะทำให้เพิ่มอุบัติการณ์เกิดโรคไตเรื้อรัง และอุบัติการณ์ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (Eric Yuk Fai Wan. 2019)

ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

เมื่อพิจารณาการควบคุมระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 12.10 มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงผิดปกติ โดยมีค่าเฉลี่ย 78.35 ในเพศชายตัวแปรอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความ

สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยมีค่า ร้อยละ 9.40 สอดคล้องกับการศึกษา (Ji, et al., 2020) ส่วนในเพศหญิงที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากกว่าเพศชาย (Wu, et al., 2023) ในเพศหญิงตัวแปรอายุ ดัชนีมวลกาย และการรับประทานอาหารเช้า มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยมีค่า ร้อยละ 28.6 อธิบายได้ว่าดัชนีมวลกายน้อยเกินไป ร้อยละ 6.90 หรือดัชนีมวลกายมากเกินไป ร้อยละ 18.80 และอ้วน ร้อยละ 28.60 ยังพบพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี มีความชอบในรับประทานอาหารเช้า มากกว่าประเภทอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยมีค่า ร้อยละ 8.60 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ (Jingjing, et al., 2022)ในการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 1 ปี และ 10 ปี มีภาวะน้ำหนักน้อยเกินไป และโรคอ้วนระดับ 2 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มสูงขึ้น 1.51 และ 1.27 เท่า สำหรับผู้เข้าร่วมที่น้ำหนักน้อยตามลำดับ 1.08 และ 1.16 เท่า สำหรับโรคอ้วนระดับ 2 ยังมีการศึกษาอีกหลายชิ้นที่ได้แสดงให้เห็นถึงการบริโภคอาหารเช้ามีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Debasish, et al., 2022)

ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบตัวแปรดัชนีมวลกาย การรับประทานอาหารเช้า และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 17.80 การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไทลื้อ ส่วนมากมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ระดับต่ำถึงปานกลาง เกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดถึงปานกลาง คือ ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการเติมเครื่องปรุงรส อาทิ เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรสเพิ่มในอาหาร ข้อคำถามที่เกี่ยวกับรับประทานอาหารรสเค็ม อาทิ ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการกินอาหารที่มีไขมันสูง อาทิ อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน มีไขมันผสม และข้อคำถามที่เกี่ยวกับการกินอาหารที่มีไขมันสูง อาทิ อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน มีไขมันผสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเพนเดอร์ (Pender, 1998) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ อาจเป็นเพราะชุมชนไทลื้อมีเอกลักษณ์ โดยเฉพาะเรื่องอาหารประจำท้องถิ่น หรืออาหารพื้นเมือง ผลมาจากความชอบบริโภคอาหารประจำท้องถิ่น (Quintero–Angel, Mendoza and Quintero–Angel, 2019)

ซึ่งมีรสชาติหวาน มัน เช่น ข้าวแคบ ข้าวควบ ขนมปาด ขนมดอกซ้อ เป็นต้น (Krajangchom, 2023) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐาน ร้อยละ 47.40 หรือมีภาวะอ้วนนั่นเอง อาจเป็นเพราะยังขาดการออกกำลังกาย และบางคนมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น ผลที่เกิดขึ้นสอดคล้อง (Durai, 2021) กับการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยเบาหวานชาวอินเดีย พบว่า การปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองในการบริโภคอาหารลดหวาน และเพิ่มอาหารประเภทผักผลไม้ มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ภาคเหนือของไทย

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า ตัวแปรอายุ อาชีพ การรับรสชาติอาหารจี๊ด การได้รับข้อมูลสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากลูกหลาน คนในครอบครัว จากวิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับระดับอัตราการกรองของไต โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 36.70 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำสุด แยกพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ข้อคำถามที่เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงสืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยี และเครือข่ายทางสังคม เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูป และข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงสืบค้นได้จากหนังสือ วารสาร และสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสำคัญเพราะความสามารถในการดูแลตนเอง จะตอบสนองของการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อให้บรรลุในการรักษา หรือเกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ รวมทั้งการดูแลตนเอง คือ ความสามารถของบุคคลในการจัดการตนเองด้านความเจ็บป่วย ความทุพพลภาพ สถานะทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจะแหล่งต่าง ๆ (Tsai, et al., 2021) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารจี๊ดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มากกว่าการบริโภคอาหารรสชาติดกลุ่มอื่น ๆ อาจเกิดขึ้นจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และเกิดความมุ่งมั่นที่จะพยายามลดปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารจี๊ด ลดอาหารเค็ม ที่จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต (Wang, et al., 2016) การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของ (Ghada Sayed, 2022) พบว่า อาหารที่มีรสชาติเค็มสูง

มีความสัมพันธ์กับการลดลงระดับน้ำตาลการกรองของไต สอดคล้องกับการศึกษาของ (Liping Huang, et al., 2020) พบว่า ปริมาณโซเดียมที่ได้รับ และระดับน้ำตาลในเลือด เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ชาวแคนาดา (OR: 1.04, 95% CI: 1.01–1.07 per 10 mg/dL of blood glucose, $p=0.02$) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) แนะนำลดบริโภคอาหารที่มีโซเดียม น้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Liping Huang et al., 2020) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และพยาธิวิทยา ของผู้สูงอายุ ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Wang Y et al., 2022) ส่งผลให้มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคไตเรื้อรังมากกว่า ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยในชนบท ไทลื้อส่วนใหญ่เป็นครอบครัวใหญ่ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับสนับสนุนการดูแล จากคนในครอบครัววัยทำงาน วิถีชีวิต ประสบการณ์ส่วนบุคคล และวัฒนธรรมของครอบครัว และสังคมที่แตกต่างนี้ (เปรมวิทย์ วิวัฒน์เศรษฐ์, 2563) ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ในระดับปานกลาง จึงอาจมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลการกรองของไต (Tuti, Cahyo and Desy, 2022)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาของเราแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลการกรองของไต และ ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การบริโภคอาหารเค็มของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในปริมาณที่สูงเป็นอันตรายต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารหลีกเลี่ยงอาหารรสชาติหวาน เค็ม การ ควบคุมระดับของดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน หรือมีภาวะอ้วน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของเมตาบอลิซึมของร่างกาย ส่งผลต่อ การควบคุมระดับความดันโลหิต และน้ำตาลการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลดลง ดังนั้นการที่จะชะลอการเสื่อมของไต ควรควบคุมดัชนีมวลกาย เช่น การออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาลที่เกินความจำเป็น

อีกทั้ง ผลการศึกษาที่ได้ควรให้ความสำคัญในการจัดโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ สุขภาพ ในเพศหญิง เน้นการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ อาทิ การใช้สื่อแผ่นพับให้ความรู้ สื่อด้านวิดีโอ/บทความข่าวสารความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยผ่านสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้านสาธารณสุขควรมีสร้างภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการสนับสนุน และขับเคลื่อนนโยบายในการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมผู้ดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพการรับรู้ และดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่พึงประสงค์ นำสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและสามารถที่จะชะลอการเสื่อมของไตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรมุ่งเน้นการเพิ่มโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และบริการสุขภาพเชิงรุก กระตุ้นการใช้เทคนิคการสืบค้นข้อมูลความรู้โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง จากสื่อต่าง ๆ และเพิ่มทักษะการอ่านให้มากขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จะช่วยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตสามารถเข้าถึงข้อมูล หรือสืบค้นได้ง่ายมากขึ้น นำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม แล้วจะส่งผลทำให้การสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดปกติ และควบคุมระดับอัตราการกรองของไตได้

2. การรณรงค์ หรือจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยมุ่งเน้นในเพศหญิง และมุ่งเน้นเสริมสร้างความรอบรู้ สมรรถนะ เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อที่จะนำไปถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วยในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจพิจารณาศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมด้วย เช่น ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล อุปสรรคในการใช้ภาษาท้องถิ่น ความบกพร่อง หรือความพิการประเภทต่าง ๆ เฉพาะบุคคล ระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณยาที่ใช้ต่อวัน ประวัติการใช้ยากลุ่ม NSID หรือ Steroid โรคประจำตัวร่วม รวมถึงการใช้ยาสมุนไพร และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น พฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อนำไปค้นคว้าหาข้อเท็จจริงในการตอบโจทย์สมมุติฐานที่ตั้งไว้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับอัตราการกรองของไต และระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ ลดระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต และชะลอการเสื่อมของไตได้

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL) เพื่อป้องกันโรค มุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และมุ่งเน้นการเพิ่มสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ ของแกนนำอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่จะช่วยให้คำแนะนำการบริโภคอาหาร جيد หรือ ให้คำปรึกษา ที่เป็นการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และชะลอการเสื่อมของไต เพื่อส่งเสริมให้กลุ่ม เป้าหมายดังกล่าวเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาภาพตัดขวางของงานวิจัยนี้ มีข้อจำกัดเนื่องจากมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ จุดเวลา หรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ผู้วิจัยจึงไม่สามารถใช้เพื่อระบุว่าอะไรเป็นสาเหตุ และ ปัจจัยหรือผลลัพธ์ของการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงใช้เพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาพ เบื้องต้น หรือติดตามแนวโน้มของการเกิดโรคได้ และแสดงถึงความต้องการด้านบริการ สาธารณสุขของประชากร ทั้งนี้ยังเกิดประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ที่ศึกษา

2. ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่มีการตัดแปลงมาจากกองสุขภาพศึกษา อาจไม่สามารถตรวจสอบ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับ ความดันโลหิต และค่าบ่งชี้ทางเคมี เพราะบริบทในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันออกไป และ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอย่างไม่ตรงตามความจริง เนื่องจาก ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีนำแบบสอบถามมาตรวจสอบ คุณภาพ ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ

3. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อำเภอยางคำ จังหวัดพะเยา ดังนั้นผลการศึกษานี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรอื่น ๆ ทั่วประเทศ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **รอบรู้...สุขภาพวัยทำงาน**. นนทบุรี: คิวคัมเบอร์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: พรินเทอริ.
- กรมควบคุมโรค. (2561). **เกี่ยวกับกรมควบคุมโรค**. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/history.php>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง** (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **คู่มือรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565. จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf>.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2566, จาก <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/Download.pdf>
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป** (ฉบับปรับปรุง ปี 2561). นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นทางสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤษดา ศิรามพุช. (2561). **ไทยอายุรวัฒน์ อายุยืนแบบไทย สู่อายุขัย 120 ปี** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2562). **สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือ ประเมิน** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไอดีเอส พริ้นท์.
- คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา. (2565). **ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2563–2565**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565, จาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022
- จารุวรรณ พรมวัง. (2536). **การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่อีกครั้งของชาวไทลื้อ**. สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2567. จาก https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/37204/8/Jaruwan_pr_front.pdf
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). **พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี แลการประยุกต์** (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ชิสาพัชร์ ชูทอง. (2563). **การใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง**. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 4(1), 23–32.
- ณิกานต์ วงษ์ประกอบ และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2560). **ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 23(2), 94–106.

- ทวี คิลาร์ักษ์, ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล, และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2563). **ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ**. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(2), 109–121.
- ที่ทำการปกครองอำเภอเชียงคำ. (2565). **ประวัติความเป็นมา และข้อมูลประชากร**. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566, จาก <https://district.cdd.go.th/chiangkham/about-us/contact-us/>
- นุสรรา วิโรจนกัญญ. (2560). **ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้**. วารสารวิชาการแพทย์เขต, 11(31), 41–48
- เปรมวิทย์ วิวัฒน์เศรษฐ์. (2563). **อัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ในพิธีกรรมแห่งชีวิตชาวไทลื้อ จังหวัดพะเยา**. มหาวิทยาลัยพายัพ, 28(2), 173–179.
- พงษ์ประยูร แก้วหมุ่น, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, และสมเกียรติ ยศวรรเวช. (2562). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้วยไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง**. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 5(3), 62–73.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). **“ความหมายของผู้สูงอายุ”**. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2566, จาก <https://dictionary.orst.go.th/login.php>
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. (2560). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560**. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566, <https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2022/03/TheElderlyAct2003>.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). **พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะพลศึกษา, ภาควิชาสุขศึกษา.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และประทีป หมีทอง. (2560). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน**. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตคลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 35(2), 18–139.
- พิพิธภัณฑวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ล้านนา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2551). **พิพิธภัณฑวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ล้านนา** (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: เชียงใหม่.
- พีระ บุระณิกใจเจริญ. (2553). **โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- มลทณา เบ็ญจรงค์, อรวมน ศรียุคศุทธ, จงจิต เสน่หา และปัญญา สติระพจน์. (2560). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต**. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(3), 54-66.
- มิ่งมกล หงษาวงศ์. (2561). **ทิวลิ้อ: วิถีชีวิต และอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม**. วารสารศิลปกรรมศาสตร์วิชาการวิจัย และงานสร้างสรรค์, 1(2):1-20.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2561). **แนวคิดหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565. จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1578714596.pdf.
- วรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานูภาพ, และวลัยนารี พรมลา. (2564). **บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้**. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(38). 456-458
- วิจิตร บุญยะโหดระ. (2553). **ศาสตร์ชะลอวัย** (พิมพ์ครั้งที่ 1), กรุงเทพฯ: สถาบันผู้ดล.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2559). **บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อมรินทร์เฮลท์.
- ศูนย์พัฒนาราชภฏบนพื้นที่สูง กรมอนามัย. (2565). **โครงการพัฒนารูปแบบ และสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565. จาก <https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/annual-pa/2761#wow-book/>
- ศูนย์พัฒนาราชภฏบนพื้นที่สูง กรมอนามัย. (2565). **รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมอนามัย และการจัดการสิ่งแวดล้อมของชาวไทยภูเขาเผ่าลัวะ**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565. จาก <https://hhdcclampang.anamai.moph.go.th/database/admin/research/file/200814102014.pdf>
- ศูนย์พัฒนาราชภฏบนพื้นที่สูงจังหวัดพะเยา. (2565). **ประวัติชนเผ่าในจังหวัดพะเยา**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565. จาก <http://www.hdc-py.go.th/contentread.aspx?c=report>
- ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงวัฒนธรรม. (2563). **ฐานข้อมูลชาติพันธุ์**. สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2567. จาก <https://ethnicity.sac.or.th/database-ethnic/183/>
- สมยศ กิตติมั่นคง. (2550). **ลดความอ้วนชะลอความชราด้วยโกรทฮอร์โมน** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: แสงดาว.

- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension)** (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ทริค ชิงค์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). **ตำราโรคไตเรื้อรัง (Textbook of Chronic Kidney Disease)** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). **ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565. จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- สายพิน ไชยนันท์. (2561). **ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพทางใจ**. สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2565. จาก <https://www.thaipost.net/main/detail/3045>
- สำนักงานแพทย์ทางเลือก. (2562). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์ผสมผสาน**. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2565. จาก http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/blood/knowledge/6.pdf
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). **คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ยืนยง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **สถิติสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565, จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). **สถิติสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ/พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565. จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- สำนักศิลปะ และวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. (2563). **กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ**. สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2567. จาก <https://www.culture.cmru.ac.th/web60/learningcenter/กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ>
- สำนักศิลปะ และวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. (2565). **กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ**. สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2567, จาก <https://www.culture.cmru.ac.th/web60/learningcenter/กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ>

สุพิชชา ระโหว่พรมราช, นายธีระศักดิ์ บัวคำ, นางพรทิวี หาญอมร, และนายอัครเดช ปันนาวิน.

(2561). **ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ตำบลหาดสองแคว อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์.** สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2567. จาก

<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2563/research/MA2563-001-01-0000000146-0000000106.pdf>

สุพรรณณี สงวนพัฒน์. (2547). **การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวของชุมชนไทลื้อ ตำบลหย่วน**

อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, จังหวัดพิษณุโลก.

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2565). **การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์ และคุณภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาวดี อธิพันธ์, บังอร เสหาหงส์, ระดาพร วิริยะกุล และอนุเชษฐ์ ทานะพันธ์. (2563). **ผลของ**

โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมะยาง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2567. จาก

http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/2p11.pdf

สุวิทย์ แว่นเกตุ. (2558). **ตัวชี้วัดทางเคมี (Chemical Indicators).** สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม

2565, จาก <https://www.cssd-gotoknow.org/2015/01/chemical-indicators.html?m=1>

สุวิภา จำปาวัลย์ และชัชปนะ ปิ่นเงิน. (2560). **พิธีกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่ม**

ชาติพันธุ์ไทลื้อ ไทยวน ไทใหญ่: การดำรงอยู่และการเปลี่ยนแปลงภายใต้อิทธิพลของสังคมโลกาภิวัตน์. ในเอกสารประชุมวิชาการการรักษาโรคกับการใช้ยาสมุนไพรในวัฒนธรรมไทย-ไท (น. 21). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสภณพันธ์ เจือแก้ว และศิริภาณี เครือสวัสดิ์. (2557). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่มารับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือด ในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะ**

ตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2565. จาก

https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/215/sins_nursing_manual_2558_03.pdf

- องอาจ พรหมไชย. (2539). **กระบวนการถ่ายทอดความรู้ของชาวไทยลื้อ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพร.** วิทยานิพนธ์ ศษ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่.
- อรอมน ศรียุคตศุทธ. (2554). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่ 1).** กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่ใจว และงามจิต คงทน. (2559). **ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.** วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(1), 73–82.
- อิสรา ญาณดาส. (2534). **ไทลื้อ อัตลักษณ์แห่งชาติพันธุ์ไท.** เชียงใหม่: โครงการพิพิธภัณฑสถานธรรมชาติและชาติพันธุ์ล้านนา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Afshin, A., Sur, P.J., Fay, K. A. (2019). a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Health effects of dietary risks in 195 countries, 2019(393), 1990–2017.**
- Ahmed, A. (2021). Clinical Characteristics And Risk Factors Of Chronic Kidney Disease Among Patients Attending Al–Sadder Medical Hospital In Al–Najaf City. **Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation, 32(3), 15117–15127.**
- American Heart Association. (2017). **New ACC/AHA High Blood Pressure Guidelines Lower Definition of Hypertension.** Retrieved August 12, 2022, form <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2017/11/08/11/47/mon-5pm-bp-guideline-aha-2017>
- American Diabetes Association. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes–2019 Abridged for Primary Care Providers. **Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association, 37(1), 11–34.**
- American Medical Association's. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. **JAMA, 281(6), 552–557.**

- Amin, A., Zabihollah, G., Seyed, A., Hossein, A., Siamak, M. (2020). Assessment of Adherence to Self-Care Behaviors in Hypertensive Patients in Qom City (Iran). **Qom Univ Med Sci J**, 14(2), 55–66.
- Azam, L., Rahim, T. and Mahnoush, R. (2018). Factors Predicting Self-Care Behaviors among Low Health Literacy Hypertensive Patients Based on Health Belief Model in Bushehr District, South of Iran. **Hindawi International Journal of Hypertension**, 2018, 7.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W. H Freeman.
- Barati, M., Bayat, F., Asadi, Z. AfshariMoshir, F. Afshari, M. Relationship between Health Literacy and Self Care Behaviors in Hypertensive Patients. **Journal of Education and Community Health**, 7(2), 89–96.
- Boonyathee, S., Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Tonchoy, P., Kantow, S., Bootsikeaw, S., Auttama, N., Choowanthanapakorn, M., Dokpuang, D. and Panta, P. (2022). Health Behavior, Level of Hemoglobin A1c, and Quality of Life Among Agricultural Workers of Various Ethnicities in Thai Border Communities. **Frontiers in medicine**, (2022)9, Retrieved August 12, 2022, form <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.796955>.
- Bozica Lovric, B., Placento, H., Farcic, N., Lipic Baligac, M., Mikšić, S., Mamic, M., Jovanovic, T., Vidic, H., Karabatic, S. and Cviljevic, S. (2002). Association between Health Literacy and Prevalence of Obesity, Arterial Hypertension, and Diabetes Mellitus. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, (2022)19, 9002.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Hypertension**, (2003)42, 1206–1252.
- Coresh, J., Selvin, E., Stevens, L. A., Manzi, J., Kusek, J. W., Eggers, P., Van Lente, F., Levey, A. S. (2007). Prevalence of chronic kidney disease in the United States. **JAMA**, 298(17), 2038–2047.
- Costa, A., Loura, D. D. S., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., Viegas, L., Henriques, M. A. **Informal Caregivers' Health Literacy in Lisbon, Portugal: A Profile for Health Promotion Prioritization**. *Geriatrics*, (2022)7, 92.

- Costa, V. R. S., Costa, P. D. R., Nakano, E. Y., Apolinário, D., Santana, A. N. C. (2019). Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. **Rev Bras Enferm**, (2019)72, 266–273.
- Debasish, B. (2021). **Management of Hypertension in Patients With Diabetic Kidney Disease: Summary of the Joint Association of British Clinical Diabetologists and UK Kidney Association (ABCD–UKKA) Guideline**. Newyork: Kidney International Reports.
- Debasish, B. and Kidney International Reports. (2021). **Management of Hypertension in Patients With Diabetic Kidney Disease: Summary of the Joint Association of British Clinical Diabetologists and UK Kidney Association (ABCD–UKKA) Guideline 2021**. Retrieved August 12, 2022, form <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2022.01.004>
- De Nicola, L. M. R., Chiodini, P., Zoccali, C., Castellino, P., Donadio, C., Strippoli, M., Casino, F., Giannattasio, M., Petrarulo, F., Virgilio, M., Laraia, E., Di Iorio, B. R., Savica, V., Conte, G. (2016). Global approach to cardiovascular risk in chronic kidney disease: reality and opportunities for intervention. **pubmed journal**, 69(3), 538–545.
- Durai, V., Samya, V., Akila, G. V., Shriram, V., Jasmine, A., Muthuthandavan, A. R. (2021). Self-care practices and factors influencing self-care among type 2 diabetes mellitus patients in a rural health center in South India. **J Edu Health Promot**, (2021)10, 151.
- Eric Yuk Fai Wan, (2019). Association of Blood Pressure and Risk of Cardiovascular and Chronic Kidney Disease in Hong Kong Hypertensive Patients. **American Society of Nephrology**, 30(10), 331–340.
- Fatemeh, M., Azar, D. and Roya, M. (2020). The Relationship between Health Literacy and Self-care Behaviors in the Elderly with Hypertension Admitted to Cardiac Intensive Care Units: A Correlational Study. **J Crit Care Nurs**, 15(1).

- Garofalo, C. B. S., Pacilio, M., Minutolo, R., Chiodini, P., De Nicola, L., Conte, G. (2016). Hypertension and Prehypertension and Prediction of Development of Decreased Estimated GFR in the General Population: A Meta-analysis of Cohort Studies. **AJKD AMERICAN JOURNAL**, 67(1), 89–97.
- Ghada Sayed, Y. (2022). Salt and hypertension: current views. **E-Journal of Cardiology Practice**, 2022(22), 3–16.
- Graudal, N., Hubeck-Graudal, T., Jurgens, G. (2023). **A low dietary sodium dose is associated with a more pronounced aldosterone response in normotensive than in hypertensive individuals.** (2023)13. 19027.
- Hamrahian, S. (2017). Hypertension in Chronic Kidney Disease. **pubmed journal**, 17(4), 307–325.
- Hill, L. and Smith, N. (1985). **Self-care nursing: Promotion of health** (2 ed). Norwalk: Appleton Abd Lange.
- International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. (2020). **ISH Global Hypertension Practice Guidelines.** สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566, จาก https://ish-world.com/wp-content/uploads/2021/02/ISH_Guideline_Presentation_Slide_Deck_06.05.2020.pdf
- Jacqueline, R., Halladay, M., Katrina, E., Donahue, M. D., Crystal, W., Cene, M. D, Quefeng, L., Doyle, M., Cummings, P., Alan, L., Hinderliter, M. D., Cassandra, L., Miller, M. P. H., Beverly, A., Garcia, M. P. H., Edwin Little, M. D., Margorie R., Jim Tillman, D., Min, A., Ammerman, R. D., and Darren, D. (2017). The Association of Health Literacy and Blood Pressure Reduction in a Cohort of Patients with Hypertension: The Heart Healthy Lenoir Trial. **pubmed journal**, 100(3), 542–549.
- Ji, H., Kim, A., Ebinger, J. E., Niiranen, T. J., Claggett, B. L., Bairey Merz, C. N. (2020). Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course. **JAMA Cardiol**, 5(3), 19–26.
- KDIGO. (2021). KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. **Official Journal of the International Society of Nephrology**, 100(45), s1–s276.

- Khazanie, R. (1996). **Statistics in a World of Applications** (4th ed). New York: HarperCollins College.
- Kithas, S. M. (2010). Hypertension and chronic kidney disease in the elderly. **pubmed journal**, 17(4), 341–347.
- Krajangchom, S. (2023). Tourism Model of Lampang Cultural and Ceramic City. **Journal of Thai Hospitality and Tourism**, 18(1), 71–83.
- Liang, S. (2017). Glycated Hemoglobin is a Biomarker of Renal Failure in Diabetic Patients June 2022. **Journal of Internal Medicine and Emergency Research**, 3(2), 1–9.
- Liping Huang, Kathy Trieu, Sohei Yoshimura, Bruce Neal, Mark Woodward, Norm, R. C., Qiang Li, Daniel, T. L., Alexander, A. L., Cheryl, A. M. A., Graham, A. M., Feng, J. H. (2020). Effect of dose and duration of reduction in dietary sodium on blood pressure levels: systematic review and meta-analysis of randomised trials. **BMJ**, 2020(368), 315.
- Mafu, C., Seangpraw, K., Ong–Artborirak, P., Boonyathee, S., Tonchoy, P., Kantow, S., Auttama, N., Choowanthanapakorn, M., Winaiprasert, P. (2023). Self-care Behaviors and Lipid Profiles among an Ethnic Minority Adult Population in Thai Rural Communities. **The Open Public Health Journal**, (2023)16, 1–9.
- Makinen, V. P., Kettunen, J., Lehtimäki, T. (2023). Longitudinal metabolomics of increasing body-mass index and waist-hip ratio reveals two dynamic patterns of obesity pandemic. **Int J Obes**, (2023)47, 453–462.
- Melaku, T., Bayisa, B., and Fekeremariam, H. (2022). Self-care practice among adult hypertensive patients at ambulatory clinic of tertiary teaching Hospital in Ethiopia: a cross-sectional study. **J of Pharm Policy and Pract**, 2022, 15–23.
- Misghina, W. (2020). The impact of hypertension on chronic kidney disease and end-stage renal disease is greater in men than women: a systematic review and meta-analysis. **Weldegiorgis and Woodward BMC Nephrology**, (2020)21, 506.
- Nationnal Intitutes of health Nation Heart. (2006). **YOUR GUIDE TO Lowering Your Blood Pressure With DASH**. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566, จาก https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf

- Nigam, K., Bhattacharya, and Bayer. (2012). Physiological changes associated with aging and immobility. **Hindawi Publishing Corporation Journal of Aging Research**, (2012)1, 1–2.
- Nutbeam, D. (2008). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promot Int.** (2000)15, 259–267.
- Ong–Artborirak, P. and Seangpraw, K. (2019). Association Between Self–Care Behaviors and Quality of Life Among Elderly Minority Groups on the Border of Thailand. **Journal of multidisciplinary healthcare**, 12, 1049–1059. Retrieved August 12, 2022, form <https://doi.org/10.2147/JMDH.S227617>
- Orem, D. E. (1985). **Nursing: Concepts of Practice** (3 rd Edition). New York: McGraw–Hill.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing: Concepts of Practice** (6 rd Edition). New York: McGraw–Hill.
- Paasche–Orlow, M. K. and Wolf, P. (2007). **Improving the effectiveness of patient education: a Focus on limited health literacy**. New York: McGraw Hill.
- Pender, N. J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice** (3rd ed). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Bar–Or, O., Wilk, B. and Mitchell, S. (1987). Self–efficacy and perceived exertion of girls during exercise. **Nurs Res**, 51(2), 86–91.
- Qinghua Zhang, Feifei Huang, Lei Zhang, Shasha Li and Jingping Zhang. (2021). The effect of high blood pressure–health literacy, self–management behavior, selfefficacy and social support on the healthrelated quality of life of Kazakh hypertension patients in a low–income rural area of China: a structural equation model. **BMC Public Health**, 2021(21), 1114.
- Quintero–Angel, M., Mendoza, D. M., Quintero–Angel, D. (2019). The cultural transmission of food habits, identity, and social cohesion: a case study in the rural zone of Cali–Colombia. **Appetite**, 139(1), 75–83.

- Richard, J., McManus, Paul, L., Beth, S., Katherine, M., James, R., Jo, K., Katherine, B., Jin, Z., Shihua, Z., Elizabeth, M., Carl, R. M., Frances, S. M., Susan, M., Peter, S., Rebecca, B., Emma, O., Julie, A., Cathy, R., Jacqui, N., Bryan, W., Lucy, Y. (2021). Home and Online Management and Evaluation of Blood Pressure (HOME BP) using a digital intervention in poorly controlled hypertension: randomised controlled trial. **BMJ**. (2021)19, 372.
- Scott, A. (2022). **Using Health Literacy Principles to Improve Hypertension Treatment Compliance Rates and Patient Self-Confidence**. Institute for Health Care Improvement. Retrieved August 12, 2022, from <https://www.ihc.org/resources/Pages/ImprovementStories/UsingHealthLiteracyPrinciplesToImproveHypertension.aspx>.
- Sudnongbua, S. (2011). **Feelings of abandonment among elderly people in rural Thailand: a thesis presented in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Health Sciences at Massey University, Palmerston North, New Zealand**. New Zealand: Massey University.
- Tuti, P., Cahyo, N. and Desy, I. Y. (2022). Factors Influencing Self-Care Behaviors in Hypertension Patients With Complications. **Vascular Health and Risk Management**. (2022)18, 463–471.
- Tsai, Y. C., Wang, S. L., Tsai, H. J., Chen, T. H., Kung, L. F., Hsiao, P. N., Hsiao, S. M., Hwang, S. J., Chen, H. C., Chiu, Y. W. (2021). The interaction between self-care behavior and disease knowledge on the decline in renal function in chronic kidney disease. **Sci Rep**, 11(1), 401.
- Wang, Y., Chen, T., Gan, W., Yin, J., Song, L., Qi, H., Zhang, Q. (2022). Association among high blood pressure health literacy, social support and health-related quality of life among a community population with hypertension: a community-based cross-sectional study in China. **BMJ**, 12(6), 495.
- Wang, Y., Zhang, J., Ding, Y., Zhang, M., Liu, J., Ma, J. (2016). Prevalence of hypertension among adults in remote rural areas of Xinjiang, China. **Int J Environ Res Public Health**. 13(6), 524.

- World Health Organization. (1998). **Health Promotion Glossary**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). **Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7 th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development**. Kenya: Nairobi.
- World Health Organization. (2014). **World health statistics 2014**. Retrieved August 12, 2022, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738>.
- World Health Organization. (2022). **World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 2**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (13 December 2021). **Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases**. Retrieved August 12, 2022, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041059>.
- Wu, J., Han, X. and Sun, D. (2023). Age-specific association of stage of hypertension at diagnosis with cardiovascular and all-cause mortality among elderly patients with hypertension: a cohort study. **BMC Cardiovasc Disord**, (2023)23, 270.
- Zhu, J., Xiaohua, L., Jinling, Z., Jun, L., Linli, C., Chen, H., Jiong, L., Yongfu, Y., Huilin, X. and Guoyou, Q. Time-varying association between body mass index and all-cause mortality in patients with hypertension. **International Journal of Obesity**, (2022)46, 10.
- Yu, W. (2021). From Sipsongpanna to Chiang Kham: the reconstruction of Lue identity in contemporary Thailand. **ASR**. 8(1), 1-14.



ภาคผนวก

แบบสอบถาม

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุม
โรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมาย ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ
ทักษะ และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนโหล้อ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ซึ่งประกอบด้วย
3 ตอน จำนวน 89 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 36 ข้อ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40
ข้อ ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อมูลที่ได้จะนำมารวบรวมและวิเคราะห์ผล เพื่อให้ทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ทำวิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่มีการ
เปิดเผยต่อผู้ตอบแบบสอบถาม จึงขอให้ท่านตอบข้อคำถามตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลมา
พัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดทักษะ และมีการปฏิบัติ
ทางสุขภาพได้ถูกต้องต่อไป

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุปี
2. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
3. ระดับการศึกษาของท่าน
 - 1) ไม่ได้รับการศึกษา
 - 2) ได้รับการศึกษา
 - 2.1) ประถมศึกษา 2.2) มัธยมศึกษาตอนต้น
 - 2.3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 2.4) อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า
 - 2.5) ปริญญาตรีขึ้นไป 2.6) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ท่านมีรายได้ต่อเดือนเท่าไร
 - 1) ไม่มีรายได้
 - 2) มีรายได้
 - 2.1) ต่ำกว่า 2,000 บาท 2.2) 2,001-6,000 บาท
 - 2.3) 6,001-10,000 บาท 2.4) มากกว่า 10,001 บาท
5. สถานะทางการเงินในครอบครัวของท่านมีความเพียงพอ หรือไม่
 - 1) ไม่เพียงพอ
 - 2) เพียงพอ
6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด
 - 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - 2) ประกอบอาชีพ
 - 2.1) รับจ้างทั่วไป 2.2) เกษตรกรรม
 - 2.3) พ่อบ้าน/แม่บ้าน 2.4) ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว
 - 2.5) พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน 2.6) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - 2.7) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ดัชนีมวลกาย
 - 7.1) ท่านมีน้ำหนัก =กิโลกรัม, ส่วนสูง =เซนติเมตร
 - 7.2) ดัชนีมวลกาย =กิโลกรัม/เมตร²

8. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทใด

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) ไม่รับรู้รสชาติ | <input type="checkbox"/> 2) รสชาติอาหารหวาน |
| <input type="checkbox"/> 3) รสชาติมัน | <input type="checkbox"/> 4) รสชาติเค็ม |
| <input type="checkbox"/> 5) รสชาติเปรี้ยว | <input type="checkbox"/> 6) รสชาติเผ็ด |
| <input type="checkbox"/> 7) รสชาติจืด | |

9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- 1) ไม่สูบบุหรี่
- 2) สูบบุหรี่

10. ปัจจุบันท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- 1) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์
- 2) ดื่มแอลกอฮอล์

11. เมื่อท่านเจ็บป่วย หรือไม่สบาย ท่านเลือกแหล่งบริการสุขภาพที่ไหนในการรักษา

- 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต)
- 2) โรงพยาบาลรัฐบาล เช่น รพ.ประจำอำเภอ/จังหวัด
- 3) โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกเอกชน
- 4) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

12. ท่านเคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังหรือไม่

- 1) ไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง
- 2) เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง
(โปรดระบุแหล่ง.....และตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล

นักวิชาการสาธารณสุข

- 2.2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- 2.3) ลูก หลาน คนในครอบครัว
- 2.4) อินเทอร์เน็ต อาทิ เฟสบุ๊ก ไลน์
- 2.5) วิทยุ/โทรทัศน์ /เสียงตามสาย
- 2.6) แผ่นพับ/โปสเตอร์
- 2.7) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

13. ระดับความดันโลหิต

ท่านมีระดับความดันโลหิต (วัดขณะตอบแบบสอบถาม หรือครั้งล่าสุด)

Systolic (ค่าบน) = มิลลิเมตรปรอท

Diastolic (ค่าล่าง) = มิลลิเมตรปรอท

14. ค่าบ่งชี้ทางเคมี (ผลการตรวจล่าสุด ขณะเก็บแบบสอบถาม)

14.1) ค่าอัตราการกรองของไต(eGFR) =มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตาราง
เมตร

14.2) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) =มิลลิกรัม/เดซิลิตร

*** (เจาะเลือดตอนเช้างดอาหารและน้ำดื่ม) ***

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มี
ภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกตามองค์ประกอบ 6 ด้าน**

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านที่ตรงตาม
ความรู้สึก ความคิดเห็น ตามความเชื่อของท่านในข้อต่อไปนี้เพียงช่องเดียว คำตอบของท่าน
ไม่มีการตัดสินว่าผิดหรือถูก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ใช่
ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ			
1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จะต้องไปรับบริการที่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หรือผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ			
2. ข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังสามารถ สืบค้นหรือสอบถามได้จากคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง			
3. การหาข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ท่านสามารถค้นหาได้ทันที			
4. การสืบค้นข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไต เรื้อรังที่ทันสมัยสามารถหาได้จากโทรทัศน์และวิทยุ			
5. แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังสืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยี และ เครือข่ายทางสังคม เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูป			

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ใช่
6. แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังสืบค้นได้จากหนังสือ วารสาร และสื่อสิ่งพิมพ์			
ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง			
1. โรคความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตในร่างกายอาจทำให้เป็นโรคไตวายเรื้อรังได้			
2. เป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ เส้นโลหิตจะแตกง่าย			
3. ถ้าปล่อยให้เป็นความดันโลหิตสูงอยู่ยาวนานเป็นปี จะทำให้หัวใจโต			
4. เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่รักษา จะทำให้สายตาเสื่อม			
5. ถ้าวัดระดับความดันโลหิตได้ค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูง			
6. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดื่มสุราไม่มีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน			
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ			
1. เมื่อท่านกังวล หรืออยาการู้ข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ท่านจะสอบถามข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)			
2. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติในร่างกาย อาทิ ปวดศีรษะ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านจะเล่าให้คนในครอบครัวทราบ			
3. ท่านจะเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังให้คนในครอบครัวฟังเกี่ยวกับสาเหตุ และอาการของโรคความดันโลหิตสูง			
4. ท่านจะบอกอาการข้างเคียงของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทราบ			

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ใช่
5. ท่านจะเล่าอาการของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังให้เพื่อน หรือผู้ป่วยด้วยกันทราบถึงอาการปัจจุบันของท่าน			
6. ท่านจะบอกคนในชุมชนของท่านให้ตรวจระดับความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน			
ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ			
1. ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ท่านจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและความร่วมมือของคนในครอบครัวก่อน			
2. ท่านมักเปรียบเทียบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง จากหลายแหล่งนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม			
3. เมื่อมีข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังใหม่ ๆ เข้ามา ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลก่อนตัดสินใจเชื่อ หรือทำตาม			
4. ท่านขอคำปรึกษาจาก อสม. เกี่ยวกับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังหรือการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน			
5. ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ พิจารณาข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากสื่อหรือจากคนที่ใช้แล้วได้ผลก่อนที่จะนำมาใช้ตาม			
6. เมื่อเพื่อนบ้านชวนดื่มเหล้าในงานเลี้ยง ท่านจะคิดถึงผลดีผลเสียก่อนตัดสินใจ			
ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง			
1. ท่านควบคุมกำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหาร			
2. ท่านวางแผนออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในร่างกายของท่าน			

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ใช่
3. ท่านตั้งใจลดข้าวแต่ละมือลง ถ้าหิวก็กินผลไม้แทน เช่น ชมพู่ หรือ ฝรั่งแทนในการควบคุมน้ำหนัก			
4. เมื่อท่านมีอาการปวด เวียนศีรษะ ปวดท้ายทอย ท่านหยุดทำกิจกรรมทันที			
5. เมื่อท่านเกิดอารมณ์โกรธ จะออกไปสังสรรค์กับเพื่อน หรือคนข้างบ้าน			
6. ท่านตั้งใจจะกินอาหารรสเปรี้ยวจัดเพื่อทดแทนรสเค็ม			
ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต			
1. เมื่อมีสินค้าทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไตที่โฆษณาทางโทรทัศน์ การหาข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้องจากหลายแหล่ง ก่อนตัดสินใจซื้อเป็นสิ่งสำคัญ			
2. เมื่อสนใจสินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไตที่โฆษณาจากป้ายโฆษณาหรือแผ่นพับ การหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อเป็นสิ่งสำคัญ			
3. สินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่โฆษณาจากเว็บไซต์ หรืออินเทอร์เน็ต เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ			
4. สินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต การปรึกษา หรือสอบถามกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ			
5. เมื่อญาติพี่น้องมาเล่าหรือบอกวิธีการการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ			

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ใช่
6. ท่านกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น ลดรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ			

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ได้ถามถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของท่าน หรือการปฏิบัติกิจกรรมใน 4 ด้าน ในเรื่องราวต่าง ๆ ที่ระบุในข้อคำถามแต่ละข้ออย่างน้อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังและใส่เครื่องหมาย (/) ในช่องข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

คำจำกัดความ

- (3) หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง/สัปดาห์)
- (2) หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)
- (1) หมายถึง ปฏิบัติเป็นนาน ๆ ครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์)

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

พฤติกรรมดูแลตนเอง	ปฏิบัติ ประจำ (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1)
ด้านการรับประทานอาหาร			
1. รับประทานอาหารหลากหลาย กุ้ง หอย ปูทะเล			
2. ประกอบอาหารด้วยวิธีหนึ่ง ต้ม ลวก ย่าง			
3. เติมเครื่องปรุงรส อาทิ เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรสเพิ่มในอาหาร			

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ปฏิบัติ ประจำ (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1)
4. ทานกินอาหารที่มีไขมันสูง อาทิ อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน มีไขมันผสม			
5. รับประทานอาหารทอด อาทิ ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด หมี่กรอบ ไข่เจียว			
6. รับประทานผักใบสีเขียว อาทิ ผักบุ้ง ผักตำลึง บรอกโคลี ผักกาด			
7. รับประทานอาหารรสเค็ม อาทิ ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง			
8. รับประทานอาหารแปรรูป อาทิ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (มาม่า)			
9. ต้มเครื่องต้มชูกำลัง อาทิ เอ็มร้อย กระทิงแดง สปอนเซอร์			
10. ต้มน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ น้ำปั่น หรือ เครื่องดื่มรสผลไม้			
ด้านการรับประทานยา			
1. ทานชื่อยารับประทานเอง			
2. ทานรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์สั่ง			
3. ทานตรวจเช็คระดับความดันโลหิตสูงก่อนกินยา			
4. ทานรับประทานยาเฉพาะเมื่อระดับความดันโลหิตสูง			
5. ทานกินอาหารเสริม แทนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง			
6. ทานสังเกตอาการผิดปกติหลังการรับประทานยา			
7. ทานรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงก่อนหรือหลังจากรับประทานอาหารครึ่งชั่วโมง			

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง	ปฏิบัติ ประจำ (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1)
8. ท่านลดหรือเพิ่มการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์			
9. ท่านซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์			
10. ท่านสูบบุหรี่			
ด้านการออกกำลังกาย			
1. เดินเร็วต่อเนื่อง วันละ 30-45 นาที			
2. เดินหลังมื้ออาหารวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที			
3. เล่นกีฬา อาทิ เทนนิส ว่ายน้ำ ปิงปอง แบดมินตัน วิ่งเหาะ ๆ ว่ายน้ำอย่างน้อยวันละ 30-40 นาที			
4. มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ซื้อจักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อยวันละ 30 นาที			
5. ไปเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายตามลำพัง			
6. ดูโทรทัศน์วันละมากกว่า 2 ชั่วโมง หรือ เล่นมือถือมากกว่า 1-2 ชั่วโมงต่อวัน			
7. ไม่เคยออกกำลังกายจนมีเหงื่อ			
8. มีการยึดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังดันทัน การก้มลงเอามือแตะพื้น การเหยียดและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 2-3 วัน			
9. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับหนัก คือ เหนื่อยหอบ หรือไม่สามารพพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยคขณะออกกำลังกาย) อย่างน้อยครั้งละ 20 นาที			

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ปฏิบัติ ประจำ (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1)
10. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับปานกลาง คือ เหนื่อย พูดคุยกับคนข้างเคียงได้ จบประโยค) อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที			
ด้านการจัดการความเครียด			
1. ท่านมีงานอดิเรกเป็นประจำ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์			
2. เมื่อท่านมีอาการเครียด ท่านจะระบายให้คนที่ไว้ใจได้ฟัง			
3. ท่านฟังเพลง ฟังธรรมะ			
4. เมื่อท่านมีอาการเครียด ท่านจะเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ปลีกตัวไม่พูดกับใคร			
5. ท่านมีความคับข้องใจ ความโกรธ ความเสียใจ ไม่พอใจ			
6. ท่านทำจิตใจให้ผ่อนคลายเพลิดเพลิน เช่น การฟังเพลง ฟังธรรมะ เล่นดนตรี เล่นกีฬา			
7. ท่านนึกคิดในเรื่องใด ๆ ซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่สามารถขจัดออกไปได้			
8. ท่านใช้วิธีการคลายเครียด โดยการฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือวิธีอื่น ๆ			
9. ควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่ขวางปาลิ่งของ ไม่ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ไม่เอะอะโวยวาย			
10. มีกิจกรรมสันทนาการการร่วมกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน			

ภาคผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้สุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ		
1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จะต้องไปรับบริการที่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หรือผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ	400 (1.20)	5 (98.8)
2. ข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังสามารถ สืบค้นหรือสอบถามได้จากคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง	235 (58.00)	170 (42.00)
3. การหาข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังท่านสามารถค้นหาได้ทันที	175 (43.20)	230 (56.80)
4. การสืบค้นข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังที่ท่านสม้ยสามารถหาได้จากโทรทัศน์และวิทยุ	168 (41.50)	237 (58.50)
5. แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังสืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยี และเครือข่ายทางสังคม เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ	139 (34.30)	266 (65.70)
6. แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตและโรคไตเรื้อรัง สืบค้นได้จากหนังสือ วารสาร และสื่อสิ่งพิมพ์	140 (34.60)	265 (65.40)
ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง		
1. โรคความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตในร่างกายอาจทำให้เป็นโรคไตวายเรื้อรังได้	302 (74.60)	103 (25.40)
2. เป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ เส้นโลหิตจะแตกง่าย	354 (87.40)	51 (12.60)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. ถ้าปล่อยให้มันเป็นความดันโลหิตสูงอยู่นานเป็นปี จะทำให้หัวใจโต	191 (47.27)	214 (52.80)
4. เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่รักษา จะทำให้สายตาสีโคม	282 (30.40)	123 (69.60)
5. ถ้าวัดระดับความดันโลหิตได้ค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูง	208 (51.40)	197 (48.60)
6. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดื่มสุราไม่มีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน	259 (64.00)	146 (36.00)
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ		
1. เมื่อท่านกังวล หรืออยาการู้ข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ท่านจะสอบถามข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	331 (81.77)	74 (18.30)
2. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติในร่างกาย อาทิ ปวดศีรษะ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท่านจะเล่าให้คนในครอบครัวทราบ	365 (89.67)	42 (10.40)
3. ท่านจะเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ให้คนในครอบครัวฟังเกี่ยวกับสาเหตุ และอาการของโรคความดันโลหิตสูง	241 (59.57)	164 (40.57)
4. ท่านจะบอกอาการข้างเคียงของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทราบ	353 (87.20)	52 (72.87)
5. ท่านจะเล่าอาการของโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ให้เพื่อน หรือผู้ป่วยด้วยกันทราบถึงอาการปัจจุบันของท่าน	220 (67.27)	185 (32.80)
6. ท่านจะบอกคนในชุมชนของท่านให้ตรวจระดับความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน	294 (48.67)	111 (51.47)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ		
1. ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไต เรื้อรัง ท่านจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และความร่วมมือของคนในครอบครัวก่อน	313 (77.30)	92 (22.70)
2. ท่านมักเปรียบเทียบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากหลายแหล่งนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อ หรือทำตาม	172 (42.50)	233 (57.50)
3. เมื่อมีข้อมูลเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคไต เรื้อรังใหม่ ๆ เข้ามาท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของ แหล่งที่มาของข้อมูลก่อนตัดสินใจเชื่อ หรือทำตาม	257 (63.50)	148 (36.50)
4. ท่านขอคำปรึกษาจาก อสม. เกี่ยวกับข้อมูลโรคความ ดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง หรือการปฏิบัติตัวในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน	329 (81.20)	76 (18.80)
5. ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ พิจารณาข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง จากสื่อหรือจากคนที่ใช้แล้วได้ผลก่อนที่จะนำมาใช้ตาม	220 (54.30)	185 (45.70)
6. เมื่อเพื่อนบ้านชวนดื่มเหล้าในงานเลี้ยง ท่านจะคิดถึง ผลดี ผลเสียก่อนตัดสินใจ	294 (72.60)	111 (27.40)
ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง		
1. ท่านควบคุมกำกับสุขภาพตนเอง เช่น น้ำหนัก ตรวจ สุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ลดอาหาร	376 (92.80)	29 (7.20)
2. ท่านวางแผนออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความ ดันโลหิตในร่างกายของท่าน	261 (64.40)	144 (35.60)
3. ท่านตั้งใจลดข้าวแต่ละมือลง ถ้าหิวก็กินผลไม้แทน เช่น ชมพู่ หรือ ฝรั่งแทนในการควบคุมน้ำหนัก	176 (43.50)	229 (56.50)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4. เมื่อท่านมีอาการปวด เวียนศีรษะ ปวดท้ายทอย ท่านหยุดทำกิจกรรมทันที	363 (89.60)	42 (10.40)
5. เมื่อท่านเกิดอารมณ์โกรธ จะออกไปสังสรรค์กับเพื่อนหรือคนข้างบ้าน	273 (67.40)	132 (32.60)
6. ท่านตั้งใจจะกินอาหารรสเปรี้ยวจัดเพื่อทดแทนรสเค็ม	141 (34.80)	264 (65.20)
ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต		
1. เมื่อมีสินค้าทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไตที่โฆษณาทางโทรทัศน์ การหาข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้องจากหลายแหล่งก่อนตัดสินใจซื้อเป็นสิ่งสำคัญ	297 (73.30)	108 (26.70)
2. เมื่อสนใจสินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่โฆษณาจากป้ายโฆษณาหรือแผ่นพับ การหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อเป็นสิ่งสำคัญ	273 (67.40)	132 (32.60)
3. สินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่โฆษณาจากเว็บไซต์หรืออินเทอร์เน็ต เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ	188 (46.40)	217 (53.60)
4. สินค้าทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไตการปรึกษาหรือสอบถามกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ	250 (61.70)	155 (38.30)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. เมื่อญาติพี่น้องมาเล่าหรือบอกวิธีการการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	162 (40.00)	243 (60.00)
6. ท่านกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูง เช่น งดรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ	298 (74.60)	107 (26.40)



ภาคผนวก ค การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำแนกรายข้อ

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)		
	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการรับประทานอาหาร			
1. รับประทานอาหารหลัก กุ้ง หอย ปูทะเล	259 (64.00)	132 (32.60)	14 (3.50)
2. ประกอบอาหารด้วยวิธีนึ่ง ต้ม ลวก ย่าง	152 (37.50)	223 (55.10)	30 (7.40)
3. เติมเครื่องปรุงรส อาทิ เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรสเพิ่มในอาหาร	41 (10.10)	136 (33.60)	228 (56.30)
4. ทานกินอาหารที่มีไขมันสูง อาทิ อาหาร ทอด กะทิ เนื้อติดมัน มีไขมันผสม	122 (30.10)	227 (56.00)	56 (13.80)
5. รับประทานอาหารทอด อาทิ ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด กุ้งทอด หมี่กรอบ ไข่เจียว	164 (40.50)	179 (44.20)	62 (15.30)
6. รับประทานอาหารผักใบสีเขียว อาทิ ผักบุ้ง ผัก ตำลึง บรอกโคลี ผักกาด	180 (44.00)	190 (46.90)	35 (8.60)
7. รับประทานอาหารรสเค็ม อาทิ ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง	103 (25.40)	134 (33.10)	168 (41.50)
8. รับประทานอาหารแปรรูป อาทิ บะหมี่กึ่ง สำเร็จรูป (มาม่า)	318 (78.50)	79 (19.50)	8 (2.00)
9. ต้มเครื่องดื่มชูกำลัง อาทิ เอ็มร้อย กระทิง แดง สปอนเซอร์	318 (78.50)	68 (16.80)	19 (4.70)
10. ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ น้ำปั่น หรือเครื่องดื่มรสผลไม้	174 (43.00)	94 (23.20)	137 (33.80)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)		
	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการรับประทานยา			
1. ท่านซื้อยารับประทานเอง	194 (47.90)	134 (33.10)	77 (19.00)
2. ท่านรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์สั่ง	379 (93.60)	19 (4.70)	7 (1.70)
3. ท่านตรวจเช็คระดับความดันโลหิตสูงก่อนกินยา	55 (13.60)	107 (26.40)	243 (60.00)
4. ท่านรับประทานยาเฉพาะเมื่อระดับความดันโลหิตสูง	361 (89.10)	33 (8.10)	11 (2.70)
5. ท่านกินอาหารเสริม แทนยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	288 (71.10)	62 (15.30)	55 (13.60)
6. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหลังการรับประทานยา	86 (21.20)	84 (20.70)	235 (58.00)
7. ท่านรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงก่อนหรือหลังจากรับประทานอาหารครึ่งชั่วโมง	129 (21.20)	131 (32.30)	145 (31.90)
8. ท่านลดหรือเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	366 (90.40)	20 (4.90)	19 (4.50)
9. ท่านซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	299 (73.80)	56 (13.80)	50 (12.30)
10. ท่านลืมกินยา	190 (46.90)	137 (33.80)	78 (19.30)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)		
	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการออกกำลังกาย			
1. เดินเร็วต่อเนื่อง วันละ 30-45 นาที	92 (22.70)	190 (46.90)	123 (30.40)
2. เดินหลังมื้ออาหารวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที	45 (11.10)	165 (40.70)	195 (48.10)
3. เล่นกีฬา อาทิ เตะบอล ตะกร้อ ปิงปอง แบดมินตัน วิ่งเยาะ ๆ รำวงย้อนยุค อย่างน้อย วันละ 30-40 นาที	33 (8.10)	99 (24.40)	273 (67.40)
4. มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงาน อาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ที่ จักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อยวันละ 30 นาที	229 (56.50)	129 (31.90)	47 (11.60)
5. ไปเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายตามลำพัง	48 (11.90)	156 (38.50)	201 (48.50)
6. ดูโทรทัศน์วันละมากกว่า 2 ชั่วโมง หรือ เล่นมือถือมากกว่า 1-2 ชั่วโมงต่อวัน	82 (20.20)	174 (43.00)	149 (36.80)
7. ไม่เคยออกกำลังกายจนมีเหงื่อ	71 (17.50)	172 (42.50)	162 (40.00)
8. มีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังด้นขึ้น การก้ม ลงเอามือแตะพื้น การเหยียดและฝึกความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 2-3 วัน	147 (36.30)	135 (33.30)	123 (30.40)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)		
	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับหนัก คือ เหนื่อยหอบ หรือไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยคขณะออกกำลังกาย) อย่างน้อยครั้งละ 20 นาที	17 (4.20)	105 (25.90)	283 (69.90)
10. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับปานกลางคือ เหนื่อย พูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยค) อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	30 (7.40)	81 (20.00)	297 (72.60)
ด้านการจัดการความเครียด			
1. ท่านมีงานอดิเรกเป็นประจำ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์	163 (40.20)	204 (50.40)	38 (9.40)
2. เมื่อท่านมีอาการเครียด ท่านจะระบายให้คนที่ไว้ใจได้ฟัง	106 (26.20)	220 (54.30)	79 (19.50)
3. ท่านฟังเพลง ฟังธรรมะ	123 (30.40)	209 (51.60)	73 (18.00)
4. เมื่อท่านมีอาการเครียด ท่านจะเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ปลีกตัวไม่พูดกับใคร	207 (51.10)	173 (42.70)	25 (6.20)
5. ท่านมีความคับข้องใจ ความโกรธ ความเสียใจ ไม่พอใจ	160 (39.50)	207 (51.10)	38 (9.40)
6. ท่านทำจิตใจให้ผ่อนคลายเพลิดเพลิน เช่น การฟังเพลง ฟังธรรมะ เล่นดนตรี เล่นกีฬา	138 (34.10)	193 (47.70)	74 (18.30)
7. ท่านนึกคิดในเรื่องใด ๆ ซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่สามารถขจัดออกไปได้	184 (45.40)	200 (49.40)	21 (5.20)
8. ท่านใช้วิธีการคลายเครียด โดยการฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือวิธีอื่น ๆ	104 (25.70)	199 (49.10)	102 (25.20)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=405)		
	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9. ควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่ขวางปาสิ่งของ ไม่ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ไม่ เอะอะโวยวาย	272 (7.20)	103 (25.40)	29 (67.20)
10. มีกิจกรรมสันตนาการร่วมกลุ่มเครือข่าย ของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน	156 (38.50)	164 (40.50)	85 (21.00)



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นิตยา ศรีประโชติ
วัน เดือน ปี เกิด	31 มีนาคม 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดพะเยา
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2553 พย.บ., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา, จังหวัดพะเยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	182 หมู่ 7 ตำบลควน อำเภอปง จังหวัดพะเยา
ผลงานตีพิมพ์	Sriprachot, N., Seangpraw, K. and Ong-Artborirak, P. (2024). Health Literacy, Self-Care Behaviors, and Biochemical Parameters among Hypertensive Patients with Renal Complications in the Tai Lue Ethnic Community of Thailand. <i>Vascular Health and Risk Management</i> , (2024)20, 97-107.

